



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TÍTULO DE MAGÍSTER EN TERAPIA FAMILIAR

**Clima familiar, apoyo social y su relación con la depresión en estudiantes
universitarios vulnerables de la ciudad de Loja:**

Una propuesta de intervención familiar

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Medina Aguilar Karla Stefanie, Lic.

DIRECTOR: Jiménez Gaona Marco Antonio, Mgtr.

LOJA-ECUADOR

2018



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

2018

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Magister

Marco Antonio Jiménez Gaona

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación, denominado: Clima familiar, apoyo social y su relación con la depresión en estudiantes universitarios vulnerables de la ciudad de Loja: Una propuesta de intervención familiar; realizado por Karla Stefanie Medina Aguilar, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, abril 2018

f)

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo Karla Stefanie Medina Aguilar declaro ser autora del presente trabajo de titulación: Clima familiar, apoyo social y su relación con la depresión en estudiantes universitarios vulnerables de la ciudad de Loja: Una propuesta de intervención familiar; de la Titulación de Psicología, siendo Marco Antonio Jiménez Gaona director del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, concepto, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado o trabajos de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.

F:

Autor: Karla Stefanie Medina Aguilar

Cédula: 1105040230

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedico especialmente a mi querida familia, mis padres que han sido el apoyo incondicional de toda mi vida; mi hermano, mi compañero y amigo que ha estado conmigo en las buenas y en las malas; mi hija mi mayor motivación para alcanzar mis objetivos propuestos. ¡Por ti mi nena!

Karla Stefanie Medina Aguilar

AGRADECIMIENTO

Infinitamente agradecida con Dios por darme la oportunidad de culminar con una de mis metas, y el ser bendecida por tener a lado mío a mi familia y amigos que celebren conmigo este gran logro en mi vida.

A mi hija por ser la luz en mi vida, por ser esa motivación a querer mejorar cada día, por incentivar me a nunca decaer, sino siempre mirar al frente; y por el hecho de que está conmigo.

A mis padres que me han enseñado como afrontar las dificultades en mi camino, por darme aliento cuando más lo he necesitado, por levantar cuando he estado cayendo, y por siempre apoyarme en todo lo que he querido lograr.

A mi hermano que ha sido mi mano derecha en todo momento, que con sus consejos, acciones, cariños ha sabido aliviar mis pesares, por permitirme contar con él, y por estar conmigo cuando más lo he necesitado.

A mi Director de Tesis Marco Jiménez, a Pablo Granda por tenerme paciencia y apoyarme en la elaboración de mi trabajo de fin de titulación.

A mi amigo del alma José Luis Castillo que con sus consejos y apoyo incondicional ayudado a afrontar diversas situaciones, por estar a mi lado en los buenos y malos momentos, y por seguir cultivando esa amistad que perdurará por muchísimo tiempo.

ÍNDICE DE CONTENIDO

CARÁTULA	i
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPITULO I: MARCO TEORICO	7
1.1. Conceptualización de la depresión.....	8
1.1.1. Criterios diagnósticos del DSM-5 para el episodio depresivo mayor.....	10
1.1.2. Prevalencia.....	12
1.1.3. Comorbilidad.....	15
1.1.4. Factores de riesgo.....	16
1.2. Ciclo vital familiar.....	18
1.2.1. Dinámica familiar.....	20
1.2.2. Apoyo social familiar.....	21
1.2.3. Relación entre trastornos psicológicos y familia.....	23
CAPITULO II: MÉTODOLOGIA	25
2.1. Objetivos.....	26
2.1.1. Objetivo general.....	26
2.1.2. Objetivos específicos.....	26
2.2. Variables de estudio.....	26
2.3. Preguntas de investigación.....	26
2.4. Diseño de la investigación.....	27
2.5. Población y muestra.....	27
2.5.1. Tamaño de la muestra.....	27
2.5.2. Criterios de inclusión.....	28
2.5.3. Criterios de exclusión.....	29
2.6. Instrumentos de investigación.....	29
2.7. Procedimiento.....	30

2.8.	Análisis de datos.....	32
2.8.1.	Medidas de tendencia central.....	32
2.8.2.	Análisis inferenciales.	32
2.9.	Evaluación ética.....	33
CAPITULO III: ANALISIS DE RESULTADOS.....		34
CAPITULO IV: DISCUSIÓN		60
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN FAMILIAR		65
CONCLUSIONES.....		71
RECOMENDACIONES.....		72
BIBLIOGRAFÍA.....		73
ANEXOS		80

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Instrumentos	29
Tabla 2. Características sociodemográficas variables sexo, estado civil, zona.	35
Tabla 3. Características sociodemográficas variables trabajo, nivel económico, escolaridad, convivencia.	36
Tabla 4. Características sociodemográficas enfermedad psicológica, tipo de intervención.	37
Tabla 5. Características sociodemográficas de Factores estresantes	38
Tabla 6. Características sociodemográficas variables ausentismo, percepción y satisfacción con su vida.	39
Tabla 7. Análisis de ausentismo estudiantil.....	40
Tabla 8. Resultados CES-D y BDI-II	40
Tabla 9. Resultados de Clima Social Familiar	41
Tabla 10. Resultados Clima Social Familiar (FES) por dimensiones.....	42
Tabla 11. Resultados de Apoyo social percibido.....	43
Tabla 12. Características sociodemográficas de BDI-II.....	43
Tabla 13. Análisis correlacionales entre instrumentos.....	45
Tabla 14. Análisis correlaciones de CES-D, BDI-II y variables.....	46
Tabla 15. Análisis correlaciones de CES-D, BDI-II con dimensiones.	47
Tabla 16. Análisis correlacionales entre FES, Apoyo social percibido y variables.....	48
Tabla 17. Análisis correlacionales entre FES, BDI-II y CES-D	50
Tabla 18. Prueba Chi-cuadrado entre CES-D y variables.	51
Tabla 19. Prueba Chi-cuadrado entre BDI-II y variables.	52
Tabla 20. Prueba Chi-cuadrado de la Dimensión de Relación (FES) y variables	53
Tabla 21. Prueba Chi-cuadrado de la Dimensión de Desarrollo (FES) y variables.....	53
Tabla 22. Prueba Chi-cuadrado de la Dimensión de Estabilidad (FES) y variables.....	54
Tabla 23. Prueba Chi-cuadrado y Apoyo Social Percibido.	55
Tabla 24. Prueba Chi-cuadrado entre CES-D y variables.	55
Tabla 25. Prueba Chi-cuadrado de la Dimensión de Desarrollo (FES) y variable.....	56
Tabla 26. Prueba Chi-cuadrado de la Dimensión de Estabilidad (FES) y variable.	57
Tabla 27. Pruebas Chi-cuadrado de Apoyo Social y variable seleccionada	57
Tabla 28. Prueba Chi-cuadrado de la Dimensión de desarrollo y variables.....	58
Tabla 29. Confiabilidad FES, Apoyo Social, CES-D y BDI-II..	59

RESUMEN

En la presente investigación se identificó la relación entre clima familiar, apoyo social con respecto a la depresión en estudiantes universitarios vulnerables. La muestra fue de 434 estudiantes, se utilizó una metodología de tipo cuantitativo, con un diseño transversal, exploratorio/descriptivo, con alcance correlacional. Los instrumentos que se aplicaron fueron: encuesta ah doc para obtener datos sociodemográficos, Cuestionario de Clima Social Familiar (FES), Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido, Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). Se evidenció que 23 estudiantes presentaron sintomatología subclínica, de los cuales el 30.4% (n=7) fueron hombres y el 69.6% (n=16) fueron mujeres; de igual forma el 100% (n=7) de estudiantes presentaron sintomatología clínica, todas del sexo femenino. Se observó una relación significativa estadísticamente confiable entre el instrumento FES con BDI-II ($r=-0.216$; $p=0.00$), Apoyo Social Percibido con CES-D ($r=-0.223$; $p=0.00$), Apoyo Social Percibido con BDI-II ($r=-0.319$; $p=0.00$). Finalmente, en base a los resultados obtenidos se estableció un programa de intervención familiar.

Palabras clave: Clima social, apoyo social, depresión, universitarios, familia.

ABSTRACT

In the present investigation, the relationship between family climate, social support with respect to depression in vulnerable university students was identified. The sample was of 434 students, a methodology of quantitative type was used, with a transversal, exploratory / descriptive design, with correlational scope. The instruments that were applied were: an ad hoc survey to obtain sociodemographic data, the Family Social Climate Questionnaire (FES), the Multidimensional Scale of Perceived Social Support, the Depression Scale of the Center for Epidemiological Studies (CES-D) and the Depression Inventory of Beck (BDI-II). It was evidenced that 23 students presented subclinical symptomatology, of which 30.4% (n = 7) were men and 69.6% (n = 16) were women; similarly, 100% (n = 7) of students presented clinical symptoms, all of the female sex. A statistically reliable relationship was found between the FES instrument with BDI-II ($r = -0.216$, $p = 0.00$), Social Support Perceived with CES-D ($r = -0.223$, $p = 0.00$), Social Support Perceived with BDI-II ($r = -0.319$, $p = 0.00$). Finally, based on the results obtained, a family intervention program was established.

Key words: Social climate, social support, depression, university students, family.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud [OMS], (2017, p. 1.) refiere que la depresión “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”. Considerándola como una de las enfermedades con mayor prevalencia a nivel mundial afectando a más de 300 millones de personas, en su gran mayoría a mujeres de distintas edades. Los individuos con depresión que no son tratados oportunamente pueden llevar a cometer suicidio, siendo la segunda causa de muerte en sujetos entre 15 a 29 años de edad. American Psychological Association [APA], (2013) refiere que la característica en común de todos estos trastornos es la presencia de tristeza, vacío, irritabilidad, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan la capacidad del individuo de funcionar.

En el periodo entre 2009 a 2012 en Estados Unidos se detectó que 1 de cada 20 personas de 12 años en adelante presentaba sintomatología depresiva (moderado o severo), ocupando un mayor porcentaje las mujeres (Pratt y Brody, 2014, p. 2). Así mismo en América Latina y el Caribe la depresión afecta en un 5% de la población general (Organización Panamericana de la Salud [OPS] y OMS, 2014). De igual forma en el Ecuador, el Instituto Nacional de Estadística y Censos señala que una de las causas de muerte en el país son los homicidios por depresión presentando una prevalencia del 3.8%.

En relación a estudiantes universitarios en países como España, se presentan investigaciones en donde señalan que 4 de 10 estudiantes de Educación Superior presentan síntomas de depresión y específicamente el 38% de los universitarios en Madrid lo padecen (Arco, López, Heilborn y Fernández, 2005, p. 592).

En Ecuador no existe un índice global de universitarios que padecen esta enfermedad, no obstante, un estudio realizado en la Universidad del Azuay, detectó que un 36.27% de estudiantes sufren depresión (Burca y Carrasco, 2015, p. 3). De la misma manera en la ciudad de Loja, se investigó en una población de 500 universitarios, dando como resultado que el 22.6% de los encuestados evidencian depresión leve, intermitente o moderada y estos resultados están asociados a un estado de salud deteriorado. Los datos también indicaron que existen mayores niveles de depresión entre aquellos estudiantes que trabajan (Jiménez, 2015). En otro estudio se encontró que de 1492 estudiantes el 4.9% presentaban depresión entre

severo y grave, el 6.2% padecían de episodios depresivos mayor y en el 13.1% prevalecía la ideación suicida (Torres, 2015). En ambos estudios se destaca que las mujeres tienden a padecer depresión, coincidiendo con el estudio realizado en Estados Unidos. Así mismo, Ajinkya, Schaus y Deichen (2016) confirman que la mayoría de alumnos con depresión son las mujeres. Otros factores importantes que influyen en la presencia de sintomatología depresiva se consideran los siguientes: no vivir cerca de las instituciones de educación superior, obligando al alquiler de habitaciones mientras los universitarios estudian; poseer antecedentes familiares con depresión; y, mostrar dificultades académicas, entre otros (Arrivillaga, Cortés, Goicochea y Lozano, 2003).

Algunos factores tales como el clima familiar y el apoyo social son elementos determinantes para padecer o no la depresión. Según Moos (1994), el clima familiar supone “la apreciación de las características socio-ambientales de la familia, la misma que es descrita en función de las relaciones interpersonales de los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica”. Algunos autores como Gracia, (1997) comparten que el apoyo social “juega un papel central en el mantenimiento de la salud de los individuos, al facilitar conductas adaptativas en situaciones de estrés”. En este sentido, Arrieta, Díaz y González (2014), señalan que el 75% de los universitarios evaluados presentaban sintomatología depresiva, destacando que un escaso apoyo social y un clima familiar negativo influían en la aparición de dicho trastorno.

Todos estos índices dan una justificación para implementar programas de intervención no solo en las personas afectadas sino también en el grupo familiar, ya que existen datos que indican que “entre 60% y 65% de las personas que necesitan atención por depresión en América Latina y el Caribe no la reciben” (Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2012).

Pérez y García (2001) refieren que los tratamientos psicológicos que, han demostrado su efectividad en personas que padecen de depresión, son la terapia conductual, cognitiva, interpersonal, entre otras, sin desvalorizar a otro tipo de psicoterapias en donde podrían incluir a la red de apoyo del individuo o a su familia. Un estudio desarrollado por Arco et al. (2005) demostró que la Terapia o Intervención Psicoeducativa Breve es muy significativa en estudiantes de la Universidad de Granada (España), tanto a corto como a largo plazo. Algunos

autores confirman la eficacia los tratamientos en mención que brindan a los estudiantes con este tipo de trastornos.

Adicionalmente algunos programas incluyen tratamientos que necesariamente requieren integrar a la familia de la persona que tiene depresión, como lo señalan Pérez y García (2001, p. 498): “la terapia de pareja, y en su caso de familia, incorporan la relación como elemento esencial, (...) y sitúan la depresión en la relación de la persona deprimida con las otras personas que forman parte de su ámbito familiar”.

Actualmente no existen procesos de intervención familiar en universitarios con depresión en Ecuador; no obstante la información y los resultados obtenidos de investigaciones realizadas y con el estudio presente, han permitido que se elabore un programa de psicoterapéutico en cual incluye a las familias de los estudiantes evaluados.

Es por esto, que el principal interés por llevar a cabo el presente trabajo de investigación, nace desde una realidad y necesidad social, ya que hoy en día se evidencia que múltiples jóvenes de distintas edades en nuestra localidad presentan algunos criterios de depresión, llegando en algunos casos a tener y concretar una ideación suicida. Además es necesario manifestar que la inclusión de la familia en este estudio es de vital importancia ya que en nuestro contexto las creencias, el apego y la convivencia familiar son factores determinantes para la toma de decisiones en el día a día y a futuro en los diferentes ámbitos, personales, familiares, profesionales, laborales, entre otros; de igual forma son considerados como factores influyentes para nuestro equilibrio y estabilidad física y mental.

Este trabajo presenta cuatro capítulos, para el primer capítulo se consideró el marco teórico, abordando la conceptualización de depresión, criterios diagnósticos del DSM-5 y CIE-10, prevalencia, comorbilidad, factores de riesgo; ciclo vital familiar, dinámica familiar, apoyo social familiar, y relación entre trastornos psicológicos. En el segundo capítulo se señala la metodología utilizada en la investigación, con sus respectivos objetivos, población y muestra, instrumentos de investigación, procedimiento, y análisis de datos. En el capítulo tres se obtiene el análisis de resultados. Como capítulo cuatro se presenta la discusión, seguido de las conclusiones, y recomendaciones. Finalmente se plantea el programa de intervención familiar en estudiantes universitarios con depresión.

De esta forma es que se da respuesta a los objetivos planteados en la presente investigación a través de una metodología viable y confiable, aplicando instrumentos como Clima Social Familiar (FES), Escala Multidimensional de Apoyo Social Familiar, Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), Inventario de Depresión de Beck (BDI-II); los cuales permitieron determinar los niveles de depresión, de clima familiar y apoyo social en los universitarios evaluados.

CAPITULO I: MARCO TEORICO

1.1. Conceptualización de la depresión.

La OMS (2017) refiere que la salud mental es el bienestar que se puede percibir y sentir a nivel físico, mental y social. No se refiere únicamente a la carencia de malestares, sino también al cuidado frente a alguna enfermedad, a la prevalencia del tratamiento y recuperación de personas con estados de salud deteriorados, siendo los individuos conscientes generadores de mecanismos eficaces para afrontar obstáculos en su cotidianeidad, potenciando su salud mental ante adversidades.

Hoy en día la sociedad está sufriendo consecuencias por la presencia de múltiples enfermedades que afectan a nuestra salud mental, como la depresión, interfiriendo en nuestro diario vivir, lo cual limita el desarrollo personal, profesional, psicológico, social y familiar; reduciendo de esta manera la funcionalidad de los individuos en su día a día.

De esta manera se puede mencionar que actualmente las enfermedades mentales se han convertido en un problema a nivel mundial, y la depresión es uno de los trastornos que padece un gran índice de personas en distintas edades; según la OMS (2012), refiere que afecta aproximadamente a más de 350 millones de individuos, presentándose en mayor porcentaje en mujeres que en hombres. Además en muchos casos atenta a individuos muy jóvenes, y hoy en día el índice de depresión en estudiantes universitarios es alarmante. “Hubo un incremento de más del 18% entre 2005 y 2015. Sin embargo, debido a la estigmatización que todavía existe de este trastorno, muchos de los afectados no reconocen su enfermedad y no buscan tratamiento” (OMS, 2012).

En América Latina la población afectada es de un 5%, convirtiéndose en uno de los trastornos más frecuentes seguido de las enfermedades relacionadas con la ansiedad con un 3.4%. Además es la causa de suicidio de aproximadamente un millón de personas. “Aunque es una enfermedad tratable, seis de cada diez personas que la padecen en América Latina y el Caribe, no buscan o no reciben el tratamiento que necesitan” (OPS, la OMS, y Oficina Regional para las Américas, 2012).

Así mismo, la APA (2017), refiere que la depresión se caracteriza por la presencia de tristeza profunda, interfiriendo en actividades básicas de la vida diaria como higiene personal, vestimenta, alimentación y movilidad funcional, buscando su aislamiento de todo y todas las

personas que lo rodean, dando como resultado que los individuos afectados tiendan a ser candidatos potenciales para la generación de ideas suicidas.

Coincide con estos criterios Gutiérrez, Montoya, Toro, Briñón, Rosas y Salazar (2010), señalando que la depresión se incorpora en el conjunto de los *trastornos afectivos* los mismos que se hacen evidentes en “un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en el trabajo asociado a insomnio, anorexia e ideación suicida. Su diagnóstico se realiza bajo los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM-V]” (1995, p.187).

Las pautas en mención guardan estrecha relación entre sí, no obstante es necesario considerar los conceptos y criterios que se señalan en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales [DSM-5] para poder establecer un diagnóstico certero y confiable:

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. El trastorno depresivo mayor está asociado a una mortalidad alta. Los sujetos con trastorno depresivo mayor que mueren por suicidio llegan al 15 %. Los datos epidemiológicos también sugieren que las tasas de muerte en los sujetos con trastorno depresivo mayor de más de 55 años aumentan hasta llegar a cuadruplicarse. Los sujetos con trastorno depresivo mayor ingresados en residencias geriátricas pueden tener un mayor riesgo de muerte en el primer año. De los sujetos visitados en consultas de medicina general, los que presentan un trastorno depresivo mayor tienen más dolor y más enfermedades físicas y una peor actividad física, social y personal (p.105).

Siguiendo la argumentación se señala de igual forma en el DSM-5 algunos lineamientos que se deben considerar al momento de diagnosticar el trastorno depresivo en sí, abordando la complejidad del mismo como leve, moderado o grave:

La gravedad se considera leve, moderada o grave en base al número de síntomas de los criterios, la gravedad de los síntomas y el grado de incapacidad funcional y malestar. Los episodios leves se caracterizan por la presencia de sólo cinco o seis síntomas depresivos y por una incapacidad leve o por una capacidad de función normal, pero a costa de un esfuerzo importante e inhabitual. Los episodios graves sin síntomas psicóticos se

caracterizan por la presencia de la mayoría de los síntomas de los criterios y por una incapacidad evidente y observable (p. ej., incapacidad para trabajar o para cuidar de los hijos). Los episodios moderados tienen una gravedad intermedia entre los leves y los graves (p. 87).

Así mismo, es indispensable poder reconocer cuales son los criterios que nos acercarán a brindar asertivamente un diagnóstico de depresión mayor, evaluando la presencia de cada una de las disposiciones que se nombran a continuación:

1.1.1. Criterios diagnósticos del DSM-5 para el episodio depresivo mayor.

- A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la anterior, por lo menos uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.
1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste, vacío, sin esperanza) o la observación realizada por otros (por ejemplo, parece lloroso). (Nota: En los niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
 2. Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
 3. Pérdida de peso significativa sin hacer dieta o ganancia de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En niños hay que valorar el fracaso para el aumento de peso esperado).
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o enlentecimiento psicomotor casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no sólo remordimiento o culpa por estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento.
 - C. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra enfermedad médica. Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (por ejemplo, pérdida, ruina económica, las pérdidas por un desastre natural, una enfermedad grave o discapacidad) pueden incluir los sentimientos de intensa tristeza, reflexión sobre la pérdida, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso señalados en el Criterio A, que puede parecerse a un episodio depresivo. Aunque tales síntomas pueden ser comprensibles o se consideren apropiados para la pérdida, la presencia de un episodio depresivo mayor, además de la respuesta normal a una pérdida significativa debe ser considerado cuidadosamente. Esta decisión requiere inevitablemente el ejercicio del juicio clínico basado en la historia del individuo y las normas culturales para la expresión de angustia en el contexto de la pérdida.
 - D. La aparición del episodio depresivo mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro del espectro esquizofrénico especificadas y no especificadas y otros trastornos psicóticos.
 - E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio de hipomanía. Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios maníacos o hipomanía son inducidos por sustancias o son atribuibles a los efectos fisiológicos de otra enfermedad médica. (DSM-5; APA, 2013/2014),

De igual forma es prescindible conocer los lineamientos que se considera en la Clasificación Internacional de Enfermedades-10 [CIE-10]:

- A. Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo (F32).
- B. Presencia de, por lo menos, dos de los tres síntomas siguientes:
 1. Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas influido por las circunstancias externas y persisten durante al menos dos semanas.

2. Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras.
 3. Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad.
- C. Además, debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista para que la suma total sea al menos de cuatro:
1. Pérdida de confianza o disminución de la autoestima.
 2. Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada.
 3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.
 4. Quejas o pruebas de disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación.
 5. Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva).
 6. Cualquier tipo de alteración del sueño.
 7. Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso. (CIE-10, 2000, p. 98)

En conclusión, la depresión es una enfermedad de gran preocupación a nivel mundial, en muchos casos el desconocimiento, la falta de redes de apoyo agravan el trastorno; no obstante la cura y el tratamiento son recursos accesibles, permitiendo la participación activa de las personas afectadas con sus respectivas familias.

1.1.2. Prevalencia.

Para identificar con precisión y veracidad trastornos mentales, particularmente del estado de ánimo, depresión, un estudio de tipo metaanálisis realizado con 17 investigaciones, (un número aproximado de 5.000 individuos), confirma con los resultados obtenidos, que la escala Patient Health Questionnaire (PHQ-9) tiene gran validez para diagnosticar asertivamente el trastorno depresivo obteniendo una sensibilidad del 92% y una especificidad del 80%; “A pesar de la heterogeneidad clínica de los estudios en términos de entornos (comunidad, atención primaria y una variedad de especialidades hospitalarias), las propiedades del PHQ para la depresión fueron relativamente consistentes” (Gilbody, Richards, Brealey y Hewitt, 2007, p. 5).

El cuestionario antes mencionado, ha permitido generar grandes estudios, abordando el trastorno depresivo en diferentes ámbitos, áreas, familia, contextos, sociedad, entre otras. En otra investigación de tipo metaanálisis se encontraron resultados reveladores en cuanto a la prevalencia existente de trastornos mentales ligados al suicidio: trastornos del estado de ánimo (43.2%), trastornos relacionados con sustancias (25.7%), trastornos de la personalidad (16.2%), y, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (9.2%) (Torres, 2015). Estos datos nos brindan pautas de gran relevancia acerca de los trastornos de estado de ánimo, y de cómo estos actúan en individuos vulnerables (integrado por trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno depresivo no especificado, trastorno bipolar I y II, trastorno ciclotímico, trastorno bipolar no especificado, trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, trastorno del estado de ánimo, y trastorno del estado de ánimo no especificado) por conformar uno de los índices más elevados, pudiendo ser considerados como una de las primeras enfermedades mentales ligadas a cometer actos suicidas.

Con estos antecedentes se precisa que en los años 2009 a 2012 en Estados Unidos se detectó que 1 de cada 20 personas de 12 años en adelante presentaba sintomatología depresiva *moderada o severa*, ocupando un mayor porcentaje las mujeres (Pratt y Brody, 2014). Actualmente la depresión está siendo considerada como una de las enfermedades mentales más frecuentes en niños y adolescentes. “Según el Instituto Nacional de Salud Mental, en el 2014, aproximadamente 2.8 millones de niños con edades de 12 a 17 años (más del 11%) sufrieron al menos un episodio depresivo mayor” (Mufson, Bufka y Wright, 2016, p. 33).

En una investigación elaborada con estudiantes de la Universidad CES (Corporación para estudios en la salud) de Medellín, obtuvieron resultados significativos para considerar la depresión como una enfermedad mental de gran severidad, el 47% de la población estudiada padece de este trastorno, existiendo factores de tipo académico que influyen en los datos generados. Señalan que los factores estresantes con mayor dominio son la exigencia académica y adaptación universitaria; además, indican que si los estudiantes tienen niveles de estrés elevados, experimentarán mayores índices de depresión. De igual forma son considerados potenciadores de depresión la competencia entre alumnos, la planificación del futuro y la aprobación del ciclo (Gutiérrez, et al., 2010).

De igual forma en el mismo estudio, señalan que la prevalencia de depresión en la población universitaria es del 25% al 50%. Los autores manifiestan que los estudiantes acuden a los departamentos de consejería estudiantil universitaria por signos y síntomas de *depresión y ansiedad*. Refieren que para el año 2020 la depresión estaría considerada como *la segunda causa de discapacidad*; además, coinciden otros estudios que la “depresión leve oscila entre 9% y 24%, la depresión moderada entre el 5 % y el 15 % y la severa entre el 2% y el 6.3%. En todos los estudios es evidente el predominio del género femenino” (Gutiérrez, et al., 2010).

En países como España, 4 de 10 estudiantes de Educación Superior presentan síntomas de depresión (Arco, López, Heilborn y Fernández, 2005, p. 592). Así mismo, en un contexto más cercano como México y Chile, investigaciones confirman que la población universitaria más afectada son las personas que tienen una formación profesional en carreras como Medicina y afines; utilizando el Cuestionario sobre Factores de riesgo para Depresión y el Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9), obtuvieron resultados significativos para evidenciar sintomatología depresiva en universitarios que se encontraban cursando los últimos años de la carrera (Romo, Tafoya y Heinze, 2013). Se corrobora con una investigación realizada en Chile, en donde manifiestan que los estudiantes de la carrera de Medicina se ven mucho más expuestos a presentar esta enfermedad que los estudiantes de otras titulaciones, “Las Escuelas de Medicina deben estar conscientes de estos riesgos y hacer un esfuerzo por identificar y dar facilidades para que se atiendan a quienes lo requieren” (Santander, Romero, Hitschfeld y Zamora, 2011, p. 34).

En el contexto local, referente a Ecuador, según la OPS y OMS (2014), señala que una de las causas de muerte en el país son los homicidios por depresión presentando una prevalencia del 3.8%. En Ecuador no existe un índice global de universitarios que padecen esta enfermedad, no obstante en la Universidad del Azuay - Cuenca, se detectó por medio de una investigación que un 36.27% de estudiantes sufren depresión (Burca y Carrasco, 2015, p. 3).

En la ciudad de Loja, se investigó en una población de 500 estudiantes, los resultados obtenidos señalan que el 22.6% de los encuestados padecen de depresión leve, intermitente o moderada y estos resultados están asociados a un estado de salud deteriorado. Los datos también indicaron que existen mayores niveles de depresión entre aquellos estudiantes que trabajan (Jiménez, 2015). Torres, (2015) encontró que de 1492 estudiantes el 4.9%

presentaban depresión entre severo y grave, el 6.2% padecían de episodios depresivos mayor y en el 13.1% prevalecía la ideación suicida.

Los estudios comprueban que existe un índice significativo de depresión en estudiantes universitarios; los cuales guardan estrecha relación con el aumento de suicidios en el contexto ecuatoriano. Es necesario determinar los factores de riesgo en los cuales están inmiscuidos los jóvenes para la elaboración de programas de prevención.

1.1.3. Comorbilidad.

En los últimos tiempos, la depresión es una de las enfermedades que ha incrementado el índice de individuos afectados, llegando cada vez a personas de menor edad; de igual forma este trastorno suele estar acompañado de otro desorden psicológico como es la ansiedad; “dentro de la población universitaria, constituyen dos de los principales motivos de consulta atendidos a través de los servicios de Bienestar Universitario” (Agudelo, Casadiegos y Sánchez, 2008, p. 15). Lo mencionado se confirma con algunas investigaciones que se señalarán a continuación en donde manifiestan que existe una alta comorbilidad que presenta la depresión junto con otros desórdenes psicológicos, entre estos el más evidente es la ansiedad, estrés, acompañado del potencial pensamiento suicida.

Algunos autores mantienen la idea de la reiterada aparición que hay entre la depresión y ansiedad, insisten además, en la frecuente comorbilidad entre ambos tipos de trastornos y las implicaciones en la evaluación y diagnóstico diferencial, así como las complicaciones asociadas en cuanto a la severidad y cronicidad (Ninan y Berger, 2001; Gorman, 1996). De igual forma lo confirma Campo-Cabal, G., (2001), en donde obtuvo resultados con estudiantes de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle (Cali-Colombia) muy significativos, el 66.6% presentaron ansiedad y/o depresión “con una alta comorbilidad de estos trastornos” (p. 7), coincidiendo así mismo Heinze y cols., (1999); Heinze y cols., (2002), “ambas entidades muestran una alta comorbilidad” (Reyes y Pudo, 2011, p. 2). Se puede señalar que los estudios actuales realizados acerca de la depresión se han focalizado en la población universitaria, y junto a estos se evidencia la alta prevalencia de ansiedad, existiendo factores influyentes que generan el desarrollo de estas enfermedades.

Otras investigaciones realizadas en estudiantes universitarios fundamentan la relación en conjunto entre depresión, ansiedad y estrés; debido a los criterios en común que presentan, y a la comorbilidad de los mismos (Antúnez y Vinet, 2012). Corresponde de igual manera Campo-Cabal, (2001) manifestando “el estrés ligado al estudio universitario como factor causal de esta situación” (p. 4).

Así mismo un estudio aplicado a 309 personas de edades entre 17 a 25 años, los cuales frecuentaban un Centro Universitario de Salud Mental (México), confirman puntajes significativos entre depresión, ansiedad e ideación suicida, el resultado relacional entre ansiedad y suicidio fue menor, concluyendo que es insustancial; en cuanto al puntaje mayor se atribuye a la correlación entre ansiedad y depresión; “de ahí el interés por aportar datos sobre este trastorno que contribuyan a su mejor entendimiento, en comorbilidad con la ansiedad y el suicidio” (Reyes y Pudo, 2011, p. 45). En esta misma investigación, manifiestan la relación considerable entre la ideación suicida y la depresión “a mayor intensidad de la depresión, mayor potencial suicida” (Reyes y Pulido, 2011, p. 7).

1.1.4. Factores de riesgo.

Existen diversos factores influyentes y determinantes para la generación de un trastorno depresivo, incluyen factores internos propios de la persona, historial generacional entre otros, e incluso factores externos que no necesariamente puede controlar el individuo elementos ambientales o psicosociales. Algunas causas que pueden originar depresión en estudiantes universitarios pueden ser: “como los antecedentes familiares y personales de depresión, dificultades académicas, inestabilidad económica, diagnóstico de una enfermedad grave, muerte de un ser querido, separación de los padres, consumo de alcohol, planeación y/o intento de suicidio” (p. 13), (Agudelo, Casadiegos y Sánchez, 2008).

En un estudio elaborado por Campo-Cabal, (2001) señala que de la población universitaria evaluada el 31.1% sufrió violencia física, el 23.8% padeció abuso sexual, el 38.1% poseen antecedentes cercanos de desórdenes psicológicos, el 33.3% vivieron la separación de sus progenitores, el 14.3% sobrellevaba la violencia doméstica. Estos agentes son considerados como potencialmente predominantes para desarrollar un trastorno depresivo. Los

resultados obtenidos demuestran que el 66.6% de la muestra presentaban depresión, el 9.5% padecían de depresión sin ansiedad, el 28.6% sufrían de ansiedad sin depresión y el 28.6% se presenciaba comorbilidad entre depresión y ansiedad.

Se incluye de igual manera en los factores de riesgo, que los universitarios estén alejados de sus familias, es decir que no vivan con ellos, como por ejemplo estudiantes que se dirigen a la ciudad para ejercer sus estudios profesionales en universidades estatales, siendo originarios de otras provincias; “se consideran también precursores los largos desplazamientos diarios y las obligaciones extra-académicas, ya sean de tipo laboral o familiar” (Balanza, Morales y Guerrero, 2009, p. 44).

Los agentes que fortalecen el desarrollo de un trastorno depresivo, son los de tipo personal, familiar y social, siendo considerados como de mayor riesgo en comparación con otros factores “la percepción de un menor apoyo social como la prestación de un menor apoyo al requerimiento de éste por otros, influye en un peor estado de salud tanto física como mental” (Balanza, Morales y Guerrero, 2009, p. 15). De igual manera, el factor económico, el sincronizar el trabajo con la preparación profesional, y en muchos casos hacerse cargo de una familia e hijos al mismo tiempo, son considerados como desencadenantes de la depresión, afectando al mantenimiento de círculos sociales y por ende a la salud mental y física de estos. Es necesario referir que, todos los elementos mencionados en el apartado no dejan de ser significativos para considerarlos como factores de riesgo de un trastorno depresivo.

De igual forma se comprueba que los estudiantes universitarios presentaban cuadros depresivos por la falta de plazas de empleo, establecerse con su pareja y la separación de sus familias de origen, siendo considerados como factores de riesgo. Así mismo se evidencia un alto índice de universitarios con sintomatología depresiva por cursar sus estudios de cuarto nivel, ya que deben costear el precio de su formación profesional y simultáneamente lidiar con la carga laboral y familiar “ello acarrea sentimientos de frustración y desesperanza que determinan el inicio de cuadros depresivos” (Reyes y Pulido, 2011, p. 102).

Coinciden Londoño y González, (2016) citando a Dokin et al., (2013); Drydakis, (2013); en donde señalan que en diferentes investigaciones se presente que un número importante de experiencias estresantes como: problemas de salud, maltrato, violencia escolar y disfunción familiar se asocian a la aparición de la depresión.

Ante los mencionados antecedentes, es necesario hacer hincapié que el desenvolvimiento y desarrollo individual en diferentes ámbitos como, la parte académica, espiritual, social, familiar tiene una conexión significativa con el estado afectivo-emocional de los universitarios. Lógicamente un estudiante que emocionalmente se encuentra inestable no podrá tener una funcionalidad eficaz y asertiva en el trayecto diario de su vida; no obstante el identificar los signos del trastorno depresivo contribuirá a tomar medidas oportunas para que afronten situaciones estresantes de una forma eficiente.

1.2. Ciclo vital familiar.

Se conoce a la familia como un grupo de personas que buscan objetivos y metas en común, independientemente si los une lazos de consanguinidad o no. Estos han ido modificando su estructura y organización en los últimos tiempos, y las etapas del ciclo vital por las que deben atravesar los conjuntos familiares van a diferir unas de otras. De igual forma los mecanismos de afrontamiento que utilizarán dependerán de la funcionalidad de la dinámica y cohesión de la interacción y relación entre sus miembros.

De esta manera autores como Semenova, Zapata y Messenger (2015) manifiestan lo siguiente:

Un ciclo comienza cuando dos personas de sexo opuesto forman una pareja y finaliza con la disolución de la unión cuando una de las dos personas muere, sin olvidar que en el transcurso de este período, las familias se expanden o reducen a medida que las hijas e hijos se incorporan a ellas o las abandonan (p.16).

De igual forma Soriano, De la Torre y Soriano (2003), refiere que las fases del ciclo familiar puede considerarse las siguientes:

1. Consolidación conyugal.
2. Nacimiento de los hijos.
3. Abandono del primer hijo del hogar.
4. Abandono de los hijos siguientes hasta el último del hogar.

5. Muerte del primer cónyuge.
6. Muerte del último cónyuge.

Ante el precedente expuesto refiere Vargas (2014), que independientemente de la etapa del ciclo vital por la que se encuentre atravesando el grupo familiar “es frecuente en la consulta médica, encontrar personas con un problema psicosocial donde está implicada la familia” (p. 7). Así mismo señala que estas fases predisponen a los miembros a utilizar diversos mecanismos para afrontar las nuevas responsabilidades y retos que persuaden a cada etapa, “de no asumirse, pueden generar conflictos y con el tiempo, complicarse con problemas de salud mental o trastornos mentales (ansiedad, depresión, fobias, entre otros)” (p. 35). Menciona además que existen varios estudios que confirman las psicopatologías generadas en los miembros, las cuales se atribuye a la dinámica familiar, más no al ciclo vital por la que se encuentren.

No obstante Soriano, De la Torre y Soriano (2003), informan que es normal considerar que las fases del ciclo vital genere una desestabilización en todos los miembros, “sería lógico pensar, pues con la evolución de los ciclos vitales y la disolución de las familias aparecen más alteraciones psíquicas” (p.31). Así mismo refiere que existe una relación significativa entre la población estudiada afectada y las etapas del ciclo vital V (Muerte del primer cónyuge) y VI (Muerte del último cónyuge).

Los antecedentes en mención confirman que las etapas del ciclo vital, conforme van avanzando, generan estrés en todos los individuos que conforman el grupo familiar; no obstante Vargas (2014) señala algunos acontecimientos que determinarían el progreso eficaz o debilitamiento para avanzar en cada fase del ciclo vital, “es el proceso de separación, divorcio o ruptura conyugal. Este es vivido por la familia como uno de los eventos vitales más estresantes. Como tal, puede repercutir en la salud mental y física de todos sus miembros” (p.66).

Indica además que son múltiples factores internos y externos a la propia familia los que predominan en la aparición de enfermedades mentales como la depresión y ansiedad, señalando que es la funcionalidad de las interacciones y las dinámicas generadas que tiene una familia para la superación de cada etapa del ciclo vital familiar. Cuando esta funcionalidad se ve alterada, los miembros precisarán de asesoramiento profesional, abordando e implicando

todos los ámbitos: personal, familiar y comunitaria, con el fin de desarrollar o fortalecer mecanismos que les permitan afrontar de una forma eficaz las crisis que sobrepone cada fase.

Independientemente de cada etapa que constituya a una familia, el clima familiar que se genere dentro de cada una de estas, desencadenarán resultados y respuestas que influenciarán en la siguiente fase, como si fuera una cadena; es decir que si en la formación de la pareja, no construyen una base sólida para la siguiente etapa, la próxima llevará consigo los efectos de la etapa que no fue solidificada.

En un estudio elaborado por Salazar, Veytia, Márquez y Huitrón (2013, p.146), “el 15.2% de la población refiere una muy baja satisfacción familiar, lo que puede desencadenar trastornos afectivos”. De igual forma manifiesta que el ambiente favorable que percibe un individuo de su sistema familiar, resultado del vínculo afectivo y comunicativo entre otros miembros del sistema, define la satisfacción familiar; si esto es potenciado, el individuo tendrá un equilibrio físico, mental y social.

De igual forma, es necesario acotar que el clima familiar que se desarrolla en cada sistema puede ser considerado como un recurso o como factor de riesgo, ya que al no desarrollar una dinámica favorable, puede generar en alguno de los miembros trastornos anímicos. Cuando existe un ambiente asertivo, las personas desarrollan mejores interacciones relacionales y a su vez mecanismos de afrontamiento a diversas situaciones; determina la autoestima de la persona, factores protectores de cada individuo, compenetración entre sujetos, y es una variable que influye en el desenvolvimiento y desarrollo personal, profesional, familiar, social a futuro.

1.2.1. Dinámica familiar

De forma particular, se entiende a la dinámica familiar como la interacción que se ejerce entre los miembros que lo integran de una forma asertiva o al contrario. Es la relación que se genera a través del convivir diario entre los individuos, entendiendo que cada familia posee su característica y particular forma de interactuar y relacionarse entre sí. Se diferencia un sistema familiar de otro por la singularidad y estructura que representa, y que posee cada grupo.

De la misma manera Viveros y Vergara (2014) citando a Viveros y Arias, mencionan que la dinámica que se establece en una familia se conceptualiza como el cambio que se da en la conexión entre cada uno de los sujetos que la compone, siendo este el factor que se utiliza para relacionarse entre ellos, de una forma interna y con el exterior.

Así mismo, citan a Minuchin y Fishman (1985), mencionando que la dinámica familiar al contrario de la estructura familiar es modificable e inconstante, haciendo referencia que la dinámica del grupo es necesaria para irse adaptando y afrontando a los constantes y diversos cambios a los que se someten en la trayectoria vital; ya que la respuesta no va a ser la misma, más bien se van a presentar diferentes acciones para cada situación; “es un proceso que usa la familia para aproximarse al mundo, relacionarse con él y mantenerse en él” (p. 9). Así mismo manifiestan que la dinámica familiar es concebida desde diversos ámbitos que construyen el entorno familiar; abordando diferentes áreas que integran a la persona con sus pares “comunicación, normas, roles, límites, autoridad, tiempo libre y relaciones afectivas (p.3).

Desde una perspectiva personal, actualmente las interrelaciones entre los integrantes de una familia se han visto afectadas por diversos factores internos y externos a la familia; puede ser los nuevos roles impuestos por la colectividad, donde las mujeres al igual que los hombres son proveedoras de la economía familiar; debido al índice en aumento de divorcios, asumen nuevas funciones con sus hijos siendo padre y madre dentro de su hogar, en algunos casos; la preparación profesional constante para mejorar su perfil y ser competente dentro de una sociedad exigente. Han generado que todas las familias en sí modifiquen todo su sistema y sus microsistemas, generando estrés en todos sus componentes como integrantes, poniéndolos a prueba en su diario vivir; tal como lo confirma Torres, Ortega, Garrido, y Reyes. (2008) la dinámica familiar “está acompañada por una mayor participación de los hombres en el trabajo doméstico y en el cuidado de los niños y niñas, y una mayor participación de la mujer en el ingreso familiar” (p. 21).

1.2.2. Apoyo social familiar.

La primera red de apoyo que posee un individuo es su propia familia y es la más imprescindible para un desarrollo normal y ecuánime a nivel psicológico, emocional, cognitivo y social, permitiendo que la persona sea funcional para la sociedad.

Se debe señalar que todas las familias pasan por diversas crisis en diferentes etapas del ciclo vital, por lo tanto el factor que determina una familia funcional es la forma de como conlleven estos problemas y la manera de cómo se sobreponen a los mismos. Siguiendo la misma línea, en familias que conviven con un individuo que se ve afectado por la depresión; pondrá en juego estos mecanismos de afrontamiento, dando como resultado la eficacia del método utilizado o la dificultad agravada.

De igual forma la APA (2010), señala que “Vivir con una persona deprimida puede ser muy difícil y estresante en los miembros de la familia y amigos. El sufrir de cerca con una persona que padece depresión puede generar sentimientos de impotencia y pérdida” (p.15).

El rol que cumple la familia en personas que padecen trastornos mentales son determinantes; considerando las dificultades que normalmente anteceden a una familia común, manejar la sintomatología que padece una persona con depresión, se concluye que unificando estas dos condiciones probablemente afectaría la cotidianidad de la persona enferma y cada uno de sus integrantes; por ende “no contar con adecuado soporte familiar y estar expuesto a un ambiente familiar disfuncional, incrementan el riesgo de padecer de depresión y que esta se haga más severa” asevera Londoño y González, (2015, p. 8) citando a Folkman (2001).

Lo confirma Cardona, Zuleta, Londoño, Ramírez y Viveros (2012) en donde refieren que en el momento que el grupo familiar admite y conoce el trastorno mental que padece uno de sus familiares se inician modificaciones significativas en la dinámica, contexto, relaciones, funciones entre otros y precisan de una búsqueda de ayuda terapéutica. Citando a Hidalgo, Ballester y García (2007) manifiestan que el grupo familiar se transforma en un elemento fundamental de contención para los médicos, psicólogos y psiquiatras que desean llevar a cabo un plan de tratamiento o recuperación.

Como conclusión Cardona, et al., (2012), señalan que la integración de la familia en la planificación de actividades de tratamiento y recuperación del individuo afectado por trastornos mentales, debe ser predominante, ya que se les brinda un espacio necesario para una interacción dinámica y recíproca; “para permitir un espacio de escucha mutua y para minimizar las angustias referidas al tratamiento del paciente” (p.9).

En la misma línea, se puede manifestar que la red de apoyo que posee individuo es un factor definitivo para generar un equilibrio integral de cada sujeto. Podría considerarse como un mecanismo de protección, permitiendo el intercambio de información y la interacción con otras personas siendo familiares y amigos. Las personas suelen conformar su propio círculo social a través de habilidades innatas o que las hayan generado en base a su experiencia de vida.

1.2.3. Relación entre trastornos psicológicos y familia.

En párrafos anteriores se había señalado que la familia cumple un rol trascendental y fundamental en el desarrollo y funcionalidad de todos los miembros del grupo familiar, convirtiéndose en un factor clave para la recuperación o fracaso de enfermedades médicas o psiquiátricas. Así como se menciona que son determinantes para llevar a cabo un tratamiento, son definitivos al momento de presidir o no la salud mental de cada uno de los individuos. Citando a Ferré, señalan Cardona, et al., (2012) “que la participación de la familia en la atención de las personas que han padecido una enfermedad psiquiátrica es de gran relevancia para el cuidado integral del paciente en su entorno familiar” (p. 44).

Tal como lo menciona Balanza, Morales y Guerrero (2009), la dinámica que posee una familia es un factor significativo para que el grupo familiar obtenga equilibrio psíquico y afectivo. No obstante señalan de igual forma que así como es un factor preponderante, las características que se genere en las interrelaciones generadas pueden ser consideradas como factores de riesgo:

Las relaciones con los padres, los vínculos familiares, los estilos educativos, la crisis de pareja y la discrepancia conyugal- parental (...) son variables que se han vinculado al estado de salud mental de los estudiantes universitarios y de los jóvenes en general (p.16).

Lo confirma Cardona, et al., (2012) señalando que existen estudios en donde garantizan que los trastornos mentales no se generan de una forma aislada, sino más bien, aparte de influir el factor biológico/hereditario, también involucra significativamente el contexto familiar y social.

En la misma investigación, los resultados obtenidos son considerados indispensables para poder comprender la validez y efectividad del acompañamiento del contexto familiar en programas de recuperación de pacientes con enfermedades mentales, indicando que si bien puede ser un factor de contención y apoyo, también puede convertirse en un factor de riesgo “predisponente para la enfermedad o recaídas” (p.1); ya que podrían reiterar los comportamientos o hábitos que con anterioridad facilitaban la sintomatología del individuo afectado (Cardona, et al., 2012).

Así mismo, en otra investigación Soriano, De la Torre y Soriano (2003) señalan que algunos jóvenes que se encontraban en la etapa de adolescencia eran candidatos potenciales para presentar sintomatología depresiva, siendo la madre una figura influyente y determinante para el padecimiento de dicho trastorno; lo cual confirma lo señalado en el estudio de Cardona (2012), en donde manifiesta que la familia puede ser un riesgo potencial. De igual forma mencionan que otros estudios realizados corroboran que el tamaño familiar es un factor que ha generado enfermedades mentales en los individuos evaluados.

CAPITULO II: MÉTODOLOGIA

2.1. Objetivos.

2.1.1. Objetivo general.

Identificar la relación entre clima familiar, apoyo social y su relación con la depresión en estudiantes universitarios vulnerables de la ciudad de Loja.

2.1.2. Objetivos específicos.

- Determinar los niveles de depresión prevalentes en estudiantes universitarios vulnerables.
- Identificar el clima familiar y apoyo social de los estudiantes universitarios evaluados.
- Identificar factores psicosociales asociados a la depresión de los estudiantes universitarios.
- Establecer la relación entre los niveles de depresión, el clima familiar y el apoyo social de los estudiantes universitarios vulnerables.
- Diseñar un programa de intervención familiar en función de los resultados encontrados.

2.2. Variables de estudio.

En la investigación se plantean dos tipos de variables, siendo estas variables dependientes como la depresión en estudiantes universitarios y variables independientes, las cuales corresponden al clima familiar y al apoyo social.

2.3. Preguntas de investigación.

- ¿Cuál es el porcentaje de estudiantes que padecen de depresión?
- ¿Cuál es el género en el cual predomina la depresión?
- ¿Cuál es el porcentaje de estudiantes que poseen un nivel de clima familiar y apoyo social potencial para generar depresión?
- ¿Cuáles son los factores psicosociales que influyen en la depresión de los estudiantes universitarios?

2.4. Diseño de la investigación.

La investigación es de tipo cuantitativo ya que utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, permitiendo establecer pautas de comportamiento y comprobar teorías (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). De igual forma es transversal ya que se ha recolectado datos en un solo momento, en un tiempo único (Liu, 2008; Tucker, 2004); teniendo como propósito describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). Así mismo es de tipo no experimental ya que se efectuó el estudio sin manipular deliberadamente variables; evidenciando fundamentalmente la observación de fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para su posterior análisis (Dzul, 2016).

En cuanto al alcance de la investigación, este es de tipo exploratorio ya que el tema propuesto ha sido estudiado de forma insuficiente, generando mayores dudas e inquietudes que respuestas. De igual manera es descriptivo ya que particularmente en este caso ha sido muy útil para analizar cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno y sus componentes de estudio. Además es correlacional ya que ha permitido relacionar o no relacionar diversas variables (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

2.5. Población y muestra.

La población considerada para esta investigación son 768 estudiantes universitarios vulnerables, que reciben la beca de apoyo económica. Para el análisis se utilizó un muestreo aleatorio no probabilístico por conveniencia: Se consideró un procedimiento de selección orientado por las características de la investigación, más que por un criterio estadístico de generalización (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

2.5.1. Tamaño de la muestra.

Considerando el señalamiento y definición del tipo de población a evaluar, en la investigación fue preciso abordar y calcular la muestra con la fórmula siguiente:

$$n = \frac{z^2 * p * q * N}{(e^2 * N - 1) + z^2 * p * q}$$

Nota. Tomado de Gabaldón, 1980.

N: Indica el tamaño de la población, en este caso en particular corresponden a 768 estudiantes que están entre 17 y 28 años de edad.

k: es una constante que depende del nivel de confianza que asignemos, es de 95.5% (k=2).

e: es el error muestral en la investigación 3.5%.

p: corresponde a la desviación estándar de la población de estudio con un 0.5.

q: 0.5.

n: es el tamaño de la muestra (434).

La muestra aceptable corresponde al número total de 439 estudiantes evaluados.

La muestra productora de datos hace referencia a 434 estudiantes, ya que al depurar los resultados, se obtuvo la cantidad en mención.

En referencia al cálculo de la sub-muestra con sintomatología sub-clínica (N=23) se consideró que con el instrumento CES-D obtuvieran porcentajes en los niveles medio y alto, y con el instrumento BDI-II debieron puntuar en el nivel de depresión moderada. En referencia a la muestra (N=7) clínica con el instrumento CES-D puntuaron en el nivel medio y alto, y con el BDI-II puntuaron en el nivel de depresión grave.

2.5.2. Criterios de inclusión.

Como criterios de inclusión se determinaron los siguientes lineamientos:

1. Los estudiantes universitarios debían estar matriculados en la Modalidad Presencial.
2. La población en mención debía recibir la beca de apoyo económico ofertada por la universidad.
3. Como último requisito consistía en que las personas involucradas debían firmar el consentimiento informado.

2.5.3. Criterios de exclusión.

Los criterios de exclusión en la presente investigación se exponen a continuación:

1. Pertenecer a la Modalidad Abierta y a Distancia.
2. Los estudiantes posean otro tipo de beca que no corresponda a la de apoyo económico.
3. No firmar el consentimiento informado. De este modo las personas quedarían absueltas de la investigación al presentar las características en mención.

2.6. Instrumentos de investigación.

Los instrumentos utilizados para llevar a cabo el estudio, fueron cuidadosamente seleccionados para recoger información sociodemográfica, evaluar interacciones interpersonales entre un grupo familiar, medir la percepción del apoyo social, y la depresión en sus diferentes grados. En la siguiente tabla se expone las características de cada uno de los instrumentos empleados:

Tabla 1. Instrumentos de evaluación.

INSTRUMENTOS	CARACTERISTICAS
Escala de clima social: familia (FES) Moos, Moos y Trickett, 1982	Evalúa y describe las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica. La escala consta de 10 subescalas definiéndolas en 3 dimensiones: relaciones, desarrollo y estabilidad. (Moos, Moos y Trickett, 1989). La validez fue ejecutada a través de análisis diferenciales, análisis factoriales dando un resultado satisfactorio (Mikulic y Cassullo (S.f)). La confiabilidad se trabajó por medio de test-retest obteniendo indicadores entre 0.31 y 0.80; el test-retest permitió obtener coeficientes de correlación dando como resultado la escala de 0.69, además se aplicó la formula Kuder y Richardson (Mikulic y Cassullo (S.f))
Escala multidimensional de apoyo social percibido (ZIMET)	Recogen información del apoyo social percibido por los individuos en tres áreas: familia, amigos y otros significativos. Está compuesta por 12 ítems, las respuestas son de tipo Likert de 4 puntos, desde “casi nunca” a “casi siempre” (Vivaldi y Barra, 2012).

	<p>En cuanto a la confiabilidad, se la realizó a través de la consistencia interna, coeficiente alfa de Cronbach obteniendo entre 0.7 y 0.9. En referencia a la validez se consideró el coeficiente de correlación de Spearman por medio del cuestionario de Apoyo Social y Autoeficacia, evaluándolo a través de Análisis de Componentes Principales (ACP) con rotación ortogonal Varimax (Mosquera, Mendoza, Jofré y Barriga 2015)</p>
Encuesta ad hoc	<p>Permite la recolección de datos personales, profesionales, familiares y académicas de la persona a evaluar.</p>
Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D)	<p>Es un instrumento de tamizaje para la detección de casos de depresión con base en su sintomatología durante la última semana. Consta de 20 ítems en el cual deben indicar en una escala de 0 a 3 (González, Wagner y Jiménez 2012).</p> <p>La validez y consistencia interna del instrumento tiene un resultado altamente satisfactorio de $\alpha=0.83$.</p>
Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)	<p>El BDI-II es un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc.</p> <p>Se utilizó la versión española, Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II).</p> <p>En referencia a la validez del constructo, el índice de las correlaciones son altas, siendo superior a 0.50, considerando los valores de depresión del MCMI-II (Inventario Clínico Multiaxial de Millón II) y del LED. De igual forma los coeficientes de consistencia interna dan una valoración $r \geq 0.85$. La fiabilidad del instrumento consiste en la valoración de la consistencia interna, resultando coeficientes superiores a 0.85. (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, S.f)</p>

Fuente: Instrumentos de evaluación.

Elaborado: Medina, 2018.

2.7. Procedimiento.

El proceso de recolección de datos se llevó a cabo a través de la gestión de un equipo profesional de psicólogos por medio de algunas fases que se consideraron en un determinado periodo de tiempo, se detalla a continuación:

Fase 1. Se solicitó autorización a Dirección de Misiones Universitarias, para que por medio del Departamento de Bienestar Estudiantil, permita llevar a cabo la investigación con los estudiantes que reciben beca de apoyo económico de modalidad presencial de la UTPL.

Fase 2. Se presentó el proyecto a ejecutarse al Comité de Ética del Hospital Eugenio Espejo con el objetivo de obtener la autorización para realizar el estudio con la población universitaria determinada. El Comité de Ética accedió a que se proceda con la investigación propuesta, con fecha de aprobación 08 de agosto del 2017.

Fase 3. Se solicitó al Departamento de Bienestar Estudiantil los datos de identificación de cada uno de los estudiantes que reciben la beca de apoyo económico para establecer un primer acercamiento. Una vez obtenida la matriz con la información de la población a estudiar, se estableció contacto con cada uno de los estudiantes por medio de un e-mail que contenía un link que los direccionaba a los instrumentos de evaluación, los estudiantes llenarían las encuestas vía online. Posteriormente se realizó un segundo acercamiento por el medio mencionado anteriormente para que los estudiantes que no dieron respuesta al primer correo, accedieran a la evaluación del segundo correo. Finalmente se realizó una convocatoria general vía telefónica a los estudiantes que no atendieron a los mails anteriores, de modo que la aplicación fue realizada en físico (lápiz y papel).

Fase 4. Se desarrolló una base de datos digital con los resultados obtenidos a través de las respuestas que se generaron vía e-mail y formato físico, la misma que será incrementada por los nuevos datos registrados por las encuestas que fueron resueltas en físico. Posteriormente se procedió a depurar la base de datos.

Fase 5. Se realizó el análisis de datos, a través del programa estadístico SPSS versión Nro. 24.0, la información generada permitió determinar los niveles de depresión prevalentes en los estudiantes, identificar el clima familiar y apoyo social de los evaluados; establecer la relación entre los niveles de depresión, el clima familiar y el apoyo social que poseen los universitarios.

Fase 5. Una vez realizado el análisis de los resultados, y la descripción de los mismos, se procedió a determinar las conclusiones en base a la información obtenida, la discusión considerando los resultados y objetivos del proyecto, como también las recomendaciones.

Fase 6. Finalmente se elaboró la propuesta de intervención familiar considerando a los estudiantes universitarios vulnerables y a sus familias.

2.8. Análisis de datos.

Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS (versión 24). Para proceder a realizar los análisis que se detallarán a continuación se consideró cada uno de los objetivos planteados en el proyecto, las características de la población estudio, y los factores influyentes al momento de la evaluación:

2.8.1. Medidas de tendencia central.

Para ejecutar el proyecto se utilizaron las medidas de frecuencia permitiendo establecer la cantidad de veces que la población evaluada respondía a cada uno de los instrumentos utilizados para el estudio; de esta manera se obtuvieron porcentajes descriptivos de los datos sociodemográficos, del Cuestionario 1 (Clima Social Familiar-FES), Cuestionario 2 (Apoyo Social Percibido), Cuestionario 3 (Inventario de Depresión de Beck-II) y Cuestionario 4 (CES-D).

Así mismo, a través de medias se pudieron describir los análisis de los resultados recogidos, explicándose en la tabla 6 los porcentajes de ausentismo en clases, en la tabla 13 las dimensiones de apoyo familiar, y en la tabla 14 el apoyo social percibido. De igual forma para obtener análisis de medianas, se consideraron los resultados de la tabla 6, obteniendo el valor que ocupa el lugar central de todos los datos.

2.8.2. Análisis inferenciales.

- **Descriptivo correlacional:** Mide el grado de relación que existe entre dos o más conceptos o variables en un contexto en particular, verificando si están o no relacionadas en los mismos sujetos y después se analiza la correlación.
- **Alfa de Cronbach:** Evalúa qué tan seguro es que los elementos de encuestas o pruebas que se diseñan para medir el mismo constructo realmente lo hagan.
- **Correlación de Pearson:** Es considerada como una medida lineal entre dos variables aleatorias cuantitativas.

- **Pruebas de Chi-Cuadrado:** Es un tipo de prueba que permite realizar comparaciones entre los datos que se han obtenido con los datos que se esperarían del estudio.

2.9. Evaluación ética

Posibles riesgos para los participantes:

En el presente estudio no existe un riesgo a nivel psicológico ni biológico. Las encuestas a aplicarse en los estudiantes serán tratados con la confidencialidad correspondiente, de igual manera las personas de estudio no serán sometidos a pruebas que alteren su funcionamiento físico, psicológico ni orgánico.

Posibles beneficios para los participantes:

La presente investigación generará un gran beneficio a la población vulnerable en estudio, ya que permitirá desarrollar un programa de intervención dirigido a estudiantes universitarios con depresión y a sus familias. Este programa puede ser aplicado para posteriores generaciones en los que se detecte depresión, favoreciendo no solo a las personas afectados sino también a su familia.

Capacitación

- Planteamiento del proceso de capacitación y/o certificación en el uso de los instrumentos.
- Planteamiento del proceso de capacitación en las técnicas de análisis de datos que planea usar.

CAPITULO III: ANALISIS DE RESULTADOS

RESULTADOS

En el presente apartado se describirán cada uno de los resultados obtenidos a través del análisis estadístico de las variables como clima familiar, apoyo social percibido y depresión en la muestra de estudiantes con beca de apoyo económico.

Los resultados se presentan inicialmente con el número total de la muestra (n=434 estudiantes), en segundo lugar la muestra subclínica (n=23 estudiantes) y finalmente la población clínica (n=7 estudiantes); con cada grupo se realizaron análisis descriptivos con las características sociodemográficas, análisis correlacionales, pruebas chi-cuadrado y confiabilidad de cada instrumento aplicado en los diferentes grupos: Clima Social Familiar (FES), Apoyo Social Percibido, Inventario Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) e Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).

En las tablas siguientes se observarán los resultados de los análisis descriptivos con cada uno de los instrumentos aplicados con las variables sociodemográficas.

ANALISIS DESCRIPTIVOS

Tabla 2. Características sociodemográficas variables sexo, estado civil y zona.

		n=434		n=23		n=7			
	Variables	n	%	Variable	n	%	Variable	N	%
Sexo	Hombre	169	38.9%	Hombre	7	30.4	Hombre	0	0.0
	Mujer	265	61.1%	Mujer	16	69.6	Mujer	7	100.0
Estado civil	Soltero	414	95.4%	Soltero	23	100.0	Soltero	7	100.0
	Casado	13	3.0%						
	Unión libre	7	1.6%						
Zona	Urbana	383	88.2%	Urbana	21	91.3	Urbana	5	71.4
	Rural	51	11.8%	Rural	2	8.7	Rural	2	28.6
Lugar origen	Loja	296	68.2%	Loja	19	82.6	Loja	4	57.1
	Otro	138	31.8%	Otro	4	17.4	Otro	3	42.9

Fuente: Encuesta ad hoc.

Elaborado por: Medina, 2018.

En la tabla 2 se evidencia que de los n=434 participantes en su gran mayoría corresponden al sexo femenino con un 61.1%, además el 95% de los estudiantes son solteros. El 88% pertenece a la zona urbana, el 68% procede de la ciudad de Loja. Así mismo se observa, en la población sub-clínica n=23 que está conformada en su mayoría por mujeres con un 69.6%. El 100% de la sub-muestra son solteros. El 91.3% pertenece a la zona urbana, procediendo el 82.6% de la ciudad de Loja.

De la misma forma, coincide en la población clínica n=7, que las personas con depresión son en su totalidad mujeres, representando el 1.6% de la muestra total de 434, de estado civil soltero (100%). El 71.4% pertenece a la zona urbana, perteneciendo a Loja el 57.1%.

Tabla 3. Características sociodemográficas variables trabajo, nivel económico, escolaridad y convivencia.

Variables	n=434			n=23			n=7		
		n	%	Variable	N	%	Variable	n	%
Trabajas actualmente	Si	47	10.8%	Si	1	4.3%	Si	0	0.0%
	No	387	89.2%	No	22	95.7%	No	7	100.0%
Nivel socioeconómico	Bajo	63	14.5%	Bajo	5	21.7%	Bajo	1	14.3%
	Medio bajo	225	51.8%	Medio bajo	12	52.2%	Medio bajo	4	57.1%
	Medio	140	32.3%	Medio	4	17.4%	Medio	2	28.6%
	Medio alto	6	1.4%	Medio alto	2	8.7%	Medio alto	0	0.0%
	Alto	0	0.0%	Alto	0	0.0%	Alto	0	0.0%
Ingresos mensuales	< \$570	227	52.3%	< \$570	12	52.2%	< \$570	4	57.1%
	\$571 a \$1040	180	41.5%	\$571 a \$1040	9	39.1%	\$571 a \$1040	3	42.9%
	\$1041 a \$1610	22	5.1%	\$1041 a \$1610	1	4.3%	\$1041 a \$1610	0	0.0%
	\$1611 a \$2180	5	1.2%	\$1611 a \$2180	1	4.3%	\$1611 a \$2180	0	0.0%
	Ninguna	16	3.7%	Ninguna	1	4.3%	Ninguna	0	0.0%
	Primaria	90	20.7%	Primaria	3	13.0%	Primaria	3	42.9%
	Secundaria	189	43.5%	Secundaria	13	56.5%	Secundaria	1	14.3%
Escolaridad madre	Universitaria	122	28.1%	Universitaria	5	21.7%	Universitaria	1	14.3%
	Postgrado	17	3.9%	Postgrado	1	4.3%	Postgrado	2	28.6%
	Ninguno	43	9.9%	Ninguno	1	4.3%	Ninguno	1	14.3%
	Primaria	96	22.1%	Primaria	5	21.7%	Primaria	1	14.3%
	Secundaria	176	40.6%	Secundaria	9	39.1%	Secundaria	2	28.6%
Escolaridad padre	Universitaria	109	25.1%	Universitaria	7	30.4%	Universitaria	2	28.6%
	Postgrado	10	2.3%	Postgrado	1	4.3%	Postgrado	1	14.3%
	F. primaria	355	81.80%	F. primaria	18	78.30%	F. primaria	6	85.7%
	Solos	36	8.29%	Sólo	3	13.0%	Sólo	1	14.3%
Con quien vive	Otros	43	9.91%	Otros	2	8.70%	Otros	0	0.0%
	Total	434	100.0%	Total	23	100.0%	Total	7	100.0%

Fuente: Encuesta ad hoc.

Elaborado por: Medina, 2018.

En tabla 3 se observa que de los resultados de la muestra n=434 el 89% de los estudiantes evaluados no trabajan en la actualidad; el 51% puntuaron que se encuentran en un nivel socioeconómico medio bajo, seguido del 32% que están en un nivel medio. Los ingresos mensuales de la mayoría de los universitarios es de menos de \$ 570.00 con un 52% y el 41%

perciben ingresos entre \$ 571.00 a \$ 1040.00. El 43% de los estudiantes señalan que su madre accedió a la educación secundaria, y el 40.6% puntuaron que su padre tuvo un nivel secundario. En cuanto a la convivencia el 81.80% viven con sus padres y hermanos.

En comparación con los estudiantes con depresión sub-clínica n=23 se evidencia que el 95.7% no trabajan en la actualidad; el 52.2% puntuaron que se encuentran en un nivel socioeconómico medio bajo. Los ingresos mensuales de la mayoría de los universitarios es de menos de \$ 570.00 con un 52%. El 56.5% señalan que su madre accedió a la educación secundaria, de la misma forma el 39.1% indican que su padre tuvo una escolaridad de nivel secundaria. En referencia a la convivencia el 78.3% confirman que viven con sus padres y hermanos.

En referencia a la sub-muestra n=7 se observa que el 100% de los estudiantes evaluados no trabajan; el 57% señalaron que se encuentran en un nivel socioeconómico medio bajo. Los ingresos mensuales de la mayoría de los universitarios es de menos de \$ 570.00 con un 57%. El 42.9% de los estudiantes señalan que su madre accedió a la educación primaria, y el 28.6% puntuaron que su padre tuvo una escolaridad de nivel secundaria y universitaria. En referencia a la convivencia el 85.7% indicaron que viven con sus padres y hermanos.

Tabla 4. Características sociodemográficas enfermedad psicológica y tipo de intervención.

		n=434		n=23		n=7			
			%		%		%		
Presencia enf.	No	399	91.9%	No	15	65.2%	No	5	71.4%
	Si	35	8.1%	Si	8	34.8%	Si	2	28.6%
Tipo de enfermedad	Ninguna	408	94.0%	Ninguna	19	82.6%	Ninguna	5	71.4%
	Ansiedad	23	5.3%	Ansiedad	3	13.0%	Ansiedad	2	28.6%
	Depresión	1	0.2%	Depresión	1	4.3%			
	Otros	2	0.5%						
Intervención profesional	Psicólogo	16	3.7%	Psicólogo	4	17.4%	Psicólogo	2	28.6%
	Psiquiatra	1	0.2%	Psiquiatra	1	4.3%	Ninguno	5	71.4%
	Médico	2	0.5%	Médico	1	4.3%			
	Ninguno	410	94.5%	Ninguno	17	73.9%			
	Otros	5	1.2%						
Familia enf. psicológica	No	402	92.6%	No	22	95.7%	No	6	85.7%
	Si	32	7.4%	Si	1	4.3%	Si	1	14.3%
Tipo enfermedad en familia	Ninguno	402	92.6%	Ninguno	22	95.7%	Ninguno	6	85.7%
	Ansiedad	7	1.6%	Depresión	1	4.3%	Depresión	1	14.3%
	Depresión	17	3.9%						
	Estrés	1	0.2%						
	Otros	7	1.6%						

(Continuación...)													
		n=434		%		n=23		%		n=7		%	
Enfermedad miembro familiar	Ninguno	402	92.6%	Ninguno	22	95.7%	Ninguno	6	85.7%				
	Madre	12	2.8%	Madre	1	4.3%	Padre	1	14.3%				
	Padre	6	1.4%										
	Hermano	6	1.4%										
	Hermana	3	0.7%										
	Otros	5	1.2%										
	Total	434	100.0%	Total	23	100.0%	Total	7	100.0%				

Fuente: Encuesta ad hoc.

Elaborado por: Medina, 2018.

La tabla 4 se puede observar que de la muestra n=434 el 91.9% de los universitarios evaluados refieren que no padecen ninguna enfermedad; sin embargo el 8% lo confirma, el 5.3% padece ansiedad. El 3.7% señala que recibieron atención profesional por parte de un psicólogo. En relación al sistema familiar el 92.6% indican que no se evidencia ningún tipo de enfermedad, no obstante el 7.4% afirma que hay presencia de enfermedades psicológicas como ansiedad en 1.6% y depresión en un 3.9%. Manifiestan los estudiantes que su madre tiende a padecer de enfermedades psicológicas en un 2.8%.

Se evidencia que en la sub-muestra n=23 el 65.2% de los universitarios evaluados refieren que no padecen ninguna enfermedad; sin embargo el 34.8% lo confirma, el 13% padece ansiedad. El 17.4% señala que recibieron atención profesional por parte de un psicólogo. En relación al sistema familiar el 95.7% indican que no se evidencia ningún tipo de enfermedad, no obstante el 4.3% afirma que hay presencia de enfermedades psicológicas como depresión en un 4.3%, señalando el 4.3% que su madre lo padece.

En referencia a la sub-muestra n=7 el 71.4% de los universitarios evaluados refieren que no padecen ninguna enfermedad; sin embargo el 28.6% lo confirma, siendo el 28.6% de la sub-muestra que padece ansiedad. El 28.6% señala que recibieron atención profesional por parte de un psicólogo. En relación al sistema familiar el 85.7% indican que no se evidencia ningún tipo de enfermedad, no obstante el 14.3% afirma que hay presencia de enfermedades psicológicas como depresión en un 14.3%. Manifiestan los estudiantes que su padre tiende a padecer de enfermedades psicológicas en un 14.3%.

Tabla 5. Características sociodemográficas de Factores estresantes

		n=434		%		n=23		%		n=7		%	
Estrés Salud	No	322	74.4%	No	16	69.6%	No	4	66.7%				
	Si	111	25.6%	Si	7	30.4%	Si	2	33.3%				

		n=434		n=23		n=7			
			%		%		%		
Estrés Estudio	No	158	36.4%	No	4	17.4%	No	1	14.3%
	Si	276	63.6%	Si	19	82.6%	Si	6	85.7%
Estrés Trabajo	No	403	92.9%	No	21	91.3%	No	6	85.7%
	Si	31	7.1%	Si	2	8.7%	Si	1	14.3%
Estrés Familia	No	314	72.4%	No	14	60.9%	No	4	57.1%
	Si	120	27.6%	Si	9	39.1%	Si	3	42.9%
Estrés Amigos	No	416	95.9%	No	21	91.3%	No	7	100.0%
	Si	18	4.1%	Si	2	8.7%	Si	0	0.0%
Estrés Economía	No	242	55.8%	No	12	52.2%	No	4	57.1%
	Si	192	44.2%	Si	11	47.8%	Si	3	42.9%
Estrés Otros	No	417	96.1%	No	22	95.7%	No	6	85.7%
	Si	17	3.9%	Si	1	4.3%	Si	1	14.3%
Total		434	100.0%	Total	23	100.0%	Total	7	100.0%

Fuente: Encuesta ad hoc.

Elaborado por: Medina, 2018.

En la tabla 5 se evidencia los tipos de estrés que la muestra n=434 ha experimentado en los últimos 10 días, se observa que el estrés por estudio representa mayor porcentaje en los estudiante evaluados con un 63.6%, seguido de la economía con un 44% y la familia con un 27%.

En cuanto a la sub-muestra n=23 los factores estresantes con mayores puntajes corresponden al estudio con un 82.6%, seguido de la economía con un 47.8%.

En referencia a la sub-muestra n=7 se evidencia que obtuvieron puntajes elevados factores como el estudio con un 85.7%, seguido de la familia y la economía con un 42.9%.

Tabla 6. Características sociodemográficas variables ausentismo, percepción y satisfacción con su vida.

		n=434		n=23		n=7	
			%		%		%
Ausentismo	No	308	71.0%	16	69.6%	3	42.9%
	Si	126	29.0%	7	30.4%	4	57.1%
Percepción de salud	Muy mala	2	0.5%	1	4.3%	0	0%
	Mala	26	6.0%	2	8.7%	2	28.6%
	Normal	250	57.6%	15	65.2%	4	57.1%
	Buena	122	28.1%	5	21.7%	1	14.3%
	Muy buena	34	7.8%	0	0%	0	0%
Satisfacción con su vida	Insatisfecho	6	1.3%	2	8.7%	4	57.1%
	Medianamente	143	33.0%	16	69.6%	2	28.6%
	Satisfecho	285	65.7%	5	21.7%	1	14.3%
Total		434	100.0%	23	100%	7	100%

Fuente: Encuesta ad hoc.

Elaborado por: Medina, 2018.

En la tabla 6 se observa que en la muestra n=434 el 29% de los estudiantes indicaron que se han ausentado de clases en el presente periodo académico. En referencia a la percepción de su salud, el 57.6% se encuentra en un rango normal, y el 28% puntúan que es buena. En cuanto a satisfacción con la vida, se evidencia que en el 65.7% están satisfechos con su vida. De igual forma en la muestra n=23 el 30.4% de los estudiantes refieren que se han ausentado de clases. En cuanto a la percepción de su salud, el 65.2% se encuentra en un rango normal. En la variable satisfacción con la vida, se observa que el 69.6% están medianamente satisfechos con su vida.

En referencia a la sub-muestra n=7 el 57.1% de los participantes puntuaron afirmativamente que se ausentaron de clases. En percepción de su salud, el 57.1% se encuentra en un rango normal. En cuanto a satisfacción con la vida, se evidencia que en el 57.1% están insatisfechos con su vida.

Tabla 7. Análisis de ausentismo estudiantil

Ausentismo	n=434	n=23	n=7
M	3.3810	1.3913	1.1429
M	3.0000	.0000	1.0000
DT.	3.31266	2.29107	1.34519

Fuente: Encuesta ad hoc.

Elaborado por: Medina, 2018.

En la tabla 6 se evidencia que el 29% de los universitarios evaluados han faltado a clases, por lo tanto en la presenta tabla 7 se observó que en la muestra n=434 prevalece una *M* de tres días de ausencia, y de igual forma una *m* de 3, y la desviación estándar es de 3.31. En referencia a la sub-muestra n=23 la *M* es de un día, obteniendo una *DT* de 2.29. En cuanto a la sub-muestra n=7, la *M* corresponde a un día, con una *m* de uno y la *DT* de 1.35.

Tabla 8. Resultados CES-D y BDI-II

		n=434	%	n=23	%	n=7	%
CES-D	Bajo	246	56.7%	0	0	0	0
	Medio	178	41.0%	20	4.6%	5	1.2%
	Alto	10	2.3%	3	0.7%	2	0.5%
BDI-II	Mínima dep.	347	80.0%	0	0	0	0
	Dep. leve	48	11.1%	0	0	0	0
	D. moderada	30	6.9%	23	5.3%	0	0
	Dep. grave	9	2.1%	0	0	7	1.6%
	Total	434	100.0%	23	100%	7	100%

Fuente: Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, Inventario de Beck.

Elaborado por: Medina, 2018.

En la tabla 8 se evidencia que la muestra n=434 en el CES-D, el 41% de los estudiantes puntuaron en un nivel medio de depresión; el 2.3% puntúan para un nivel alto de depresión en el Cuestionario CES-D. Se evidencia de igual forma que en el BDI-II, el 11% de los universitarios califican en depresión leve; así mismo el 6.9% en depresión moderada y el 2.1% en depresión grave.

En referencia a la sub-muestra n=23 se consideraron los niveles del CES-D medio y alto, observando en el nivel medio una población del 4.6% y en el nivel alto 0.7% del total de los participantes. En el Inventario BDI-II únicamente se consideró el nivel de depresión moderada, puntuando en el mismo el 5.3% de la sub-muestra, es decir, 5 de 100 participantes padecen del trastorno en mención.

En cuanto a la sub-muestra n=7 en el Cuestionario CES-D, el 1.2% puntuaron en un nivel medio de depresión, y el 0.5% se encuentran en un nivel alto de depresión. En referencia al Inventario BDI-II, se observa que el 1.6% puntúan depresión grave.

En referencia a la población clínica se seleccionaron los resultados de los niveles en el CES-D medio y alto, observando que 1 de 100 estudiantes puntúan para el nivel medio y en el nivel alto 1 de 200 participantes. En cuanto al BDI-II se identifica que 1 de cada 100 universitarios calificarían para depresión grave.

Tabla 9. Resultados de Clima Social Familiar

Clima familiar	n=434	n=23	n=7
M.	53.30	48.39	51.00
DT	7.89	9.54	5.72
Máx.	71.00	63.00	60.00
Mín.	29.00	30.00	44.00

Fuente: Cuestionario Clima Social Familiar (FES)

Elaborado por: Medina, 2018.

En la tabla 9 se evidencia que en referencia al instrumento de Clima Social Familiar la muestra n=434 puntúa con una media de 53.30, la desviación estándar es de 7.89, significando que tienen un nivel medio alto en el cuestionario. En referencia a la sub-muestra n=23 la media es

de 48.39, con una desviación estándar de 9.54, es decir que los estudiantes puntúan en un nivel medio. De la misma forma, se puede observar en la sub-muestra n=7, la media corresponde a 51, con una desviación estándar de 5.72, ubicándose en un nivel alto.

Tabla 10. Resultados Clima Social Familiar (FES) por dimensiones.

		n=434	%	n=23	%	n=7	%
Relación	Muy mala	1	0.2%	1	4.3%	0	0.0%
	Mala	60	13.8%	8	34.8%	3	42.9%
	Media	282	65.0%	14	60.9%	2	28.6%
	Buena	91	21.0%	0	0.0%	2	28.6%
	Muy buena	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Desarrollo	Muy mala	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	Mala	33	7.6%	5	21.7%	0	0.0%
	Media	269	62.0%	12	52.2%	6	85.7%
	Buena	132	30.4%	6	26.1%	1	14.3%
	Muy buena	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Estabilidad	Muy mala	1	0.2%	0	0.0%	0	0.0%
	Mala	36	8.3%	4	17.4%	0	0.0%
	Media	170	39.2%	10	43.5%	4	57.1%
	Buena	215	49.5%	7	30.4%	3	42.9%
	Muy buena	12	2.8%	2	8.7%	0	0.0%
Total		434	100.0%	23	100%	23	100%

Fuente: Cuestionario Clima Social Familiar (FES)

Elaborado por: Medina, 2018.

En la tabla 10 se evidencian los resultados obtenidos en el Cuestionario de Clima Social Familiar, indicando que en la muestra n=434, los estudiantes puntúan en el nivel medio para la dimensión de relación con un 65% y la dimensión de desarrollo con un 62%, no obstante en la dimensión de estabilidad, el 49.5% de los estudiantes afirman que poseen un nivel bueno. En cuanto a la sub-muestra n=23, se puede observar que los resultados prevalecen en un nivel medio en las dimensiones del Cuestionario de Clima Social Familiar; el 60.9% puntúan en la dimensión de relación, el 52.2% en la dimensión de desarrollo y el 43.5% en la dimensión de estabilidad.

En referencia a la sub-muestra n=7 los estudiantes puntúan en un nivel bajo a la media para la dimensión de relación con 42.9%. Los resultados de las dimensiones de desarrollo y estabilidad se ubican en un nivel medio 85.7% para el primero y 57.1% para el segundo.

Tabla 11. Resultados de Apoyo social percibido.

		n=434	%	n=23	%	n=7	%
Apoyo Social Percibido	Bajo	1	0.2%	0	0.0%	0	0.0%
	Medio bajo	4	0.9%	0	0.0%	1	14.3%
	Medio	32	7.4%	5	21.7%	2	28.6%
	Medio alto	91	21.0%	8	34.8%	1	14.3%
	Alto	306	70.5%	10	43.5%	3	42.9%
	Total	434	100.0%	23	100%	7	100%

Fuente: Encuesta Multidimensional de Apoyo Social Percibido.

Elaborado por: Medina, 2018.

En la tabla 11 se describen los resultados obtenidos en el Cuestionario de Apoyo social Percibido, evidenciándose que en la muestra n=434 el 70.5% puntúan en un nivel alto. De igual manera en las sub-muestras sub-clínica n=23 y clínica n=7 se ubican en un nivel alto evidenciándose en el primero un puntaje de 43.5% y 42.9% en el segundo.

Tabla 12. Características sociodemográficas de BDI-II.

		BDI-II				
		Depresión moderada				
		n=23	%	n=7	%	
Trabajas actualmente	Si	1	4.3	Si	0	0
	No	22	95.7	No	7	100.0
Nivel socio.	Bajo	5	21.7	Bajo	1	14.3
	Medio bajo	12	52.2	Medio bajo	4	57.1
	Medio	4	17.4	Medio	2	28.6
	Medio alto	2	8.7	Medio alto	0	0
	menos de \$570	12	52.2	menos de \$570	4	57.1
Ingresos mensuales	entre \$571 a \$1040	9	39.1	entre \$571 a \$1040	3	42.9
	entre \$1041 a \$1610	1	4.3	entre \$1041 a \$1610	0	0
	entre \$1611 a \$2180	1	4.3	entre \$1611 a \$2180	0	0
Escolaridad madre	Ninguna	1	4.3	Ninguna	0	0
	Primaria	3	13.0	Primaria	3	42.9
	Secundaria	13	56.5	Secundaria	1	14.3
	Universitaria	5	21.7	Universitaria	1	14.3
	Postgrado	1	4.3	Postgrado	2	28.6
Escolaridad padre	Ninguno	1	4.3	Ninguno	1	14.3
	Primaria	5	21.7	Primaria	1	14.3

(Continuación...)					
		n=23	%		
				n=7	%
Con quien vive	Secundaria	9	39.1	Secundaria	2 28.6
	Universitaria	7	30.4	Universitaria	2 28.6
	Postgrado	1	4.3	Postgrado	1 14.3
	Familia primaria	18	78.3	Familia primaria	6 85.7
	Sólo	3	13.0	Sólo	1 14.3
	Otros	2	8.7	Otros	0 0
Pres. enfermedad	No	15	65.2	No	5 71.4
	Si	8	34.8	Si	2 28.6
Tipo enfermedad	Ninguna	19	82.6	Ninguna	5 71.4
	Ansiedad	3	13.0	Ansiedad	2 28.6
	Depresión	1	4.3	Depresión	0 0
Intervención profesional	Psicólogo	4	17.4	Psicólogo	2 28.6
	Psiquiatra	1	4.3	Ninguno	5 71.4
	Médico	1	4.3	Médico	0 0
Familia enfermedad psi.	Ninguno	17	73.9	Ninguno	0 0
	No	22	95.7	No	6 85.7
	Si	1	4.3	Si	1 14.3
Tipo enfermedad en familia	Ninguno	22	95.7	Ninguno	6 85.7
	Depresión	1	4.3	Depresión	1 14.3
Enfermedad miembro familiar	Ninguno	22	95.7	Ninguno	6 85.7
	Madre	1	4.3	Padre	1 14.3

Fuente: Encuesta ad hoc.

Elaborado por: Medina, 2018.

En la tabla 12 se evidencia que en la sub-muestra n=23 el 95.7% no labora en la actualidad, tienen un nivel socioeconómico medio bajo 52.2%, con unos ingresos mensuales de menos de \$570.00 en el 52.2% de los participantes. Se observa que en el 56.5% de los estudiantes su madre accedió a la secundaria y el 39.1% puntúan que su padre obtuvo un nivel educativo de secundaria. El 78.3% viven con sus padres y hermanos. Se muestra que el 34.8% puntúan en el criterio de presentar enfermedad, como ansiedad con un 13% y depresión con un 4.3%. El 17.4% ha tenido asistencia de un psicólogo. Además, el 4.3% refiere que su madre padece de depresión.

En referencia a la sub-muestra n=7 el 100% no labora en la actualidad, tienen un nivel socioeconómico medio bajo 57.1%, con unos ingresos mensuales de menos de \$570.00 en el 57.1% de los participantes. Se observa que en el 42.9% de los estudiantes su madre accedió a la primaria y el 28.6% puntúan que su padre obtuvo un nivel educativo de secundaria y universitaria. El 85.7% viven con sus padres y hermanos. Se muestra que el 28.6% puntúan en

el criterio de presentar enfermedad, como ansiedad en un 28.6% de los estudiantes. El 28.6% ha tenido asistencia de un psicólogo. Además el 14.3% refiere que su padre padece de depresión.

ANÁLISIS CORRELACIONALES

En las tablas siguientes se observarán los análisis correlacionales de los instrumentos aplicados CES-D, BDI-II, FES y Apoyo Social, realizados en función de las muestras y sub-muestras.

Tabla 13. Análisis correlacionales entre instrumentos.

		n=434		n=23		n=7	
		CES-D	BDI-II	CES-D	BDI-II	CES-D	BDI-II
Clima	Corr. Pearson	-.110	-.216	.245	-.065	-.018	-.603
social	Sig. (bilateral)	.022	.000	.261	.767	.969	.152
familiar	N	434	434	23	23	7	7
Apoyo	Corr. Pearson	-.223	-.319	-.211	-.149	-.744	-.630
Social	Sig. (bilateral)	.000	.000	.335	.497	.055	.130
Percibido	N	434	434	23	23	7	7

Fuente: FES, Apoyo Social Percibido, CES-D y BDI-II.

Elaborado por: Medina, 2018.

En la tabla 13 se puede observar que en la muestra n=434 en el CES-D existe una correlación inversa $r=-0.110$; no se evidencia una significancia estadísticamente confiable $p=0.022$ con el Cuestionario de Clima Social Familiar. De forma similar hay una correlación significativa inversa entre BDI-II y Clima social familiar con $r=-0.216$, evidenciándose una significancia altamente confiable con $p=0.00$. En cuanto al instrumento de Apoyo Social Percibido se puede observar en el CES-D una correlación inversa $r=-0.223$; obteniendo una correlación significativa y confiable $p=0.00$. Se evidencia también una correlación inversa con el cuestionario de BDI-II $r=-0.319$; mostrando una significancia estadísticamente confiable $p=0.00$.

En referencia a la sub-muestra n=23 existe una correlación inversa entre BDI-II y FES $r=-0.065$; no existe una significancia $p=0.767$. De forma similar en el CES-D se constata una correlación inversa $r=-0.211$; no se evidencia una significancia estadísticamente confiable $p=0.335$. En el

instrumento de Apoyo Social Percibido se puede observar una correlación inversa con el cuestionario de BDI-II $r=-0.149$; no hay una relación confiable $p=0.497$.

En cuanto a la sub-muestra $n=7$ se observa una correlación inversa significativa entre los instrumentos FES y CES-D $r=-0.018$; no se evidencia una relación confiable, $p=0.969$. De forma similar hay una correlación significativa inversa entre BDI-II y FES con $r=-0.603$, no existe una significancia altamente confiable con $p=0.152$. En cuanto al instrumento de Apoyo Social Percibido se puede observar en el CES-D una correlación inversa $r=-0.744$; no se evidencia una significancia y confiable $p=0.055$. Se observa también una correlación inversa con el cuestionario de BDI-II $r=-0.630$; no existe una significancia estadísticamente confiable $p=0.130$.

Tabla 14. Análisis correlaciones entre CES-D, BDI-II y variables: edad y ausentismo.

		n=434		n=23		n=7	
		CES-D	BDI-II	CES-D	BDI-II	CES-D	BDI-II
Edad	Corr. Pearson	-.057	-.101	.069	.105	.076	-.547
	Sig. (bilateral)	.236	.035	.756	.633	.871	.204
	N	434	434	23	23	7	7
Ausentismo	Corr. Pearson	.101	.137	.194	.164	-.367	-.231
	Sig. (bilateral)	.036	.004	.374	.454	.418	.617
	N	434	434	23	23	7	7

Fuente: CES-D y BDI-II.

Elaborado por: Medina, 2018.

En la tabla 14 se observa que en la muestra $n=434$, la característica sociodemográfica Edad posee una correlación significativa inversa con CES-D $r=-0.57$; no existe una relación significativa $p=0.236$. De la misma forma se evidencia una correlación inversa significativa con BDI-II $r=-0.101$; no hay una relación significativa $p=0.35$. En la misma tabla se puede observar una correlación significativa entre ausentismo y CES.D $r=101$; no existe una relación significativa $p=0.36$. De igual forma ausentismo se correlaciona con BDI-II con un $r=0.137$; se contempla una relación significativa altamente confiable $p=0.004$.

En referencia a la sub-muestra $n=23$ se puede observar en la tabla que no se evidencia ninguna correlación estadísticamente significativa como tampoco una significancia relacional confiable.

En cuanto a la sub-muestra $n=7$ se evidencia que existe una correlación inversa significativa entre la variable edad con el instrumento BDI-II $r=-0.547$; no se contempla una significancia correlacional $p=0.204$. De igual forma se observa una correlación inversa entre CES-D y la variable ausentismo $r=-0.367$, no se evidencia una relación significativa $p=0.418$. En la misma tabla se puede observar una correlación significativa entre ausentismo y CES.D $r=-0.367$; no existe una relación significativa $p=0.418$. De igual forma ausentismo se correlaciona con BDI-II de una forma inversa con un $r=-0.231$; no se contempla una relación significativa altamente confiable $p=0.617$.

Tabla 15. Análisis correlaciones de CES-D, BDI-II con dimensiones.

		n=434		n=23		n=7	
		CES-D	BDI-II	CES-D	BDI-II	CES-D	BDI-II
Relación	Corr. Pearson	-.179**	-.282**	.171	-.034	.496	-.489
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.436	.879	.258	.266
	N	434	434	23	23	7	7
Desarrollo	Corr. Pearson	-.050	-.150**	.273	-.059	-.162	-.594
	Sig. (bilateral)	.301	.002	.207	.790	.729	.160
	N	434	434	23	23	7	7
Estabilidad	Corr. Pearson	-.034	-.047	-.010	-.039	-.595	.100
	Sig. (bilateral)	.481	.326	.965	.859	.159	.831
	N	434	434	23	23	7	7

Fuente: FES, CES-D y BDI-II.

Elaborado por: Medina, 2018.

Se puede observar que en la tabla 15 la muestra $n=434$ existe una correlación inversa significativa con el CES-D en la dimensión de relación con $r=-0.179$; como también en la dimensión de desarrollo $r=-0.050$; $p=0.301$, y de igual forma en la dimensión de estabilidad $r=-0.034$; $p=0.481$; observándose una significancia estadísticamente confiable en la dimensión de relación $p=0.00$. En cuanto a los resultados obtenidos con el BDI-II en la dimensión de relación con $r=-0.282$; como también en la dimensión de desarrollo $r=-0.150$; y de igual forma en la dimensión de estabilidad $r=-0.047$; $p=0.326$. Se contempla una significancia relacional en la dimensión de relación $p=0.00$, y desarrollo $p=0.002$.

Se evidencia con la sub-muestra $n=23$ que existen una correlación inversa significativa entre el Cuestionario CES-D y la dimensión de estabilidad $r=-0.010$; no se contempla una significancia

relacional $p=0.965$. Con el instrumento BDI-II se observa una correlación inversa estadísticamente significativa con la dimensión de relación $r=-0.034$; $p=0.879$, con la dimensión de desarrollo $r=-0.059$; $p=0.790$ y con dimensión de estabilidad $r=-0.039$; $p=0.859$; no se contempla una significancia relacional con ninguna dimensión.

En referencia a la sub-muestra $n=7$ con el CES-D se observa que existe una correlación inversa significativa en la dimensión de desarrollo $r=-0.162$; $p=0.729$, y de igual forma en la dimensión de estabilidad $r=-0.595$; $p=0.159$. En cuanto a los resultados obtenidos no se contempla una significancia relacional con ninguna dimensión. Con el instrumento de BDI-II se evidencia que existe una correlación inversa significativa con la dimensión de relación con $r=-0.489$; $p=0.266$, como también en la dimensión de desarrollo $r=-0.594$; $p=0.160$; más no se contempla una significancia relacional con ninguna dimensión.

Tabla 16. Análisis correlacionales entre FES, Apoyo social percibido y variables: edad y ausentismo.

		n=434				
		Relación	Desarrollo	Estabilidad	FES	Apoyo
Edad	Corre. Pearson	.043	.006	-.071	-.004	.063
	Sig. (bilateral)	.372	.900	.140	.931	.193
	N	434	434	434	434	434
Ausentismo	Corre. Pearson	-.035	-.008	.044	-.003	-.026
	Sig. (bilateral)	.471	.872	.361	.951	.595
	N	434	434	434	434	434
		n=23				
		Relación	Desarrollo	Estabilidad	FES	Apoyo
Edad	Corre. Pearson	-.178	-.169	-.214	-.253	-.197
	Sig. (bilateral)	.417	.441	.326	.244	.369
	N	23	23	23	23	23
Ausentismo	Corr. Pearson	.028	.178	.017	.136	.074
	Sig. (bilateral)	.898	.416	.939	.536	.737
	N	23	23	23	23	23
		n=7				
		Relación	Desarrollo	Estabilidad	FES	Apoyo
Edad	Corre. Pearson	.582	.223	.491	.626	.212
	Sig. (bilateral)	.170	.630	.264	.133	.648
	N	7	7	7	7	7
Ausentismo	Corre. Pearson	.331	.635	.428	.715	.324
	Sig. (bilateral)	.468	.126	.338	.071	.478
	N	7	7	7	7	7

Fuente: FES.

Elaborado por: Medina, 2018.

En la tabla 16 se puede evidenciar que en la muestra $n=434$ existe una correlación inversa entre la variable sociodemográfica edad y el puntaje total de FES ($r=0.004$; $p=0.931$), y específicamente en la dimensión de estabilidad ($r=-0.071$; $p=0.140$). De la misma forma se observa una correlación inversa con la variable de ausentismo y la puntuación de FES ($r=-0.003$; $p=0.951$), y específicamente en la dimensión de relación ($r=-0.035$; $p=0.471$), y en la dimensión de desarrollo ($r=-0.008$; $p=0.872$). Se evidencian de igual manera una correlación inversa entre la variable de ausentismo y el instrumento de Apoyo Social Familiar ($r=-0.026$; $p=0.595$). No se contempla una significancia correlacional entre los instrumentos y las variables.

En referencia a la sub-muestra $n=23$ existe una correlación inversa entre la variable edad con el cuestionario FES ($r=-0.253$; $p=0.244$), específicamente en las dimensiones de relación ($r=-0.178$; $p=0.417$), de desarrollo ($r=-0.169$; $p=0.441$), y la dimensión de estabilidad ($r=-0.214$; $p=0.326$). De igual forma se observa el mismo resultado con el cuestionario de Apoyo Social Percibido ($r=-0.197$; $p=0.369$). No se contempla una significancia correlacional entre los instrumentos y las variables. No obstante con la variable de ausentismo hay una correlación estadísticamente significativa con el Cuestionario FES ($r=0.626$), dando como resultado en la dimensión de relación $r=0.582$, en la dimensión de desarrollo $r=0.223$, y en la dimensión de estabilidad $r=0.491$. De igual forma se observa una correlación significativa con el Instrumento de Apoyo Social Percibido ($r=0.212$). Así mismo no se contempla una significancia correlacional entre los instrumentos y las variables.

En cuanto a la sub-muestra $n=7$ se puede evidenciar que hay una correlación significativa entre el Cuestionario FES y la variable edad ($r=0.626$) dando como resultado en las dimensiones de relación ($r=0.582$), de desarrollo (0.223) y de estabilidad (0.491). Se constata la misma correlación con el cuestionario de Apoyo social Percibido $r=0.212$. En referencia a la variable de ausentismo, se observa de igual forma una correlación significativa con el Cuestionario FES ($r=0.715$) dando como resultado en las dimensiones de relación ($r=0.331$), de desarrollo (0.635) y de estabilidad (0.428). En referencia al instrumento de Apoyo Social Percibido la puntuación es de $r=324$ significando una significancia correlacional.

Tabla 17. Análisis correlacionales entre FES, BDI-II y CES-D

		BDI-II	CES-D	BDI-II	CES-D
Cohesión	Corr. Pearson	-.047	.013	-.524	-.098
	Sig. (bilateral)	.833	.955	.227	.834
	N	23	23	7	7
Expresividad	Corr. Pearson	-.162	.129	-.772	-.003
	Sig. (bilateral)	.461	.559	.042	.996
	N	23	23	7	7
Conflicto	Corr. Pearson	.173	.159	.585	.721
	Sig. (bilateral)	.431	.467	.168	.068
	N	23	23	7	7
Autonomía	Corr. Pearson	-.189	.281	.026	-.912
	Sig. (bilateral)	.389	.195	.957	.004
	N	23	23	7	7
Actuación	Corr. Pearson	-.073	.319	-.457	-.660
	Sig. (bilateral)	.741	.138	.303	.107
	N	23	23	7	7
Intelectual-Cultural	Corr. Pearson	-.008	.143	-.477	.073
	Sig. (bilateral)	.972	.516	.279	.877
	N	23	23	7	7
Social-Recreativo	Corr. Pearson	-.086	.044	.013	.310
	Sig. (bilateral)	.697	.841	.977	.499
	N	23	23	7	7
Moralidad-Religiosidad	Corr. Pearson	.098	.307	-.379	.376
	Sig. (bilateral)	.656	.154	.402	.406
	N	23	23	7	7
Organización	Corr. Pearson	-.061	.054	-.313	-.635
	Sig. (bilateral)	.781	.805	.494	.126
	N	23	23	7	7
Control	Corr. Pearson	.009	-.119	.499	.155
	Sig. (bilateral)	.967	.588	.255	.741
	N	23	23	7	7

Fuente: Encuesta ad hoc.

Elaborado por: Medina, 2018.

En la tabla 17 se observa con la sub-muestra n=23 existe una correlación inversa entre el instrumento BDI-II y las subdimensiones de Cohesión $r=-0.047$, Expresividad $r=-0.162$, Autonomía $r=-0.189$, Actuación $r=-0.073$, Intelectual-Cultural $r=-0.008$, Social-Recreativo $r=-0.086$, Organización $r=-0.061$. En referencia al instrumento CES-D se evidencia una correlación inversa la sub-dimensión de Control $r=-0.119$. No se evidencia significancia relacional entre las subdimensiones e instrumentos.

De la misma forma con la sub-muestra n=7 coexiste una correlación inversa entre el instrumento BDI-II y las subdimensiones de Cohesión $r=-0.524$, Expresividad $r=-0.772$, Actuación $r=-0.457$, Intelectual-Cultural $r=-0.477$, Moralidad-Religiosidad $r=-0.379$, Organización $r=-0.313$. En cuanto al instrumento CES-D se evidencia una correlación inversa en la sub-dimensión de Control $r=-0.098$, Expresividad $r=-0.003$, Autonomía $r=-0.912$, Actuación $r=-0.660$, Organización $r=-0.635$. No se evidencia significancia relacional entre las subdimensiones e instrumentos.

PRUEBAS CHI-CUADRADO

Tabla 18. Prueba Chi-cuadrado entre CES-D y variables: sexo, percepción de salud y satisfacción con la vida.

		CES-D						$\chi^2(1^a, N = 4$ 34)	p
		Bajo		Medio		Alto			
		N	%	N	%	N	%	Punt.	
Sexo	Hombre	106	62.7%	62	36.7%	1	0.6%	6.57	<.037
	Mujer	140	52.8%	116	43.8%	9	3.4%		
Percepción de salud	Mala	11	42.3%	11	42.3%	4	15.4%	31.35	<.001
	Normal	134	53.6%	112	44.8%	4	1.6%		
	Buena	101	64.7%	53	34.1%	2	1.3%		
Satisfacción con la vida	Insatisfecho	16	30.8%	30	57.7%	6	11.5%	42.23	<.000
	Media	122	54%	102	45.1%	2	0.9%		
	Satisfecho	108	69.2%	46	29.5%	2	1.3%		

Fuente: CES-D.

Elaborado por: Medina, 2018.

Se observa en tabla 18 con la muestra n=434, la población que puntúa con un mayor porcentaje 3.4% en el nivel alto del instrumento CES-D, corresponde a la población de sexo femenino. Se identifica que el 15.4% puntúa en un nivel alto en el CES-D señalando que poseen una mala percepción de salud. De la misma forma el 11.5% señalan que su satisfacción con la vida es insatisfecha, ubicándose en el nivel alto de depresión del CES-D.

Todos los resultados señalan que hay una diferencia significativa, entre CES-D y las variables sexo ($r=6.57$; $p=0.037$), percepción de salud ($r=31.35$); y satisfacción con la vida ($r=42.23$; $p=0.00$), evidenciándose una significancia correlacional con la variable percepción de salud ($p=0.001$) y satisfacción con la vida ($p=0.001$).

Tabla 19. Prueba Chi-cuadrado entre BDI-II y variables: carrera, percepción de salud y satisfacción con la vida.

		BDI-II								$\chi^2(1^a, N = 434)$	p
		Mínimo		Leve		Moderado		Grave			
		N	%	N	%	N	%	N	%	Punt.	
Carrera	Medicina	39	69.6%	7	12.5%	9	16.1%	1	1.8%	50.25	<.028
	Ingeniera	29	82.9%	5	14.3	1	2.9%	0	0%		
Percepción de salud	Mala	15	51.7%	6	20.7%	5	17.2%	3	10.3%	62.60	<.000
	Normal	194	77.6%	32	12.8%	19	7.6%	5	2%		
	Buena	138	89.0%	10	6.5%	6	3.9%	1	0.6%		
Satisfacción con la vida	Insatisfecho	22	42.3%	6	11.5%	18	34.6%	6	11.5%	114.65	<.000
	Media	180	79.6%	35	15.5%	8	3.5%	3	1.3%		
	Satisfecho	145	92.9%	7	4.5%	4	2.6%	0	0%		

Fuente: BDI-II.

Elaborado por: Medina, 2018.

En la tabla 19 con la sub-muestra $n=434$ podemos observar la relación entre las variables carrera, percepción de salud, satisfacción con la vida y BDI-II. El 1.8% de los estudiantes de medicina se ubicaron en el nivel grave de depresión del BDI-II. El 10.3% señalaron como mala la percepción que tenían sobre su salud se puntuaron en el nivel grave de depresión del BDI-II. En referencia a los estudiantes que se ubicaron en el nivel grave en el BDI-II 11.5%, indican que están insatisfechos con la vida.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas con la variable de carrera obteniendo una fuerza correlacional de $r=50.25\%$; en percepción de salud $r=62.6$; y en satisfacción con la vida $r=114.65$. Se evidencia, además una significancia correlacional altamente confiable en la variable percepción de salud $p=0.00$ y satisfacción con la vida $p=0.00$.

Tabla 20. Prueba Chi-cuadrado entre la Dimensión de Relación (FES) y variables: escolaridad de la madre y satisfacción con la vida.

		CLIMA SOCIAL FAMILIAR										$\chi^2(1^a, N$ 434)	p
		Dimensión de relación											
		Muy mala		Mala		Media		Buena		M. buena		Punt.	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Escol. de la madre	Ninguna	0	0%	4	25%	11	68.8%	1	6.3%	0	0%	23.60	<.023
	Primaria	0	0%	10	11.1%	58	64.4%	22	24.4%	0	0%		
	Secun.	1	0.53%	24	12.7%	129	68.3%	35	18.5%	0	0%		
	Univer.	0	0%	16	13.1%	81	66.4%	25	20.5%	0	0%		
	Post.	0	0%	6	35.3%	3	17.7%	8	47.1%	0	0%		
Satis. con la vida	Insatis.	1	1.9%	18	34.6%	29	55.8%	4	7.7%	0	0%	36.24	<.000
	Media	0	0%	32	14.2%	145	64.2%	49	21.7%	0	0%		
	Satisf.	0	0%	10	6.4%	108	69.2%	38	24.4%	0	0%		

Fuente: Clima social familiar

Elaborado por: Medina, 2018.

En la tabla 20 se evidencia que los estudiantes 0.53% que puntuaron en el nivel muy malo del FES, la escolaridad de la madre es de secundaria; en referencia a los participantes que indicaron que su madre accedió a estudios de postgrado 47.1% se ubicaron en un nivel bueno del FES. En cuanto a los estudiantes que señalaron que se sienten insatisfechos con la vida 7.7% se situaron en un nivel bueno del FES. Además se observa que hay una diferencia significativa en escolaridad de la madre $r=23.60$; $p=0.023$, y satisfacción con la vida $r=36.24$, existiendo una fuerza correlacional estadísticamente significativa con la variable de satisfacción con la vida $p=0.000$.

Tabla 21. Prueba Chi-cuadrado entre la Dimensión de Desarrollo (FES) y variables: lugar de origen, escolaridad del padre.

		CLIMA SOCIAL FAMILIAR										$\chi^2(1^a, N$ 434)	p
		Dimensión de Desarrollo											
		M. mala		Mala		Media		Buena		M. buena		Punt.	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
L. origen	Loja	0	0%	16	5.41%	192	64.9%	88	29.7%	0	0%	7.31	<.026
	Otro	0	0%	17	12.3%	77	55.8%	44	31.9%	0	0%		
Esco. del padre	Ninguno	0	0%	2	5%	28	70%	10	25%	0	0%	20.40	<.026
	Primaria	0	0%	8	8.3%	64	66.7%	24	25%	0	0%		
	Secun.	0	0%	14	8%	107	60.8%	55	31.3%	0	0%		

	(Continuación...)												
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
	Univer.	0	0%	7	6.4%	64	58.8%	38	34.9%	0	0%		
	Post.	0	0%	0	0%	6	60%	4	40%	0	0%		
Satisf. con la vida	Insatis.	0	0%	12	23.1%	32	61.5%	8	15.4%	0	0%	35.20	<.000
	Media.	0	0%	15	6.6%	153	67.7%	58	25.7%	0	0%		
	Satis.	0	0%	6	3.9%	84	53.9%	66	42.3%	0	0%		

Fuente: Clima social familiar
Elaborado por: Medina, 2018.

En la tabla 21 se evidencia que en la variable de lugar de origen que indicaron los estudiantes con mayor puntaje es en otros 31.9% ubicándose en nivel bueno del FES. En cuanto a los participantes que se ubican en un nivel bueno del FES 40% indican que su padre accedió a estudios de postgrado. En referencia a los estudiantes que señalaron que se sienten insatisfechos con la vida 15.4% se situaron en un nivel bueno del FES. Además se observa que hay una diferencia significativa en lugar de origen $r=7.31\%$, escolaridad del padre $r=20.40$, y satisfacción con la vida $r=35.20$; existiendo una fuerza correlacional estadísticamente significativa con la variable de satisfacción con la vida $p=0.000$.

Tabla 22. Prueba Chi-cuadrado de la Dimensión de Estabilidad (FES) y variable: escolaridad del padre.

		CLIMA SOCIAL FAMILIAR										$\chi^2(1^a, N$ 434)	P
		Dimensión de estabilidad											
		Muy mala		Mala		Media		Buena		Muy buena		Punt.	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Escol. del padre	Ninguno	1	2.3%	8	18.6%	16	37.2%	16	37.2%	2	4.7%	41.39	<.003
	Primaria	0	0%	7	7.3%	38	39.6%	48	50%	3	3.1%		
	Secun.	0	0%	16	9.1%	70	39.8%	84	47.7%	6	3.4%		
	Univer.	0	0%	5	4.6%	38	34.9%	65	59.6%	1	0.9%		
	Post.	0	0%	0	0%	8	80%	2	20%	0	0%		

Fuente: Clima social familiar
Elaborado por: Medina, 2018.

En la tabla 22, los participantes que se ubicaron en un nivel muy malo del FES 2.3% indican que su padre no accedió a ninguna instrucción escolar. Se evidencia una diferencia significativa de $r=41.39$ y una fuerza correlacional estadísticamente confiable $p=0.003$.

Tabla 23. Prueba Chi-cuadrado entre Apoyo Social Percibido y variables: percepción de salud y satisfacción con la vida.

		Apoyo Social Percibido										$\chi^2(1^a, N = 434)$	p
		Bajo		Medio bajo		Medio		Medio alto		Alto			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	Punt.	
Percep. de salud	Mala	0	0%	3	10.3%	6	20.7%	11	40.0%	9	31.0%	58.36	<.00
	Normal	0	0%	2	0.8%	21	8.4%	52	20.8%	175	70%		
	Buena	1	0.7%	0	0%	5	3.2%	28	18.1%	121	78.1%		
Satis. con la vida	Insat.	0	0%	0	0%	13	25%	19	36.54%	20	38.5%	62.25	<.00
	Media	0	0%	4	1.8%	15	6.64%	56	24.8%	151	66.8%		
	Satis.	1	0.64%	0	0%	4	2.6%	16	10.3%	135	86.5%		

Fuente: Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido.

Elaborado por: Medina, 2018.

En la tabla 23 se puede observar que en percepción de salud los estudiantes que puntuaron en el nivel bueno, la mayoría de los estudiantes el 78.1%, señalaron que se encuentran en el nivel alto de apoyo social. Los estudiantes que se sienten insatisfechos con su vida se ubican en un nivel alto en apoyo social 38.5%. Se evidencia además una diferencia significativa existente entre el instrumento de apoyo social percibido y percepción de salud $r=58.36$ como también una significancia relacional altamente confiable $p=0.000$ y de igual forma se observa con la variable satisfacción con la vida $r=62.25$; $p=0.00$.

PRUEBAS CHI-CUADRADO

Tabla 24. Prueba Chi-cuadrado entre CES-D y variable: escolaridad de la madre.

		CES-D						$\chi^2(1^a, N = 43)$	p
		Bajo		Medio		Alto			
		N	%	N	%	N	%	Puntuación	
Escolaridad madre	Ninguna	0	0%	0	0%	1	100%	12.42%	<0.014
	Primaria	0	0%	3	100%	0	0%		
	Secundaria	0	0%	13	100%	0	0%		
	Universitaria	0	0%	3	60%	2	40%		
	Postgrado	0	0%	1	100%	0	0%		

Fuente: Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos.

Elaborado por: Medina, 2018.

Se evidencia en la tabla 24 con la sub-muestra n=23 que el instrumento CES-D guarda una diferencia significativa y una fuerza correlacional estadísticamente confiable con la variable escolaridad de la madre $r=12.42$; $p=0.014$.

En cuanto a los análisis de Chi-cuadrado del instrumento BDI-II con las variables, no se encontró ninguna relación estadísticamente significativa, de igual forma con la dimensión de relación.

Tabla 25. Prueba Chi-cuadrado de la Dimensión de Desarrollo (FES) y variables: escolaridad de la madre, con quién vives y satisfacción con la vida.

		CLIMA SOCIAL FAMILIAR										$\chi^2(1^a, N = 434)$	p
		Dimensión de Desarrollo											
		Muy mala		Mala		Media		Buena		Muy buena		Punt.	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Escol. madre	Ninguna	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	22.19	<0.005
	Primaria	0	0%	2	66.7%	1	33.3%	0	0%	0	0%		
	Secun.	0	0%	3	23.1%	9	69.2%	1	7.7%	0	0%		
	Univers.	0	0%	0	0%	0	0%	5	100%	0	0%		
	Post.	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%		
Con quien vives	Fam. Prim.	0	0%	3	16.7%	11	61.1%	4	22.2%	0	0%	10.03	<0.040
	Sólo	0	0%	2	66.7%	1	33.3%	0	0%	0	0%		
	Otros	0	0%	0	0%	0	0%	2	100%	0	0%		
Satis. con la vida	Insat.	0	0%	5	31.3%	9	56.3%	2	12.5%	0	0%	11.62	<0.020
	Media	0	0%	0	0%	3	75%	1	25%	0	0%		
	Satis.	0	0%	0	0%	0	0%	3	100%	0	0%		

Fuente: Clima Social Familiar.
Elaborado por: Medina, 2018.

En la tabla 25 se evidencia con la sub-muestra n=23 que los estudiantes se ubicaron en el nivel bueno del FES 22.2%, conviviendo con sus padres y hermanos. En la misma línea se evidencia que el 12.5% están insatisfechos con su vida, ubicándose en el nivel bueno del FES. Además existen diferencias significativas con las variables escolaridad de la madre $r=22.19$ con quien vive $r=10.03$ y satisfacción con la vida $r=11.62$; y una fuerza correlacional altamente confiable con la variable escolaridad de la madre; $p=0.005$.

Tabla 26. Prueba Chi-cuadrado de la Dimensión de Estabilidad (FES) y variable: satisfacción con la vida.

		CLIMA SOCIAL FAMILIAR										$\chi^2(1^a, N = 434)$	P
		Dimensión de Estabilidad											
		Muy mala		Mala		Media		Buena		Muy Buena		Punt.	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Satis. con la vida	Insat.	0	0%	4	25%	7	43.8%	5	31.3%	0	0%	13.88	<.031
	Media	0	0%	0	0%	2	50%	0	0%	2	50%		
	Satis.	0	0%	0	0%	1	33.3%	2	66.7%	0	0%		

Fuente: Clima Social Familiar.

Elaborado por: Medina, 2018.

Se evidencia en la tabla 26 con la sub-muestra n=23 que los estudiantes 31.3% que se sienten insatisfechos con la vida se ubican en el nivel bueno del FES. Se observa una diferencia significativa $r=13.88$; no obstante no existe una significancia relacional $p=0.031$.

Tabla 27. Pruebas Chi-cuadrado de Apoyo Social y variable: nivel socioeconómico.

		Apoyo Social Percibido										$\chi^2(1^a, N = 434)$	P
		Bajo		Medio bajo		Medio		Medio alto		Alto			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	Puntuación	
Nivel socioeconómico	Bajo	0	0%	0	0%	2	40%	1	10%	2	40%	12.85	<0.045
	Medio bajo	0	0%	0	0%	3	25%	7	58.3%	2	16.7%		
	Medio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	4	100%		
	Medio alto	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	100%		
	Alto	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%		

Fuente: Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido.

Elaborado por: Medina, 2018.

Se puede observar en la tabla 27, que en la sub-muestra n=23 los estudiantes que puntúan en el nivel socioeconómico bajo con un 40% y nivel medio bajo un 58.3%, se ubican en el nivel alto en el primero, y en el nivel medio alto en el segundo. Además se observa una diferencia significativa $r=12.85$; no obstante no existe una significancia relacional $p=0.045$.

PRUEBAS CHI-CUADRADO

En referencia a los análisis con los instrumentos CES-D y BDI-II con las 14 variables escogidas, se evidenció que no existen diferencias significativas como tampoco correlaciones estadísticamente significativas.

De la misma forma con los resultados de la dimensión de relación y estabilidad con las 14 variables, no se observaron diferencias significativas, como tampoco correlaciones estadísticamente significativas.

Tabla 28. Prueba Chi-cuadrado de la Dimensión de desarrollo y variable: nivel socioeconómico.

		CLIMA SOCIAL FAMILIAR										$\chi^2(1^a, N$	p
		Dimensión de Desarrollo											
		Muy mala		Mala		Media		Buena		Muy buena		Punt.	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Nivel socioeconómico	Bajo	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	7.00	<0.030
	Medio ba.	0	0%	0	0%	4	100%	0	0%	0	0%		
	Medio	0	0%	0	0%	2	100%	0	0%	0	0%		
	Medio alto	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%		
	Alto	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%		

Fuente: Clima Social Familiar.

Elaborado por: Medina, 2018.

Se evidencia en la tabla 28 que en la sub-muestra n=7 los participantes que puntuaron en el nivel socioeconómico bajo con un 100% se ubican en el nivel bueno del FES. Así mismo los estudiantes que señalaron un nivel socioeconómico medio 100% y medio alto 100%, se encuentran en el nivel medio del FES. Además se observa una diferencia significativa de $r=7.00$, no obstante no hubo una correlación estadísticamente significativa $p=0.030$.

CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS

A continuación se expondrán los resultados en referencia a la confiabilidad de cada uno de los instrumentos con la población total de estudio.

Tabla 29. Confiabilidad FES, Apoyo Social, CES-D y BDI-II.

	n	Alfa de Cronbach	N de elementos
FES	434	.730	90
Apoyo Social	434	.893	12
CES-D	434	.836	20
BDI-II	434	.886	21
FES	23	.786	90
Apoyo Social	23	.876	12
BDI-II	23	.838	20

Fuente: Clima Social Familiar, Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido, Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, Inventario de Depresión de Beck.

Elaborado por: Medina, 2018.

La tabla 29 presenta la confiabilidad de los instrumentos de CES-D, BDI-II, FES y Apoyo Social Percibido, considerando la muestra total (n=434), y la muestra con depresión subclínica (n=23). Se observa que la puntuación de confiabilidad del FES es 0.730 con la muestra de 434 participantes; y aumenta en la muestra (n=23) 0.786. De igual forma en el instrumento de Apoyo Social Percibido los resultados son altos en las tres muestras (n=434) 0.893, y (n=23) 0.876. En referencia al Cuestionario CES-D se indica que hay una confiabilidad significativa (n=434) 0.836. Finalmente en el Cuestionario de BDI-II se observa que hay una confiabilidad estadísticamente significativa en las muestras (n=434) 0.886 y (n=23) 0.838.

CAPITULO IV: DISCUSIÓN

En relación a los resultados obtenidos se responde al primer objetivo específico planteado en la investigación, señalando que en las sub-muestras de estudio (n=23) y (n=7) se evidencia con mayor prevalencia al sexo femenino; así mismo la edad identificada en la sub-muestra (n=23) son mayores a 21 años, en referencia a la sub-muestra (n=7) los estudiantes identificados son menores a 21 años. Un estudio de Gutiérrez, Montoya, Toro, Briñón, Rosas y Salazar (2010) manifiestan que los estudiantes que presentan sintomatología depresiva oscilan entre los 20 años de edad, con mayor prevalencia en las mujeres.

De la misma forma los resultados coinciden con la investigación realizada por Arrieta, Díaz y González (2014), quienes confirman las mujeres tienen mayor prevalencia de trastornos de depresión y ansiedad, debido a algunos factores identificados “como factores socioculturales (facilidad de la mujeres a reportar sentimientos depresivos y ansiosos y la multiplicidad de roles en la familia), biológicos (predisposición genética, hormonas sexuales, y determinantes neuropsicológicos) y forma de expresión de los trastornos depresivos en hombres”. Esta información es confirmada por las estadísticas de la Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (2012), en donde refieren que las mujeres tienden a padecer de depresión en mayor índice que los hombres, de igual forma señalan que “La depresión es el trastorno mental que más afecta a la población en el mundo” (p.1).

En referencia a los niveles de depresión se pudo evidenciar que un gran porcentaje puntuó en el nivel bajo del instrumento CES-D y en mínima depresión en el Inventario BDI-II; no obstante se observan índices significativos en el nivel alto del CES-D con las muestras (n=434; 2.3%) (n=23; 0.7%) y (n=7; 0.5%); de igual forma en el Inventario BDI-II (n=434; 2.1%) (n=23; 5.3%) y (n=7; 1.6%). La literatura confirma que efectivamente los universitarios tienden a padecer de depresión con índices relevantes; Gutiérrez, et al. (2010), manifiestan que existe una prevalencia real del 47.2% de estudiantes con síntomas depresivos.

Es necesario mencionar que a nivel mundial la depresión “afecta a 350 millones de personas en el mundo. En América Latina y el Caribe la sufre el 5% de la población adulta” (Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2012, p.1). En correspondencia con lo señalado, señalan Micin y Bagladi (2011, p.63) “las investigaciones a nivel mundial señalan que los cuadros depresivos y ansiosos reactivos en universitarios superan las tasas de la población general”.

Siguiendo la misma línea, en nuestro estudio se precisó que 1 de cada 10 universitarios presentan depresión leve, 3 de 50 depresión moderada y 1 de 50 depresión grave. Estos datos coinciden de igual forma con una investigación realizada en Colombia por Londoño y González (2016), en donde señalan que 6.1% de la población estudiada presentaban depresión moderada y el 0.8% poseía sintomatología depresiva severa (1 de cada 10).

Si bien, autores como Arrieta, Díaz y González identificaron algunos factores influyentes para padecer de trastorno depresivo; en la presente investigación se determinaron factores sociodemográficos relevantes para considerarlas como predictores de esta enfermedad; nivel socioeconómico de medio a bajo, ingresos mensuales menores a \$570.00, escolaridad de sus padres hasta el nivel de secundaria, y antecedentes familiares de presencia de enfermedad psicológica como ansiedad y depresión. De la misma forma se consideran algunos elementos estresores que serían causales comunes de depresión en los universitarios evaluados, como el estudio, la familia y la economía. Es preciso mencionar que el estrés por estudio es el que predomina sobre los demás elementos.

Esto confirma lo investigado por otros autores, que “la presencia de dificultades para el cumplimiento de las responsabilidades académicas por parte de los estudiantes se da con mayor frecuencia en aquellos que presentan estadios más severos de depresión” (Gutiérrez, et al., 2010); así mismo manifiesta que “la carga académica, las presentaciones orales y las expectativas sobre el futuro” son considerados factores que producen mayores niveles de estrés.

Para dar respuesta al segundo objetivo de la investigación, se obtuvo el análisis del instrumento Clima social familiar-FES, en donde se manifiesta que los participantes obtuvieron una media de $n=434$, 53.3%; $n=23$, 48.39%; y $n=7$, 51%. Esto refiere que la muestra ($n=434$) se encuentra en un nivel medio alto del FES, en la sub-muestra ($n=23$) se ubican en el nivel medio y en la sub-muestra ($n=7$) se localiza en el nivel alto del FES. En referencia al instrumento de Apoyo Social Percibido la muestra y sub-muestras se ubican en el nivel alto.

A mayor soporte y contención familiar y social, menor probabilidad de padecer algún trastorno anímico; no obstante, la literatura afirma esta información “también se había hecho notable el efecto del funcionamiento familiar” (Londoño y González, 2016, p. 325).

Con este señalamiento acuerda Balcázar-Rincón, Ramírez-Alcántara y Rodríguez-Alonso (2015) que la sintomatología clínica de pacientes tiende a reducir por ser parte de una

familiar nuclear, en comparación con las personas que pertenecen a una familia extensa, es decir “que pertenecer a una familia extensa es un factor asociado con la depresión”.

Estas afirmaciones pueden darse por el hecho que los estudiantes al estar cursando estudios universitarios, tengan la necesidad de adquirir mayor autonomía e independencia en su vida personal y profesional. Es necesario acotar que en su mayoría, los estudiantes conviven con sus padres y hermanos, los cuales en un gran porcentaje financian sus estudios; esto indica que al estar bajo el amparo de su familia primaria, están siendo controlados aún por sus padres; lo cual podría generar inconvenientes en la dinámica familiar.

En referencia al tercer objetivo, identificar factores psicosociales asociados a la depresión de los estudiantes universitarios; se encontró que actualmente no trabajan, tienen un nivel socioeconómico medio bajo con tendencia a bajar, perciben ingresos menores a \$570.00, su madre tuvo una escolaridad máxima de secundaria, en cuanto a su padre tuvo una escolaridad de tercer nivel, y conviven con sus padres y hermanos. Se evidenció un porcentaje significativo de estudiantes que afirman padecer una enfermedad psicológica, prevaleciendo la depresión y ansiedad, de igual forma se observó que algunos participantes señalaron que un familiar padeció de enfermedades como la depresión. En un estudio realizado en Colombia se puede verificar que efectivamente, el hecho de que los universitarios no puedan acceder a una plaza laboral es un factor de riesgo para padecer estrés, ya que estarían dependiendo de sus progenitores para costear sus gastos, imposibilitándoles a adquirir autonomía y responsabilidad. De igual forma, se categorizó como un elemento de vulnerabilidad el hecho de que los estudiantes vivan en hacinamientos; y por último atribuye otro elemento, que es el tener antecedentes familiares con enfermedades psicológicas (Díaz, 2012).

Barradas, Fernández, Balderrama, Daberkow y Luna (2013), señalan que el nivel socioeconómico de los estudiantes y la adquisición de un trabajo son factores asociados a la salud mental, ya que si no lo poseen desencadenará en los universitarios sintomatología depresiva. En la misma línea, algunos refieren que “a menor estrato socioeconómico al que pertenezcan los jóvenes, mayor nivel de depresión aparecerá”. Así mismo indican que el ausentismo presenciado dentro de los centros universitarios también es un indicador importante para tomar en consideración (Ferrel, Celis y Hernández, 2011, p. 47).

Los factores en mención guardan estrecha relación con la depresión, lo confirman los resultados obtenidos y las investigaciones efectuadas en años anteriores. Se debe mencionar que al evidenciar que estos elementos siguen afectando hoy en día en la salud mental de los

universitarios es determinante para tomar medidas óptimas y apropiadas que permitan la disminución de los efectos de estos factores de riesgo.

En respuesta al cuarto objetivo, se manifiesta que la relación existente entre los niveles de depresión, el clima familiar y el apoyo social de los estudiantes universitarios es de una correlación inversa significativa, mostrando únicamente en la muestra N=434 en BDI-II con FES ($r=-0.216$; $p=0.00$), en CES-D con Apoyo ($r=-0.223$; $p=0.00$), en BDI-II con Apoyo ($r=-0.319$; $p=0.00$) obteniendo una prevalencia significativa relacional altamente confiable. En los resultados obtenidos se observa un índice relevante de estudiantes que padecen de este trastorno, no obstante, considerando los lineamientos planteados, se puede señalar que si se observará un nivel bajo en el FES y Apoyo Social, probablemente se tendría muchísimos más casos de depresión. Estos precedentes permiten identificar factores en la dinámica familiar y social que se pueden potenciar para la disminución de porcentajes de estudiantes con depresión.

Es así como, el soporte social y familiar son determinantes para tener un estado de salud mental equilibrado, no obstante, se debe reconocer que la dinámica en los sistemas familiares de las personas que presentan sintomatología depresiva, se exponen a múltiples cambios “pues los papeles familiares y las rutinas son intensamente modificadas” (Pezo, Komura y Costa, 2004, p.518). De esta manera es que, de ser una red de apoyo importante para pacientes clínicos, pueden convertirse en un factor de riesgo, por el hecho de desconocer mecanismos y formas de como convivir con un familiar con depresión, resultando en una probable sobreprotección y estigmatización de la persona; “la depresión genera muchas incomodidades y constituye una carga muy pesada para la familia, reiterando la necesidad de que la asistencia sea extendida a los familiares de las personas que sufren este trastorno” (Pezo, Komura y Costa, 2004, p.518).

Es por esta necesidad, y evidenciando los resultados obtenidos, el requerimiento indispensable de establecer un programa de intervención dirigido a estudiantes universitarios con sus respectivas familias, abordando la forma de como apoyar al individuo con sintomatología depresiva, que mecanismos utilizar ante posibles crisis, y como generar una dinámica familiar que no descuide la funcionalidad de cada individuo y las interrelaciones entre miembros.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN FAMILIAR

La familia es considerada como el núcleo de una sociedad y la base fundamental para el desarrollo biopsicosocial de un individuo; siendo uno de los factores determinante para la generación de la personalidad, carácter y comportamiento del individuo y de sus miembros.

La familia tiene la tarea de desarrollar determinadas funciones, tales como la biológica, la económica, la educativa en la formación de sus integrantes, contribuyendo a la formación de valores, a la socialización de sus miembros, a la educación, a la reproducción y a la satisfacción de necesidades económicas entre otros. Así mismo tiene la tarea de preparar a los individuos para enfrentar cambios que son producidos tanto desde el exterior como desde el interior y que pueden conllevar a modificaciones estructurales y funcionales.

Es por este motivo que la familia es considerada dentro de un programa de intervención psicológico. En este caso en particular incluir a un sistema familiar en tratamientos que aborden la problemática de los estudiantes universitarios con sintomatología depresiva permitirá que realicen ajustes dentro de los mecanismos de relación entre integrantes, como también de interacción, comunicación armonía, cohesión, rol comunicación, afecto, permeabilidad y adaptabilidad entre otros.

Con estos precedentes, el presente programa de intervención dirigido a estudiantes universitarios, es una propuesta de tratamiento psicológico que tiene como fin integrar al sistema familiar en cada proceso terapéutico que sea necesario aplicar con el estudiante.

Objetivo general:

Intervenir psicológicamente en estudiantes universitarios con depresión incluyendo a la red de apoyo familiar y social

Objetivo específico

- Aplicar métodos y técnicas psicológicas en estudiantes universitarios con depresión.
- Incluir a la red de apoyo familiar y social en el proceso terapéutico.
- Optimizar los recursos familiares que poseen.

Nro.	1ra Sesión	Tema	Conozcamos, ¿Qué es la depresión?
Objetivo			
Psicoeducar acerca de la definición de depresión, sus síntomas y efectos del trastorno, los cambios que se producen en la persona afectada y en la dinámica familiar; establecer como convivir con una persona con depresión, que hacer en situaciones de crisis.			
Metodología			
Se reunirá al grupo familiar en una sala con herramientas audiovisuales, en donde se impartirá la temática a través de la utilización de videos educativos y diapositivas informativas. Posterior a la charla se brindará trípticos con información relevante para la familia. De la misma forma se enviará tarea en casa, “Un milagro por la mañana”.			
Técnicas de intervención			
Psicoeducación grupal			
Hace referencia a la información que se brinda a las personas que en este caso, aplican para tener depresión. Al utilizar este mecanismo se incluyen técnicas como apoyo emocional y resolución de problemas, las cuales permitirán dar contención en el momento oportuno y así mismo poder dar opciones de solución frente a algún inconveniente que se evidencie en el momento.			
Tarea: Un milagro por la mañana			
Consiste en solicitar a las personas que al día siguiente por la mañana, se levanten e imaginen que ocurre un milagro, y que todos sus problemas se resuelven y las preocupaciones desaparecen. Se les planteará la siguiente pregunta: ¿Qué harían de diferente si eso pasará?. Posteriormente se solicita que de todo lo que han pensado, escojan alguna idea que hayan tenido y la realice, posteriormente anotará el efecto que se produce.			

Nro.	2da Sesión	Tema	FODA Familiar
Objetivo			
Identificar las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que posee el sistema familiar del estudiante con sintomatología depresiva.			
Metodología			
A través de una reunión grupal, los participantes podrán plasmar en una pizarra o papel, las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que posee su familia. Al finalizar expondrán sus criterios y se retroalimentará en los elementos que requieran una connotación positiva para			

transformar las perspectivas de las amenazas y debilidades. De los recursos identificados en el sistema familiar se elaborará una metáfora.

Técnicas de intervención

Reenmarque positivo:

Se utiliza cuando los integrantes presentan dificultades para ver lo positivo frente a un inconveniente, en este caso se podría utilizar cuando los sistemas familiares no puedan discernir las fortalezas y oportunidades que poseen como familia.

Metáfora:

Es cuando una realidad se expresan por medio de una narración. El profesional unificará todos los recursos del FODA familiar para narrar un cuento que permita a la familia visualizar su inconveniente desde otro contexto y con otra perspectiva.

Nro.	3ra Sesión	Tema	Comunicación familiar
Objetivo			
Construir espacios de comunicación positiva.			
Metodología			
Los participantes podrán identificar en conjunto con el profesional espacios dentro de su hogar que les generen comodidad, tranquilidad, paz. Seguidamente cada uno elaborará una lista de las temáticas que les gustaría hablar con los demás miembros en todos los días de la semana. Por cada miembro escogerán un tema que deberán conversar a diario. A continuación se les pedirá a los asistentes que cada día solo se pueden demorar 5 minutos en hablar todas las temáticas planteadas, y que ese tiempo no lo pueden superar. Cada semana se incrementará un minuto. Esto podrán aplicar durante un mes.			
Técnicas de intervención			
Prescripciones directas			
Se utilizan para observar la capacidad de cambio del sistema y para consolidar las transformaciones ya conseguidas a partir de intervenciones paradójicas.			
Prescripciones paradójicas:			
Las tareas paradójicas consisten en prescribir acciones específicas con el objetivo de que lleguen a quebrantarlas, de esta manera se conseguirá el objetivo de la intervención psicológica, cuando no lo cumplen a cabalidad.			

Nro.	4ta Sesión	Tema	Identificando mis salidas
Objetivo			
Identificar las posibles salidas frente a situaciones que generen estrés en una persona.			
Metodología			
Se solicitará al grupo familiar que en una hoja de papel delimiten en un listado las posibles acciones que le generen bienestar, tranquilidad o felicidad a la persona. Es decir que al momento de ejecutarlo le hace sentir bien de forma inmediata, independientemente de lo que esté sucediendo a su alrededor. Seguido de esto se ejecutarán role-playing poniendo a prueba este listado, con situaciones difíciles; es con el objetivo de poder mejorar cada acción del listado o eliminarlo y cambiarlo.			
Técnicas de intervención			
Válvulas de escape			
Esta técnica permite a la persona identificar las acciones que puede ejecutar para sentirse bien las cuales traen consigo satisfacción. Estos actos pueden ser realizados de manera individual o puede incluir a terceras personas que complementen la actividad.			
Role-playing			
Se adopta el papel de un personaje concreto y se crea una situación como si se tratara de la vida real. El objetivo es imaginar la forma de actuar y las decisiones que tomaría cada uno de los personajes en situaciones diferentes.			

Nro.	5ta Sesión	Tema	Despedida
Objetivo			
Exteriorizar los sentimientos y emociones frente a la problemática que están sobrellevando.			
Metodología			
Se colocará una silla vacía frente al grupo familiar y se pedirá que todas las personas presentes que exterioricen su problemática (Trastorno de depresión) en la silla, posteriormente se les solicitará que le den forma al problema como si fuera una persona. Seguidamente se les invita a que cada uno exprese todo lo que siente, lo que piensa, de esa silueta. A continuación se les pedirá a todos los miembros, y dando mayor énfasis en la persona que presenta sintomatología depresiva, que elaboren una carta de despedida a su problema, la cual será leída delante de todos y entregada al profesional			
Técnicas de intervención			
Silla vacía			

Esta técnica permite contactar emocionalmente con la problemática en sí. Externalizando todos sus sentimientos, emociones, dudas en relación a una persona en particular o en referencia a una situación o problema que se atreviese.

Carta de despedida

Se solicita a la persona que escriba una carta de despedida a su problema en la que, tras agradecer los servicios prestados, detalle las razones por las que quiere prescindir de él.

Nro.	6ta Sesión	Tema	Unión familiar
Objetivo			
Mantener la unión familiar, mediante la sensibilización y entendimiento de los diferentes roles familiares, como también por medio de notas escritas que sugieren un mensaje íntimo y muy individualizado a cada miembro familiar.			
Metodología			
A través de un cambio de roles entre el sistema familiar, se podrá evidenciar como ven los integrantes a las personas más allegadas de su familia. El terapeuta pedirá al grupo familiar que demuestren como son las personas que van a representar en un día cotidiano. Al finalizar la demostración resaltarán las virtudes de las personas, y de igual forma preguntará a cada integrante que fue representado, como se siente con la imitación. Posteriormente se solicitará a cada integrante que todos los días elabore un mensaje positivo resaltando las fortalezas de la persona que va dirigido el mensaje, cada integrante tomará un día a la semana para que le dediquen los mensajes positivos. De igual forma se pedirá a la persona que presenta sintomatología depresiva que todos los mensajes que reciba los guarde en una cajita la cual se convertirá en un amuleto, que deberá leer con frecuencia, para que recuerde como lo ven sus demás familiares y las virtudes y fortalezas que posee.			
Técnicas de intervención			
Cambio de roles			
La persona tiene la oportunidad de expresar como ve y siente a otro miembro del sistema familiar que va a representar, considerando las conductas del día a día, el estado de ánimo en general, y la interrelación con cada uno de los integrantes familiares.			
Post-it para los demás			
Se solicita a las personas que elaboren mensajes positivos subrayando las fortalezas y			

recursos; estos escritos estarán destinados a una persona en particular. De esta manera ayudará a que la persona se auto-refuerce y auto-motive.

El amuleto

Se pide a la persona que construya un amuleto que le recuerde la persona que es, si es necesario podrá llevarlo consigo cuando crea conveniente.

CONCLUSIONES

- Se evidenció que $n=23$ estudiantes presentaron sintomatología subclínica, $n=7$ hombres (30.4%) y 16 mujeres (69.6%); de igual forma se encontró que 7 mujeres (100%) presentaron sintomatología clínica. De la misma forma se pudo identificar que la muestra con prevalencia en presentar síntomas de depresión, son mujeres con un mayor porcentaje en comparación con la muestra masculina.
- La muestra $n=434$ se encuentra en un nivel medio alto del FES con un 53.3%, en la sub-muestra $n=23$ se ubican en el nivel medio con un 48.39%; y en la sub-muestra $n=7$ se localiza en el nivel alto del FES con un 51%. En referencia al instrumento de Apoyo Social Percibido en la muestra y sub-muestras se ubican en el nivel alto.
- Algunos factores relacionados para presentar sintomatología sub-clínica y clínica son: el nivel socioeconómico medio bajo; ingresos mensuales menores a \$570.00; nivel de escolaridad bajo; y, antecedentes familiares de presencia de enfermedad psicológica como ansiedad y depresión.
- Se identificaron factores estresantes que serían causales comunes de depresión en los universitarios evaluados, estos son: el estudio, la familia y la economía. Es preciso mencionar que el estrés por estudio es el que predomina sobre los demás elementos en esta investigación.
- La relación existente entre los niveles de depresión, el clima familiar y el apoyo social de los estudiantes universitarios, corresponde a una correlación inversa significativa, mostrando únicamente en la muestra $n=434$ en BDI-II con FES $r=-0.216$; $p=0.00$, en CES-D con Apoyo $r=-0.223$; $p=0.00$, en BDI-II con Apoyo $r=-0.319$; $p=0.00$ obteniendo una prevalencia significativa relacional altamente confiable. En referencia a las sub-muestras $n=23$ y $n=7$ no se evidenció ninguna relación estadísticamente confiable.
- En referencia a la confiabilidad de los instrumentos se pudo constatar que el FES obtuvo un puntaje de 0.730 con la muestra de $n=434$ participantes; y aumenta en la muestra $n=23$ con un 0.786. De igual forma en el instrumento de Apoyo Social Percibido los resultados son altos en las tres muestras. En referencia al Cuestionario CES-D se indica que hay una confiabilidad significativa $n=434$ con un 0.836. Finalmente en el Cuestionario de BDI-II se observa que hay confiabilidad en las muestras $n=434$ con un 0.886 y $n=23$ con 0.838.

RECOMENDACIONES

- Implementar programas de intervención familiar que permitan el trabajo constante con los factores de riesgo encontrados en la presente investigación, incluyendo a estudiantes universitarios que presentan sintomatología depresiva clínica.
- Elaborar campañas de prevención dirigidos a estudiantes universitarios sean hombres y mujeres con indicios de sintomatología depresiva para evitar la evolución de criterios diagnósticos.
- Implementar talleres que permitan fortalecer y mejorar el clima social familiar de estudiantes universitarios con sus respectivas familias, así como también que optimicen los recursos de apoyo social de cada individuo.
- Es necesario que los gobiernos consideren implementar nuevos proyectos para generar mayores ingresos destinados al cuidado y prevención de la salud mental de toda la población en general.
- Desarrollar estrategias que promuevan pensamientos positivos en los estudiantes universitarios.

BIBLIOGRAFÍA

Agudelo, Casadiegos y Sánchez (2008). Características de Ansiedad y Depresión en Estudiantes Universitarios. *International Journal of Psychological Research*, (1) 34-39. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299023503006>

Ajinkya, Schaus y Deichen (2016). The Relationship of Undergraduate Major and Housing with Depression in Undergraduate Students. *Cureus*, 8(9), e786. <http://doi.org/10.7759/cureus.786>. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5115843/>

American Psychological Association [APA], (2010). Understanding Depression and Effective Treatment, Recuperado de: http://www.apapracticecentral.org/outreach/depression.pdf?_ga=2.194363241.579643244.1506192731-840386751.1503804320

American Psychological Association [APA], (2013). *Superando la depresión*. Disponible: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/trastornos-depresivos.aspx>

American Psychological Association [APA], (2017). Psicoterapia y depresión. Disponible: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/depression.aspx>

Antúnez y Vinet (2012). Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21): Validación de la Versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos, *Terapia psicológica*, Vol.30, No.3, Santiago, Chile. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082012000300005&script=sci_arttext&lng=en

Arco, López, Heilborn y Fernández (2005). Terapia breve en estudiantes universitarios con problemas de rendimiento académico y ansiedad: eficacia del modelo "La Cartuja". *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5() 589-608. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33705310>

Arrieta, Díaz y González (2014). Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 7(1), 14-22. <https://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2014000100003>

Arrivillaga, Cortés, Goicochea y Lozano (2003). Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Universitas Psicológica*, Colombia, 3.17-26. Recuperado de: <http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V3N102caracterizacion.pdf>

Asociación Americana de Psicología [APA], (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Balanza, Morales y Guerrero (2009). Prevalencia de Ansiedad y Depresión en una Población de Estudiantes Universitarios: Factores Académicos y Sociofamiliares Asociados. *Clínica y Salud*, 20(2), 177-187. Recuperado en 24 de septiembre de 2017, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742009000200006&lng=es&lng=pt.

Balcázar-Rincón, Ramírez-Alcántara y Rodríguez-Alonso (2015). Depresión y funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de tuberculosis, *Revista de Especialidades Médicas Quirúrgicas*. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2015/rmq152c.pdf>

Barradas, Fernández, Balderrama, Daberkow y Luna (2013). Incidencia y nivel de depresión en estudiantes de nuevo ingreso a la Universidad Veracruzana, *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*.

Burca y Carrasco (2015). *Prevalencia de depresión y factores asociados en estudiantes universitarios de la Ciudad de Cuenca-Ecuador*, (Tesis de grado), Universidad del Azuay, Cuenca, Ecuador. Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/4996/1/11434.pdf>

Campo-Cabal (2001). Psicopatología en estudiantes universitarios de la facultad de salud - Univalle. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 30(4), 351-358. Retrieved September 23, 2017, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502001000400003&lng=en&lng=.

Cardona, Zuleta, Londoño, Ramírez y Viveros (2012). Acompañamiento familiar durante el tratamiento de pacientes con diagnóstico de enfermedad mental, *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 3(2), 243-258, Medellín-Colombia.

Clasificación Internacional de Enfermedades [CIE-10], (2000). Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10, Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento: Con glosario y criterios diagnósticos de investigación CIE-10: CDI-10, Madrid, España: Editorial Médica Panamericana S.A.

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, (S.f). Evaluación del Inventario BDI-II, Miembro de la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos, Madrid-España.

Díaz (2012). Depresión y Factores Asociados en Estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia, [Tesis de Máster], Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Colombia, Departamento de Psicología, Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/6947/1/458553.2012.pdf>

Dzul (2016). Elementos Básicos de un trabajo de investigación científica, (Tesis de pregrado), Disponible en: <http://www.uaeh.edu.mx/virtual>.

Gilbody, Richards, Brealey y Hewitt (2007). Cribado de la depresión en entornos médicos con el cuestionario de salud del paciente (PHQ): un metanálisis de diagnóstico. *Revista de medicina interna general*, 22(11), 1596-1602. <http://doi.org/10.1007/s11606-007-0333-y>

Gracia (1997). El apoyo social en la intervención comunitaria, Barcelona, Paidós.

Gutiérrez, Montoya, Toro, Briñón, Rosas y Salazar (2010). Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *CES Medicina*, 24(1), 7-17. Disponible http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87052010000100002&lng=en&lng=es.

Ibarra (2000). Empresa-familia una relación constructiva, México, Trillas Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, 2005. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/>

Jiménez (2015). *Propuesta de Intervención desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad en base a la relación de Depresión y Personalidad de los Jóvenes universitarios*, (Tesis de posgrado), Universidad del Azuay, Cuenca, Ecuador. Recuperado de <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/4404>

Londoño y González (2016). Prevalencia de depresión y factores asociados en hombres. *Acta Colombiana de Psicología*, 19() 315-329. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79847072013>

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales [DSM-V], (1995). Disponible en: <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/manual-diagnoc3b3stico-y-estadc3adstico-de-los-trastornos-mentales-dsm-iv.pdf>

Micin y Bagladi (2011). Salud Mental en Estudiantes Universitarios: Incidencia de Psicopatología y Antecedentes de Conducta Suicida en Población que Acude a un Servicio de Salud Estudiantil. *Terapia psicológica*, 29(1), 53-64. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000100006>

Mikulic y Cassullo (S.f.). Algunas consideraciones acerca del concepto de clima social y su evaluación, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. Ficha de Cátedra Nro. 4. Disponible en: http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/059_psicomtricas1/tecnicas_psicomtricas/archivos/ficha_4.pdf

Moos y Moos (1994). *Family Environment Scale manual* (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Mosquera, Mendoza, Jofré y Barriga (2015). Validez y confiabilidad de una escala de apoyo social percibido en población adolescente, *Revista electrónica trimestral de enfermería*, Nro. 39.

Mufson, Bufka y Wright (2016). *Overcoming depression: how psychologists help with depressive disorders*, American Psychological Association [APA]. Disponible en: <http://www.apa.org/helpcenter/depression.aspx>

Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (2012). Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente, Pan American Health Organization. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_contentyview=articleid=7305%3A2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuenteycatid=740%3Apress-releasesyltemid=1926ylang=es

Organización Mundial de la Salud [OMS], (2012). La depresión es una enfermedad frecuente y las personas que la padecen necesitan apoyo y tratamiento, Centro de Prensa. Disponible: http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/es/

Organización Mundial de la Salud [OMS], (2017). Temas de Salud, Salud Mental. Disponible en: http://www.who.int/topics/mental_health/es/

Organización Panamericana de la Salud [OPS], Organización Mundial de la Salud [OMS], Oficina Regional para las Américas, (2012). Centro de Prensa. Disponible: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_contentyview=articleid=7305%3A2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuenteyItemid=1926ylang=es

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2014). *4 enfermedades de adultos ahora se presentan en los adolescentes*, El Comercio. Disponible en: http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_contentyview=articleid=1234:mayo-21-2014yltemid=356

Pérez y García (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión, *Psicothema*, Universidad de Oviedo, Vol. 13, Nro. 3, pp. 493-510, ISSN 0214 – 9915. Disponible en: <http://156.35.2.127/dspace/bitstream/10651/26908/1/Psicothema.2001.13.3.493-510.pdf>

Pezo, Komura y Costa (2004). La depresión incluida en la historia de la familia, *Texto Contexto Enferm*, Out-Dez; 13(4):511-8. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n4/a02.pdf>

Pratt y Brody (2014). *Depression in the U.S. Household Population, 2009–2012*, NCHS Data Brief, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, No. 172. Disponible en: <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db172.pdf>

Reyes, Pulido (2011). Frecuencia de depresión y comorbilidad con ansiedad en una clínica universitaria de psicoterapia psicoanalítica. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16() 339-355. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29222521009>

Romo, Tafoya y Heinze (2013). Estudio comparativo sobre depresión y los factores asociados en alumnos del primer año de la Facultad de Medicina y del Internado. *Salud mental*, 36(5), 375-379. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttextpid=S0185-33252013000500004yIngl=esytIngl=es.

Salazar, Veytia, Márquez y Huitrón (2013). Relación entre satisfacción con el ambiente familiar y depresión en adolescentes, *Psicología y Salud*, 3(1), 141-148. Disponible en: <https://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-23-1/23-1/Yareli%20Salazar%20%20C3%81lvarez.pdf>

Santander, Romero, Hitschfeld y Zamora (2011). Prevalencia de ansiedad y depresión entre los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 49(1), 47-55. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272011000100006>

Semenova, Zapata y Messenger (2015). Conceptualización de ciclo vital familiar: una mirada a la producción durante el periodo comprendido entre los años 2002 a 2015. *CES Psicología*, 8 (2), 103-121. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/4235/423542417006.pdf>

Moratto, Zapata y Messenger (2015). Conceptualización de ciclo vital familiar: una mirada a la producción durante el periodo comprendido entre los años 2002 a 2015. *CES Psicología*, 8() 103-121. Disponible en: <http://www.uacm.kirj.redalyc.org/articulo.oa?id=423542417006>

Soriano, De la Torre y Soriano (2003). Familia, trastornos mentales y ciclo vital familiar, *Original, Medicina de Familia*, 4(2). Disponible en: <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v4n2/07.pdf>

Torres, Ortega, Garrido y Reyes (2008). Dinámica familiar en familias con hijos e hijas, *Revista Intercontinental de Psicología y Educación, Universidad Intercontinental*, 10 (2), 31-5, México. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80212387003>

Torres (2015). *Salud Mental en Estudiantes Universitarios Ecuatorianos*, (Tesis de Posgrado), Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España. Disponible en: <https://minerva.usc.es/xmlui/handle/10347/14735>

Vargas (2014). Tipo de familia y ansiedad y depresión, *Revista Médica Herediana*, 25(2), 57-59. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttextpid=S1018-130X2014000200001yIngl=esytIngl=es.

Viveros y Vergara (2014). Familia y dinámica familiar, Cartilla dirigida a facilitadores para la aplicación de talleres con familias, Fundación Universitaria Luis Amigó, Editorial FUNLAM, Colombia. Disponible en: <http://www.funlam.edu.co/uploads/fondoeditorial/preliminar/2014/Familia-dinamica-familiar.pdf>

ANEXOS

Anexo Nro. 1 Autorización Comité de Ética



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "EUGENIO ESPEJO"
COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN**

Quito DM, 08 de Agosto de 2017

P.h.D.
Claudia Torres

Presente

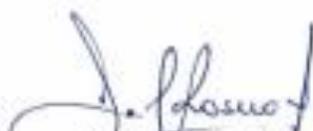
Reciba un cordial saludo de los miembros del Comité de Bioética en Investigación del Hospital Eugenio Espejo.

A través de la presente le informamos que, una vez analizado por parte de los miembros del Comité el Protocolo de Investigación: "Clima Familiar, Apoyo Social y su relación con: depresión, ideación suicida y trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios vulnerables de la Universidad Técnica Particular de Loja: una propuesta de intervención familiar". Se le comunica que al no encontrar ningún criterio que vaya en contra de las normas de la bioética en investigación, este Comité aprueba la realización de dicho proyecto.

El Comité de Bioética en Investigación se reserva el derecho de solicitar en cualquier momento, informe del avance de su investigación.

Nota: La presente aprobación se extiende de acuerdo al cronograma de actividades, y tendrá como válido un año calendario desde la fecha de emisión.

Atentamente,



Dr. Carlos Rosero
PRESIDENTE



MIEMBRO DEL COMITÉ



Dra. Maribel Cruz
SECRETARIA

Anexos

Anexo 1 FORMATO DE INFORMES DE COMITÉS DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN RESPECTO A ANÁLISIS DE PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

DATOS DE LA INVESTIGACIÓN	
Nombre del Protocolo y versión:	Bien familiar, Apoyo Social y actividades de recreación para mejorar la adherencia a la alimentación en niños con sobrepeso
Nombre del Patrocinador:	U.T.P.L.
Nombre de la institución vinculada:	U.T.P.L.
Coordinador y/o investigador principal:	Claudio Torres
Nombre de investigador:	Claudio Torres
Fecha y lugar de la decisión:	Quito - Ecuador
Nombre del CEISH:	CEISH - HESE
Fecha de registro de solicitud de aprobación del ensayo clínico en el Ministerio de Salud Pública:	

Protocolo de investigación	✓
Manual del investigador	
Exposición al protocolo de investigación	
Exposición al manual de investigación	
Consentimiento informado	
Ampliaciones o modificaciones adicionales	
Informe de eventos adversos	
Informe de utilidad	
Cambios administrativos	
Reportes Internacionales de seguridad	
Informe de seguimiento	
Informe final	
Otros (detallar)	

ASPECTOS ÉTICOS		
PARÁMETRO	EVALUACIÓN	
	Adecuado	No adecuado
Justificación del estudio	✓	
Tipo de intervención a ser evaluada		
Participación voluntaria en el estudio	✓	
Consejo o retiro del estudio	✓	
Responsabilidades del participante	✓	
Responsabilidades del investigador	✓	
Riesgos para los sujetos de la investigación	NA	
Beneficios potenciales para los sujetos de la investigación	NA	
Inclusión de poblaciones vulnerables	NA	
Selección de inclusión y exclusión de participantes	✓	
Protección de confidencialidad	✓	
Transparencia	✓	
Plan de manejo de crisis	NA	
Riesgos para los sujetos por discapacidad o ineptitud	NA	

ASPECTOS METODOLÓGICOS
El criterio de Metodología usada en ensayos
Transversal Observacional Temporal

ASPECTOS LEGALES
El criterio de consideración y cumplimiento de aspectos legales del Ecuador
ninguno

RESOLUCIÓN	
Aprobada	08/08/2017
Condicional	
No aprobada	

Dr. Victor Alvarez Chavez
COLEGIADO
RORSA L.L.S. P3 N° 8
14 47 - 08 - 01906

Anexo Nro. 2 Cuestionarios

Escala de Clima Social Familiar(FES)	
Variables que evalúa	Evalúa y describe las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica.
Descripción	Consta de 90 preguntas y se contesta con V y F. Describe 3 dimensiones: <u>DIMENSIÓN DE RELACIONES:</u> [Cohesión (CO), Expresividad (EX) y Conflicto (CT)]. <u>DIMENSIÓN DE DESARROLLO</u> [Autonomía (AU), Actuación (AC), Intelectual-Cultural (IC), Social-Recreativo (SR) y Moralidad-Religiosidad (MR)]. <u>DIMENSIÓN DE ESTABILIDAD</u> [Organización (OR) y Control (CN)].
Ítems	<ol style="list-style-type: none"> 1. En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros. 2. Los miembros de la familia guardan a menudo sentimientos para sí mismos. 3. En nuestra familia discutimos mucho. 4. En general, ningún miembro de la familia decide por su cuenta. 5. Creemos que es importante ser los mejores en cualquier cosa que hagamos. 6. A menudo hablamos de temas políticos o sociales. 7. Pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo libre. 8. Los miembros de mi familia asistimos con bastante regularidad a los cultos de la iglesia, templo, etc. 9. Las actividades de nuestra familia se planifican cuidadosamente. 10. En mi familia tenemos reuniones obligatorias muy pocas veces. 11. Muchas veces da la impresión de que en casa sólo estamos pasando el rato. 12. En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos. 13. En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enojos. 14. En mi familia nos esforzamos mucho para mantener la independencia de cada uno.

15. Para mi familia es muy importante triunfar en la vida.
16. Casi nunca asistimos a conferencias, funciones o conciertos.
17. Frecuentemente vienen amigos a comer en casa o visitarnos.
18. En mi casa no rezamos en familia.
19. En mi casa somos muy ordenados y limpios.
20. En nuestra familia hay muy pocas normas que cumplir.
21. Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa.
22. En mi familia es difícil "desahogarse" sin molestar a todo el mundo.
23. En casa a veces nos enojamos tanto que golpeamos o rompemos algo.
24. En mi familia cada uno decide sus propias cosas.
25. Para nosotros no es muy importante el dinero que gane cada uno.
26. En mi familia es muy importante aprender algo nuevo o diferente.
27. Alguno de mi familia practica habitualmente deportes: fútbol, básquet, etc.
28. A menudo hablamos del sentido religioso de la Navidad, Pascua, y otras fiestas.
29. En mi casa, muchas veces resulta difícil encontrar las cosas cuando las necesitamos.
30. En mi casa, una sola persona toma la mayoría de las decisiones.
31. En mi familia hay un fuerte sentimiento de unión.
32. En mi casa comentamos nuestros problemas personales.
33. Los miembros de mi familia casi nunca mostramos nuestros enojos.
34. Cada uno entra y sale de casa cuando quiere.
35. Nosotros aceptamos que haya competencia y "que gane el mejor".
36. Nos interesan poco las actividades culturales.
37. Vamos a menudo al cine, a competencias deportivas, excursiones, etc.
38. No creemos en el cielo ni en el infierno.
39. En mi familia la puntualidad es muy importante.
40. En casa las cosas se hacen de una forma establecida.

41. Cuando hay que hacer algo en casa, es raro que se ofrezca algún voluntario.
42. En casa, si a alguno se le ocurre hacer algo en el momento, lo hace sin pensarlo demasiado.
43. Las personas de nuestra familia nos criticamos frecuentemente unas a otras.
44. En mi familia, las personas tienen poca vida privada o independiente.
45. Nos esforzamos en hacer las cosas cada vez un poco mejor.
46. En mi casa casi nunca tenemos conversaciones intelectuales.
47. En mi casa, todos tenemos uno o dos hobbies.
48. Las personas de mi familia tenemos ideas muy precisas de lo que está bien o mal.
49. En mi familia cambiamos de opinión frecuentemente.
50. En mi casa se da mucha importancia a cumplir las normas.
51. Las personas de nuestra familia nos apoyamos de verdad unas a otras.
52. En mi familia cuando uno se queja siempre hay otro que se siente afectado.
53. En mi familia a veces nos pegamos a golpes.
54. Generalmente, en mi familia cada persona solo confía en sí misma cuando surge un problema.
55. En casa, nos preocupamos poco por los ascensos en el trabajo o las calificaciones escolares.
56. Alguno de nosotros toca un instrumento musical.
57. Ninguno de la familia participa en actividades recreativas fuera del trabajo o de la escuela.
58. Creemos que hay algunas cosas en las que hay que tener fe.
59. En casa nos aseguramos de que nuestras habitaciones queden limpias.
60. En las decisiones familiares todas las opiniones tienen el mismo

valor.

61. En mi familia hay poco espíritu de grupo.
62. En mi familia los temas de pago y dinero se tratan abiertamente.
63. Si en la familia hay algún desacuerdo, todos nos esforzamos para suavizar las cosas y mantener la paz.
64. Las personas de la familia se estimulan unos a otros para defender sus propios derechos.
65. En nuestra familia nos esforzamos muy poco para tener éxito.
66. Las personas de mi familia vamos con frecuencia a las bibliotecas.
67. Los miembros de la familia asistimos a veces a cursos o clases particulares que nos interesan.
68. En mi familia cada persona tiene ideas distintas sobre lo que está bien o mal.
69. En mi familia están claramente definidas las tareas de cada persona.
70. En mi familia cada uno puede hacer lo que quiere.
71. Realmente nos llevamos bien unos con otros.
72. Generalmente tenemos cuidado con lo que nos decimos.
73. Los miembros de la familia estamos enfrentados unos con otros.
74. En mi casa es difícil ser independiente sin herir los sentimientos de los demás.
75. "Primero el trabajo, luego la diversión", es una norma en mi familia.
76. En mi casa, ver la televisión es más importante que leer.
77. Las personas de nuestra familia salimos mucho a divertirnos.
78. En mi casa, leer la Biblia es algo muy importante.
79. En mi familia el dinero no se administra con mucho cuidado
80. En mi casa las normas son bastante inflexibles.
81. En mi familia se concede mucha atención y tiempo a cada uno.
82. En mi casa expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontáneo.
83. En mi familia creemos que no se consigue mucho elevando la voz.

	<p>84. En mi casa no hay libertad para expresar claramente lo que se piensa.</p> <p>85. En mi casa hacemos comparaciones sobre nuestra eficacia en el trabajo o el estudio.</p> <p>86. A los miembros de mi familia nos gusta realmente el arte, la música o la literatura.</p> <p>87. Nuestra principal forma de diversión es ver la televisión o escuchar la radio.</p> <p>88. En mi familia creemos que el que comete una falta tendrá su castigo.</p> <p>89. En mi casa, la mesa se levanta siempre inmediatamente después de comer.</p> <p>90. En mi familia uno no puede salirse con la suya.</p>
Referencia	<p>Autor: Moos, R.H.</p> <p>Adaptación Argentina, Cassullo, G.L.; Alvarez, L. y Pasman, P. (1998)</p>

Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido	
Variables que evalúa	La escala tiene por finalidad medir el apoyo percibido desde tres fuentes: la familia, amigos y pareja u otras personas significativas.
Descripción	Está compuesta por 12 ítems. El modo de respuesta es a través de una escala tipo Likert de 7 puntos.
Ítems	<p>FAMILIA</p> <p>1. Mi familia trata realmente de ayudarme</p> <p>2. Consigo la ayuda y el apoyo emocional que necesito de mi familia</p> <p>3. Puedo hablar sobre mis problemas con mi familia</p> <p>4. Mi familia está dispuesta a ayudarme a tomar decisiones</p> <p>AMIGOS</p> <p>5. Mis amigos tratan realmente de ayudarme</p> <p>6. Puedo contar con mis amigos cuando las cosas salen mal</p>

	<p>7. Tengo amigos con quienes puedo compartir mis alegrías y mis penas</p> <p>8. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos</p> <p>OTROS SIGNIFICATIVOS</p> <p>9. Hay una persona especial a mi lado cuando yo lo necesito</p> <p>10. Hay una persona especial con quien puedo compartir mis alegrías y penas</p> <p>11. Tengo una persona especial que es una fuente real de consuelo para mí</p> <p>12. Hay una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos</p>
Referencia	Zimet, Dahlem, Zimet, y Farley (1988)

ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA				
Variables que evalúa	La encuesta tiene por finalidad recolectar algunos datos importantes para su ficha personal desde tres fuentes: Datos generales, Información Socioeconómica y Salud.			
Descripción	Se compone de 21 ítems en el cual deben indicar según pertenezcan			
Ítems	A. DATOS GENERALES			
	Sexo:	Hombre ()	Mujer ()	
	Edad en meses:		Fecha de nacimiento:	
	Lugar de origen:	Loja ()	Otro ()	
	Estado civil:	Soltero ()	Casado ()	Viudo ()
			Divorciado ()	Unión Libre ()
Número de hijos:				

Zona donde vive	Urbano ()		Rural ()	
Carrera:		Ciclo:		
B. INFORMACIÓN SOCIOECONÓMICA				
p1.-	Trabajas actualmente:		Si ()	No ()
p2.-	Nivel socioeconómico:	Bajo ()	Medio/Bajo ()	Medio ()
			Medio/Alto ()	Alto ()
p3.-	Cuáles son los ingresos mensuales netos que entran en tu casa por todos los conceptos y miembros de la familia:			
	Menos de \$570 ()		Entre \$571 a \$1040 ()	
	Entre \$1041 a \$1610 ()		Entre \$1611 a 2180 ()	Más de \$2181 ()
p4.-	Instrucción, profesión y ocupación de los padres:			
Madre:			Ninguna ()	Primaria ()
	Secundaria ()		Universitaria ()	Postgrado ()
	Profesión:			
	Ocupación:			
Padre:			Ninguna ()	Primaria ()

	Secundaria ()		Universitaria ()		Postgrado ()
	Profesión:				
	Ocupación:				
p5.-	Usted vive actualmente con: (marque todos con los que habita)				
	Padre ()		Madre ()		Hermanos ()
	Sólo ()		Amigos ()		Tíos ()
	Abuelos ()		Otros:		
p6.-	A más de la beca UTPL su educación es financiada por: (marque todas las que considere)				
	Padre ()		Madre ()		Hermanos ()
	Cónyuge ()		Amigos ()		Tíos ()
	Usted ()		Abuelos ()		Beca IECE ()

C. SALUD

p1.- En los últimos seis (6) meses ha presentado alguna enfermedad de tipo psicológica:

No () Si ()

¿Cuál?.....

....

p2.- Si la respuesta anterior fue positiva a que especialista acudió: (marque las necesarias)

Psicólogo () Psiquiatra () Médico ()

Psicoreahabilitador () Psicopedagogo () Ninguno ()

Otro () ¿Cuál?.....

P3.- En los últimos seis (6) meses alguien de su familia ha presentado alguna enfermedad de tipo psicológica:

No () Si ()

¿Qué enfermedad?.....

¿Qué miembro familiar?.....

**P4.- En los últimos 6 meses has experimentado algún suceso estresante respecto a:
(marque todas las necesarias)**

Salud () Estudios () Trabajo ()

Hogar y familia () Nivel personal () Nivel social ()

Nivel financiero ()

Otros especifique

P5.- Cuantos días se ausentado a clases en los últimos seis (6) meses por motivos de salud.

.....

P6.- Como considera usted su salud en general.

Muy mala () Mala () Normal () Buena () Muy buena ()

P7.- Cual es el nivel de satisfacción con su vida en general

Completamente insatisfecho (0)	Neutral (5)	Completamente satisfecho
--------------------------------	-------------	--------------------------

	(1) (2) (3) (4)		(6) (7) (8) (9) (10)	
Referencia	Cuenca, Montesinos y Jiménez (2017)			

Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D) 1977	
Variables que evalúa	Es un instrumento de tamizaje para la detección de casos de depresión con base en su sintomatología durante la última semana.
Descripción	Consta de 20 ítems en el cual deben indicar en una escala de 0 a 3.
Ítems	<ol style="list-style-type: none"> 1. Me molestaron cosas que usualmente no me molestan. 2. No me sentía con ganas de comer, tenía poco apetito. 3. Sentía que no podía quitarme de encima la tristeza, aun con la ayuda de mi familia o amigos. 4. Sentía que yo era tan bueno como cualquier otra persona. 5. Tenía dificultad en mantener mi mente en lo que estaba haciendo 6. Me sentía deprimido 7. Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo 8. Me sentía optimista sobre el futuro 9. Pensé que mi vida había sido un fracaso 10. Me sentía con miedo 11. Mi sueño era inquieto 12. Estaba contento 13. Hablé menos de lo usual 14. Me sentí solo 15. La gente no era amistosa 16. Disfruté de la vida 17. Pasé ratos llorando 18. Me sentí triste 19. Sentía que no le caía bien a la gente 20. No tenía ganas de hacer nada
Referencia	González, Wagner y Jiménez (2012)

Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) 1996	
Variables que evalúa	El BDI-II es un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más.
Descripción	Se compone de 21 ítems en el cual deben indicar en una escala de 0 a 3.

<p>Ítems</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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.
---------------------	---

- | | |
|--|--|
| | <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>18. Mi apetito no ha disminuido.
 No tengo tan buen apetito como antes.
 Ahora tengo mucho menos apetito.
 He perdido completamente el apetito.</p> <p>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.</p> <p>20. No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.</p> |
|--|--|

	<p>Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.</p> <p>Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.</p> <p>Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.</p> <p>21. No he observado ningún cambio reciente en mi interés.</p> <p>Estoy menos interesado por el sexo que antes.</p> <p>Estoy mucho menos interesado por el sexo.</p> <p>He perdido totalmente mi interés por el sexo.</p>
Referencia	Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown (1996)