



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
 NÚCLEO BOLIVAR  
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 "Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"  
 COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

**ACTA**

TG-04-2024-12

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. DAISY PRIETO Prof. NORMA CONQUISTA y Prof. FELIX RAMOS, Reunidos en: salon del centro de salud mental

a la hora: 2pm  
 Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y NIVELES DE DEPRESIÓN, ADOLESCENTES DE 4TO AÑO, U.E.N. "ESTADO MERIDA". CIUDAD BOLIVAR - ESTADO BOLIVAR. JULIO-SEPTIEMBRE 2023**

Del Bachiller **BARRETO PALACIOS KARMELIZ DEL VALLE C.I.: 25937258**, como requisito parcial para optar al Título de **Médico cirujano** en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:

**VEREDICTO**

REPROBADO	APROBADO	APROBADO MENCIÓN HONORIFICA	APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÓN <input checked="" type="checkbox"/>
-----------	----------	-----------------------------	--

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los 12 días del mes de Julio de 2024

Prof. DAISY PRIETO  
 Miembro Tutor

Prof. NORMA CONQUISTA  
 Miembro Principal

Prof. FELIX RAMOS  
 Miembro Principal

Prof. IVÁN AMAYA RODRIGUEZ  
 Coordinador comisión Trabajos de Grado





UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
 NÚCLEO BOLIVAR  
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 "Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"  
 COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

**ACTA**

TG-04-2024-12

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. DAISY PRIETO Prof. NORMA CONQUISTA y Prof. FELIX RAMOS, Reunidos en: salon del centro de salud mental

a la hora: 2pm

Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y NIVELES DE DEPRESIÓN, ADOLESCENTES DE 4TO AÑO, U.E.N. "ESTADO MERIDA". CIUDAD BOLIVAR - ESTADO BOLIVAR. JULIO-SEPTIEMBRE 2023**

Del Bachiller **HERNÁNDEZ CARREÑO HORIANNY DEL VALLE** C.I.: 23501272, como requisito parcial para optar al Título de **Médico cirujano** en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:

**VEREDICTO**

REPROBADO	APROBADO	APROBADO MENCIÓN HONORIFICA	APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÓN	<input checked="" type="checkbox"/>
-----------	----------	-----------------------------	------------------------------	-------------------------------------

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los 12 días del mes de julio de 2024

*Daisy Prieto*  
 Prof. DAISY PRIETO  
 Miembro Tutor

*Norma Conquista*  
 Prof. NORMA CONQUISTA  
 Miembro Principal

*Felix Ramos*  
 Prof. FELIX RAMOS  
 Miembro Principal

*Iván Amaya Rodríguez*  
 Prof. IVÁN AMAYA RODRIGUEZ  
 Coordinador comisión Trabajos de Grado





UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO BOLÍVAR  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
“DR. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA”  
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

**FUNCIONABILIDAD FAMILIAR Y NIVELES DE DEPRESIÓN,  
ADOLESCENTES DE 4to AÑO. U.E.N. “ESTADO MÉRIDA”.  
CIUDAD BOLÍVAR – ESTADO BOLÍVAR. JULIO-SEPTIEMBRE  
2023**

**Tutor académico:**

Dra. Daisy Prieto

**Trabajo de Grado Presentado por:**

Br: Barreto Palacios Karmeliz Del Valle

C.I: 25.937.258

Br: Hernández Carreño Horianny Del Valle

C.I: 23.501.272

**Como requisito parcial para optar por el título de Médico cirujano**

Ciudad Bolívar; Marzo 2024

## ÍNDICE

ÍNDICE.....	iv
AGRADECIMIENTOS.....	vi
DEDICATORIA.....	x
RESUMEN.....	xii
INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	13
OBJETIVOS.....	14
Objetivo general.....	14
Objetivos específicos.....	14
METODOLOGÍA.....	15
Tipo de estudio.....	15
Población.....	15
Muestra.....	15
Criterios de inclusión.....	15
Criterios de exclusión.....	16
Procedimientos.....	16
Instrumentos De Recolección De Datos.....	16
Análisis E Interpretación De Los Datos.....	18
RESULTADOS.....	19
Tabla 1.....	19
Tabla 2.....	21
Tabla 3.....	22
Tabla 4.....	24
DISCUSIÓN.....	26
CONCLUSIONES.....	31
RECOMENDACIONES.....	32

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	34
APÉNDICES .....	42
Apéndice A .....	43
Apéndice B .....	44
Apéndice C .....	46
ANEXOS .....	47
Anexo 1 .....	48
Anexo 2 .....	49
Anexo 3 .....	54

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar, quiero agradecer a Dios porque sin él, nada de esto hubiera sido posible. El me dio las fuerzas cuando el cansancio podía más que yo, me dio la fe para seguir creyendo en la belleza de esta carrera y me rodeo de gente única que a diario me colma de bendiciones.

A mis padres, Luisa Palacios y Cosme Barreto, quienes, sin su trabajo, sus sacrificios y sin su confianza, hoy no celebraría este logro. Gracias por ser los principales promotores de mis sueños, gracias por cada día confiar y creer en mí y en mis expectativas.

A mis hermanos, Daniel, José Manuel , José Miguel y Víctor . Gracias por su ayuda y por cada palabra de aliento.

A mi esposo, Jonathan Montilla quien me apoyo y confió en mí plenamente gracias a ti he logrado esta meta tan importante para mí , Gracias por siempre desear y anhelar lo mejor para mi vida. Gracias por cuidar a nuestras hijas por darles amor en mi ausencia.

A mi suegra Zuleima Hernández por darme el apoyo tan enorme de cuidar a mis dos hijas de una manera extraordinaria esto me dio la confianza de seguir adelante y luchar por mis metas.

A la Universidad de Oriente por ser parte de mi formación, por vivencias invaluable, y permitirme compartir con personas que se convirtieron más que en amigos, en familia.

A mi tutora académica Dra Daisy Prieto, quien apoyó y guió el desarrollo de este trabajo, agradezco su paciencia y dedicación en cada corrección y durante todo este proceso.

A mi gran Amiga y compañera de tesis, Hernandez Horianny por todo tu esfuerzo, tu apoyo y tu constancia en este proyecto. Por estar siempre conmigo en cada caída y celebración por darme fuerzas y siempre estar allí para mí.

A mis amigas Karoline, Adalirys y Leomari por estar desde el inicio de esta larga carrera conmigo, gracias por darme consejos positivos y apoyo incondicional.

No ha sido sencillo el camino hasta ahora, pero gracias a sus aportes, a su amor, a su inmensa bondad y apoyo, lo complicado de lograr esta meta se ha notado menos. Les agradezco, y hago presente mi gran afecto hacia ustedes. Mi familia.

***Barreto, Karmeliz***

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, por brindarme su compañía a lo largo de todo el proceso y por la sabiduría para la realización de esta tesis.

En especial a mi mamá, Bianne Carreño, quien ha sido el principal cimiento para la construcción de mi vida profesional, sentó en mí las bases de responsabilidad y deseos de superación, en ella tengo el espejo en el cual me quiero reflejar, por sus virtudes infinitas y su gran corazón me llevan a admirarla cada día más; y a mi hermano Horiangel Hernández quien supo darme el consejo que en el momento necesite, te escuche hermano, gracias.

A ti papá, por estar siempre que te he necesitado.

A mi hermana, Horielis Hernández, por creer y confiar en mí. Y por celebrar conmigo cada examen y cada semestre aprobado.

A mi esposo, Deyvis Hernández, quien ha sido mi apoyo incondicional día tras día, quien me ha visto estudiar y luchar. Gracias amor por también estar y colaborar a la realización de este trabajo.

Gracias a todas las personas que en distintas situaciones les he confiado el cuidado de mis hijos, pues eso me permitió trasladarme confiada a Cd. Bolívar a estudiar, sabiendo que ellos siempre quedaban en buenas manos. Gracias.

A la U.E.N. “Estado Mérida”, por su colaboración y participación a la elaboración de esta tesis.



A la Dra. Daisy Prieto, por confiar y creer en el proyecto, además de su motivación y apoyo a la realización del mismo.

A mi compañera, Karmeliz Barreto, más que compañera gran amiga y hermana. Por confiar, creer, apoyar, colaborar y hacer equipo conmigo para la realización de esta tesis.

A todos mis maestros, profesores y doctores que han contribuido a mi formación y me han preparado para ejercer la carrera y otros muy especialmente, que además me han preparado también para la vida y han influido de forma positiva, como el Dr. Cesar Montaña y la Dra. Milagros García.

Por último y no menos especial, a todas y cada una de las personas que Dios ha puesto en mi camino, unas para ayudarme y apoyarme y otras para hacerme aún más fuerte. Gracias.

*Hernández, Horianny*

## **DEDICATORIA**

Primeramente, a Dios Por siempre estar conmigo y ayudarme en todo el transcurso de mi carrera.

Al regalo más grande que Dios me supo entregar, mis hijas Sofia Montilla y Fiorella Montilla. Las personas más importantes en mi vida y las que me dieron fuerzas y motivos para luchar y salir adelante y A mi esposo Jonathan Montilla por ser un extraordinario ser humano este logro tan anhelado se los dedico con todo mi corazón y esfuerzo a ustedes.

A mis Padres Luisa Palacios y Cosme Barreto que me han dado la existencia, y en ella la capacidad para superarme, por siempre motivarme a seguir adelante, gracias a ustedes estoy aquí.

A mis hermanos y a mi amiga, hermana y comadre Geysis Marín por siempre estar para mí y confiar que si lo lograría, este logro también es de ustedes.

***Barreto, Karmeliz***

## **DEDICATORIA**

A Dios por ser mi fortaleza y luz en el camino.

Dedicado muy especialmente a mis hijos, Jesús y Dhominick, por ser el principal motor y motivo de mis sueños, por el amor con el que siempre esperan por mí, por la paciencia con la que les ha tocado entender mis ausencias. A ellos para darles el ejemplo y no dejarles excusas para asumir y afrontar la vida, los proyectos y los sueños.

A mi mamá, por su creencia inquebrantable de que puedo lograr todo lo que me propongo, por ser mi ejemplo, por sus oraciones que han dado frutos, por la energía que me transmite, que aun estando lejos es la que más presente y cerca esta.

A mi hermana por estar siempre que la he necesitado, por su apoyo, por ser mi sustento emocional y compañera de aventuras.

A todas las personas que han pasado por situaciones difíciles y aun así han superado las barreras, a todos esos pacientes psiquiátricos: a los deprimidos, a los ansiosos, quiero transmitirles e informarles que siempre hay una salida, que el medicamento y las terapias funcionan. Les dedico esto para que sepan que no están solos y que busquen ayuda.

A los médicos especialistas en psiquiatría y a los estudiantes de posgrado, por su ardua y hermosa labor que hacen día a día para sanar el alma de las personas.

***Hernández, Horianny***

**FUNCIONABILIDAD FAMILIAR Y NIVELES DE DEPRESIÓN,  
ADOLESCENTES DE 4to AÑO. U.E.N. “ESTADO MÉRIDA”. CIUDAD  
BOLÍAR – ESTADO BOLÍVAR. JULIO-SEPTIEMBRE 2023.**

**Barreto Palacios Karmeliz Del Valle  
Br. Hernández Carreño Horianny Del Valle**

**RESUMEN**

Los adolescentes tienen mayor probabilidad de presentar depresión ya que en esta etapa se llevan a cabo procesos de cambio físico, psicológico y sociocultural, en esta etapa eventos vitales pueden influenciar el inicio y desarrollo de síntomas depresivos como la disfuncionalidad familiar. Objetivo general: Determinar la funcionabilidad familiar y niveles de depresión en adolescentes de 4to año inscritos en la U.E.N. “Estado Mérida”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar durante el periodo julio-septiembre 2023. Metodología: Estudio descriptivo, de corte transversal, de campo, no experimental. Se utilizó la escala de estratificación social de Graffar-Méndez-Castellano, el APGAR familiar y el inventario de depresión de Beck, además de una hoja de recolección de datos que recoge información sociodemográfica. La población fue de 124 estudiantes y la muestra estuvo conformada por 64 de ellos. Resultados: Predominaron edades de 16 – 17 con 53,1% (n=34), masculinos representaron 68,7% (n=44). Los tipos de familias mayormente registrados fueron monoparental, nuclear y extensa con 29,7% (n=19), 28,1% (n=18) y 25,0% (n=16) respectivamente; 34,4% (n=22) fue clase media alta y 32,8% (n=21) clase media baja. La funcionabilidad familiar resultó normal en 76,6% (n=49); el 51,6% (n=33) no se encontraba deprimido, 18,8% (n=12) registró niveles leves de depresión y 18,8% (n=12) moderados. Conclusión: Se demostró una baja frecuencia de depresión y disfunción familiar, no guardaron relación estadísticamente significativa con las variables sociodemográficas abordadas.

**Palabras claves:** Depresión, funcionabilidad familiar, adolescentes, salud mental.

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define familia como los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial. La familia es el grupo primario de pertenencia de los individuos, y en su concepción más conocida está constituida por la pareja y su descendencia, sin embargo, el proceso histórico y social muestra diferentes estructuras familiares que hacen difícil una definición de ella lo que indica que la familia está ligada a los procesos de transformación de la cultura contemporánea. La familia es el mejor lugar para que un individuo se sienta querido, los padres son una constante a lo largo de la vida de cualquier niño y/o adolescente, por lo tanto, la familia constituye uno de los factores que más influyen en su futuro y aún más si tiene una alteración del desarrollo (Jaen et al., 2012).

Como se mencionó, o existe un consenso sobre la definición de la familia, jurídicamente está definida por algunas leyes, y esta definición suele darse en función de lo que cada ley establece como matrimonio. La familia nuclear moderna no es el único modelo de familia como tal, sino que se encuentra legitimada como modelo hegemónico de lo que se impone culturalmente como normal. Las formas de vida familiar son muy diversas, dependiendo de factores sociales, culturales, económicos y afectivos; la familia, como cualquier institución social, tiende a adaptarse al contexto de una sociedad, lo que explica por ejemplo, el alto número de familias extensas en las sociedades tradicionales (Bengoa, 2003; León, 2013)

Dentro de una familia los lazos principales son de dos tipos, vínculos de afinidad derivados del establecimiento de un lazo reconocido socialmente, como el

matrimonio que, en algunas sociedades, sólo permite la unión entre dos personas mientras que en otras es posible la poligamia, y vínculos de consanguinidad, como la filiación entre padres e hijos o los lazos que se establecen entre los hermanos que descienden de un mismo padre; así mismo, puede diferenciarse la familia según el grado de parentesco entre sus miembros (Ferrer et al., 2005; Rodríguez, 2017).

En la familia se encuentran los modelos de aprendizaje para el desarrollo de habilidades necesarias para afrontar las diversas situaciones que brinda el entorno, tanto los padres, como los hermanos y quienes viven con un menor son cruciales para su desarrollo psicológico. En la familia hay oportunidad como en ningún otro lugar para que un niño y/o adolescente se siente en su mundo valorativo, en directo y en vivencia personal. Efectivamente allí se dan cercanos, propios y personales sentimientos tan vitales como el amor, la amistad, la dignidad, la libertad, el ideal, la alegría, la solidaridad y el dolor; es decir, en la familia se inicia la vivencia de ese mundo cuya estima está reservada con exclusividad para el ser humano. Es allí donde, en términos de normalidad, se pueden y se deben vivenciar con positividad las actitudes, las conductas, los comportamientos pertinentes a los valores (Jaen et al., 2012; Jadresic 2000).

Las familias están clasificadas según su estructura en, familia nuclear la cual está formada por la madre, el padre y su descendencia; familia extensa, formada por parientes cuyas relaciones no son únicamente entre padres e hijos, esta puede incluir abuelos, tíos, primos y otros parientes consanguíneos o afines; familia monoparental, en la que el hijo o hijos vive(n) solo con uno de sus padres; familia homoparental, en la que el hijo o hijos vive(n) con una pareja homosexual; familia ensamblada, compuesta por agregados de dos o más familias, como por ejemplo una madre soltera con sus hijos que se une con un padre viudo con sus hijos, y otros tipos de familias, aquellas conformadas únicamente por hermanos, por amigos (donde el sentido de la palabra "familia" no tiene que ver con un parentesco de consanguinidad, sino con

sentimientos de solidaridad, la convivencia, entre otros), quienes viven juntos en el mismo espacio por un tiempo considerable (Jadresic 2000).

Adicionalmente, también se establecen tipos de relaciones familiares como el estilo sobreprotector, donde se establece que las características de los padres evita el enfrentamiento del hijo con obstáculos y/o dificultades tanto físicas como socioemocionales, por lo tanto estos resultan indefensos, inseguros, no competentes, sin autonomía, temerosos, limitados y con problemas en el nivel de autoestima. En contra posición se encuentra el estilo permisivo, en este existe un elevado nivel de afecto y comunicación, pero los padres no son capaces de establecer límites ni controlar las conductas de sus hijos, manteniendo una actitud siempre positiva frente a la conducta de sus hijos. Utilizan por ende, muy poco o casi nada el castigo, no transmiten noción de autoridad, ni demuestran coherencia entre lo que dicen y cómo actúan, no hay modelos adecuados, por comodidad o por no complicar la relación terminan cediendo a los caprichos, por lo tanto los hijos tienen problemas para controlar sus impulsos, no miden consecuencias, presentan dificultades para asumir responsabilidades, son inmaduros, manifiestan conductas agresivas y caprichosas, tienden a ser alegres y vitales (Jaen et al., 2012; Jadresic, 2000; Isturiz, 2010).

En el estilo autoritario, los padres son rígidos, ponen límites sin explicación, cuentan con un alto nivel de control y exigencia de madurez así como un bajo nivel de afecto y comunicación, no consideran las características propias de su hijo por lo que exigen sin considerar las capacidades del niño, imponen muchas normas, otorgan además gran valor a la obediencia y a la autoridad y no consideran flexibilizar las reglas. Por otro lado, en el estilo democrático los padres presentan niveles altos de comunicación y afecto, son padres que exigen pero dan afecto, exigen control y permiten madurez, promueven la comunicación asertiva, establecen normas claras y le dan más importancia a los estímulos, siendo los castigos el último recurso. Si es necesario recurren al castigo aunque procuran razonarlo, toman en cuenta las

opiniones de sus hijos, por lo tanto los mismos serán competentes socialmente (Jadresic, 2000; Isturiz, 2010).

El entorno familiar en cambio, es el conjunto de relaciones que se establecen entre los miembros de una familia que comparten el mismo espacio, cada familia vive y participa en estas relaciones de una manera particular, de ahí que cada una desarrolle unas peculiaridades propias que le diferencian de otras familias. De forma independiente al entorno familiar, este tiene funciones educativas y afectivas importantes, pues resulta innegable que los padres tienen una gran influencia en el comportamiento de sus hijos y que este comportamiento es aprendido en el seno familiar. Lo que difiere a unas familias de otras es que unas tienen un entorno familiar positivo y constructivo que propicia el desarrollo adecuado y feliz de los hijos, y en cambio otras familias, no viven correctamente las relaciones interpersonales de manera amorosa, lo que provoca que el menor no adquiera de sus padres el mejor modelo de conducta o que tenga carencias afectivas importantes (Ferrer et al., 2005; León, 2013).

Dicho entorno familiar no es fruto de la casualidad ni de la suerte, es consecuencia de las aportaciones de todos los que forman la familia, especialmente de los padres. Los que integran la familia crean el entorno y pueden modificarlo y de la misma manera, el entorno familiar debe tener la capacidad de modificar las conductas erróneas de los hijos y de potenciar al máximo aquellas que se consideran correctas (Ferrer et al., 2005; Bengoa, L. 2003).

Actualmente en nuestro país el entorno familiar ha sufrido ciertas modificaciones estructurales, representando así un problema crítico que nos ofrece adolescentes desmotivados en diferentes esferas de la vida que, al no estar junto a su familia debido a una difícil situación económica migran a otros países o ciudades para buscar mayores ingresos que les permita dar una mejor vida a su familia, se sienten



abandonados ya que sus padres les dejan al cuidado de algún familiar cercano. En muchas de las ocasiones, son maltratados por los familiares que están a cargo de su cuidado o por sus compañeros convirtiéndose en un/a adolescente introvertido/a, temeroso/a e inseguro/a al no contar con un entorno familiar amoroso que le brinde seguridad en todo aspecto y sobre todo en el área comunicacional, llegando a demostrar total desinterés respecto su entorno (Bengoa, 2003; Ferrer et al., 2005; Vilorio y Paredes, 2016).

Por lo tanto, un entorno familiar desordenado es una causa fundamental para que el comportamiento de los adolescentes sea anormal, ya que enfrentan diariamente la falta de calidez de sus padres y esto les hace actuar de modo diferente e inapropiado, tener mal comportamiento, ser tímidos, tristes, lo que constituye un factor de riesgo para el desarrollo de desequilibrios en la salud mental (Martínez et al., 2006).

Siguiendo este orden de ideas, la depresión constituye un trastorno mental afectivo común y tratable, frecuente en el mundo, caracterizado por cambios en el ánimo con síntomas cognitivos y físicos, y estos pueden ser de etiología primaria o secundaria al encontrarse enfermedades de base. Según la quinta edición del "Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM-5), la depresión es un trastorno del estado de ánimo, cuya principal característica es una alteración del humor y, según su temporalidad y origen sintomático, tiene una clasificación particular; de esta manera se distingue el trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastornos bipolares como los principales (Del Cid, 2021).

La depresión afecta a más de 50 millones de personas de todas las edades y condiciones sociales alrededor del mundo, provocando angustia entre quienes la padecen, lo que puede afectar su capacidad para realizar las tareas cotidianas, incluso las más simples. La Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de México

(2017) afirma: Las tasas de depresión en adolescentes se incrementan entre los 13 y los 18 años, se estima que la incidencia acumulada para este grupo de edad es similar a la de los adultos; sin embargo, a pesar de la presentación temprana de los síntomas, un porcentaje muy bajo recibe la atención oportuna. (Macías et al., 2019).

Respecto a la causa de la depresión, se considera que hay diversos factores implicados. Por ejemplo factores relacionados con la personalidad, presentar un carácter con alguna cualidad extrema (inseguridad, dependencia, hipocondría, perfeccionismo, autoexigencia). Factores ambientales, como sufrir algún problema (económico, familiar, de salud) predispone a padecer dicho trastorno (Gastó y Navarro, 2007).

La presencia de factores biológicos, destacando en ellos diversos aspectos; encontramos las alteraciones cerebrales, una variación en el funcionamiento de áreas del cerebro como el área frontal y el área límbica podrían ser responsables de la aparición de un trastorno depresivo, aun cuando no exista una lesión anatómica visible. Alteraciones en los neurotransmisores, al existir una incorrecta comunicación entre las diversas neuronas del cerebro se deriva un mal funcionamiento del mismo; las neuronas se comunican a través de neurotransmisores como la serotonina, la noradrenalina y la dopamina. En la depresión la conexión neuronal mediante neurotransmisores suele no funcionar de manera adecuada; de allí se basa el tratamiento con antidepresivos, los cuales ayudan a normalizar esta alteración. Existen también los factores genéticos; dado que es más probable que una persona padezca depresión si tiene algún familiar que haya presentado alguna vez este padecimiento. No obstante, por el momento no se conoce qué genes provocan la aparición de esta enfermedad (Gastó y Navarro, 2007).

En latinoamérica, el departamento administrativo de acción comunal, señala que el riesgo de sufrir depresión en los adolescentes se asocia a presentar otros

trastornos psiquiátricos, ser portadores de malformaciones importantes, enfermedad grave o potencialmente mortal, no estudiar ni trabajar, haber abandonado la escolaridad primaria o no haberla iniciado, iniciar relaciones sexuales antes de los 15 años de manera promiscua, homosexual, o con resultados emocionales traumáticos, haber atentado contra su vida o manifestarlo de manera implícita o explícita, presentar un embarazo no deseado, fumar tabaco antes de los 13 años, beber alcohol de manera asidua y hacer uso de drogas, aunque sea de manera ocasional, vivir o haber vivido una situación de abandono familiar, hacer parte de un medio social patológico (promiscuidad, drogas, violencia), presentar antecedentes judiciales o penales (hechos delictivos o violentos), antecedentes de abuso o maltrato (Albán, 2021).

A pesar de esto, la depresión de los adolescentes se explica en mayor parte por la exposición de los adolescentes a conflictos familiares hostiles, que no son congruentes y que muestran patrones de educación autoritarios, los relaciona con diversos desajustes emocionales y cognitivos, en la cual aparece la depresión, debido a que la construcción de la personalidad de los jóvenes está relacionada con los modelos parentales de crianza y educación y mostrando una correlación negativa moderada entre la depresión y la cohesión familiar en los evaluados (Álvarez, 2009; Torrel, 2013).

Como bien se conoce, la adolescencia es el período de la transición de la infancia a la edad adulta y, por eso mismo, está marcada por la inestabilidad y la provisionalidad. Durante este período se cristaliza la identidad, se configuran los ideales de vida, se busca la autonomía y se desarrollan fuertes sentimientos de pertenencia al grupo de iguales. La adolescencia supone, así mismo, una reactivación de la vida afectiva, surgiendo cambios bruscos de humor, de conducta, se intensifica el romanticismo, se incrementan los conflictos y aumentan los sentimientos negativos. En ese sentido, se puede dilucidar que la autopercepción en el adolescente

está referida a como éste se comprende y se conoce, es decir, como se vivencia. La percepción que el adolescente tiene sobre sí mismo es, por lo general, coherente con su comportamiento externo y observable. Así, se ha relacionado en adolescentes la agresividad con sentimientos de percibirse en soledad e insatisfechos con su vida y la insatisfacción personal percibida con la ansiedad e inestabilidad emocional (Siveiro y García, 2007; Limones, 2011).

La adolescencia es una etapa especialmente importante en la formación de la autoestima y de la autopercepción. Aunque los cambios en la manera en que las personas se perciben y sienten respecto de sí mismas ocurren a lo largo de toda la vida, es en la adolescencia cuando el tema resulta de particular relevancia, ya que importantes transformaciones biológicas, cognitivas y sociales le suceden a un joven que dispone, ahora, de la capacidad intelectual para ser más consciente de ellas. La importancia de la autoestima y la autopercepción, reside en su relevante aportación a la formación de la personalidad, pues tiene que ver con la competencia social, ya que influye sobre la persona en cómo se siente, cómo piensa, cómo aprende, cómo se valora, cómo se relaciona con los demás y, en definitiva, cómo se comporta (Cazalla, 2013).

La depresión ha sido asociada como un síndrome de peligro en los adolescentes, este consiste en la presencia simultánea de factores de riesgo, que provocan cuatro problemáticas adicionales como abuso de sustancias, embarazo o iniciación sexual temprana, deserción escolar o problemas de rendimiento académico y delincuencia (Albán, 2021).

Una investigación realizada en por Wang et al., (2021) exploraron las relaciones entre la función familiar y los síntomas depresivos de 1301 adolescentes chinos mediante un diseño de estudio longitudinal de 3 años, mostrando que tanto la función familiar como los síntomas depresivos de los adolescentes se mantuvieron

estables en los grados 7 y 8, pero en el grado 9, la función familiar aumentó y los síntomas depresivos disminuyeron. Además, encontraron que la función familiar en el grado 7 influyó negativamente en los síntomas depresivos de los adolescentes en el grado 8, mientras que los síntomas depresivos de los adolescentes en el grado 8 afectaron negativamente la función familiar posterior en el grado 9, es decir, hubo un efecto circular entre la función familiar y los síntomas depresivos de los adolescentes.

A nivel de las Américas, Leyva et al. (2007) determinaron la frecuencia de depresión y funcionalidad familiar en 259 adolescentes mexicanos, 134 varones y 118 mujeres; donde la edad promedio fue de 16 años. La depresión general fue de 29,8 %, aunque en varones jóvenes fue de 18,7 % y en mujeres jóvenes de 42,4 % ( $p < 0,05$ , OR = 3,2), la familia rígidamente dispersa se encontró con mayor frecuencia en el grupo de adolescentes con depresión ( $p < 0.05$ , OR = 6.3). Mientras que en el grupo de adolescentes sin depresión los más frecuentes fueron, los flexibles aglutinados ( $p < 0,05$ ; OR = 0.215), familias estructuralmente aglutinadas ( $p < 0.05$ , OR = 0.215) y rígidamente aglutinadas ( $p < 0.05$ , OR = 0.106).

Más adelante, en Brasil, Pereira et al., (2015) evaluaron el funcionamiento familiar en dos grupos de adolescentes con trastorno depresivo mayor (casos) y sin trastornos psiquiátricos (controles), se evaluaron un total de 18 adolescentes (13-18 años) y sus familiares de primer grado ( $n = 70$ ). Los casos y controles se emparejaron por edad, género, nivel de educación, número y edad de los hermanos, estado civil de los padres y condición económica del adolescente. Los evaluadores puntuaron todos los ítems de la entrevista utilizando un sistema de codificación estandarizado (acuerdo general = 83,5 %) y, en comparación con los controles, los casos mostraron puntuaciones medias más bajas en siete dimensiones, en particular el afecto ( $p = 0,0078$ ). No hubo diferencia entre casos y controles en cuanto a las dimensiones reglas y liderazgo y la dificultad para expresar afecto en la relación padre-hijo fue la principal perturbación en las familias de los adolescentes depresivos evaluados.

En Ecuador, Albán (2021) evaluaron la relación entre el funcionamiento familiar y la depresión en 96 adolescentes de la Unidad Educativa Misael Acosta Solís del cantón Baños de Agua Santa, el valor más significativo de la población total de adolescentes estuvo en las familias moderadamente funcionales con el 51%, seguido del 40.1% para las familias funcionales, el 7.3% familias disfuncionales y el 1% familias severamente disfuncionales. De la misma manera la prevalencia de depresión más significativa registrada fue el nivel de depresión leve con el 40.6%, con resultados similares del 13.5% para el nivel de depresión moderado y nivel de depresión severa, finalmente, una ausencia de depresión con el 32.3%. Por lo tanto, se considera una asociación significativa entre la funcionalidad familiar y la depresión en los adolescentes evaluados.

Igualmente en Colombia, Serna et al., (2020) analizaron la asociación entre depresión y funcionamiento familiar en 240 adolescentes escolarizados del municipio de Circasia, Quindío; identificando algún nivel de depresión en el 45,8 % de los participantes y disfuncionalidad familiar en el 46,3 %. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre depresión moderada/grave y disfunción familiar leve y grave ( $p < 0,001$ ), la depresión también se asoció con antecedentes personales y familiares de conducta suicida, relaciones familiares regulares o malas y conflictos familiares.

A nivel nacional, Salinas et al., (2013) determinó la relación entre depresión y funcionalidad familiar en adolescentes de instituciones educativas públicas y privadas. Municipio Libertador. Mérida-Venezuela, se trató de un estudio descriptivo transversal realizado en 1082 estudiantes adolescentes, la mayoría entre 14-19 años de edad matriculados en dos instituciones de educación secundaria. Un grupo conformado por 524 estudiantes (48.4%) de una escuela secundaria pública (UE Rómulo Betancourt) y 558 Grupo B (51,6 %) de una institución privada (UE Arzobispo Silva) del Municipio Libertador de Mérida/Venezuela; en el Grupo A la

mayoría de los adolescentes eran varones, en relación a los estratos sociales se ubican en el estrato IV pobreza extrema y clase media baja, casi el 40% no registra depresión y el mismo porcentaje presenta alto funcionamiento familiar. En el Grupo B la mayoría de los adolescentes son del sexo femenino, en comparación con los estratos sociales se ubican en el estrato II medio alto, algo más del 30% no registra depresión y casi el 40% presenta funcionamiento familiar alto.

A nivel local, Ciudad Bolívar, estado Bolívar Albán y Ocando (2018) realizaron un estudio descriptivo, cuantitativo, de corte transversal, con el objetivo de identificar el nivel de funcionalidad familiar e impulsividad en adolescentes de 4to y 5to año del liceo Fernando Peñalver. La muestra estuvo conformada por 109 alumnos, de los cuales 40,4% percibieron una funcionalidad familiar normal. 65% de las participantes femeninas se encontraron dentro de la disfuncionalidad familiar ante 58,1% del sexo masculino.

Así mismo, Vilar y Villalobos (2020) realizaron un estudio descriptivo, de campo, no experimental, de corte transversal, con el objetivo de identificar el nivel de funcionalidad familiar e impulsividad en adolescentes de 4to y 5to año de la Unidad Educativa Colegio Ítalo Venezolano “María Montessori” de Ciudad Bolívar. La muestra estuvo conformada por 100 alumnos, de los cuales 52,0% percibieron una funcionalidad familiar normal, 25,0% nivel de disfunción familiar leve; 14,0% disfunción familiar moderada y 9,0% disfunción familiar severa.

Es por lo expuesto que se evidencia que lastimosamente en países de latinoamérica los factores de riesgo a sufrir un trastorno depresivo son mucho más altos y, debido a las circunstancias propias de cada país, es necesario que este tema sea objeto de estudio a nivel de políticas estatales que ayuden a precautelar la integridad psicológica de los adolescentes como un grupo vulnerable de la sociedad.

Durante el proceso de la transición psicológica y física que experimenta el adolescente, se expone a peligros que podrían relacionarse con ciertas conductas que pueden intervenir en el desarrollo integral de su vida. Teniendo en cuenta, los desórdenes emocionales que se manifiestan durante esta etapa, en la que se podría ver comprometido el proyecto de vida, la salud y la supervivencia propia ante la adaptación social, bajo este contexto, la presente investigación buscó determinar la funcionabilidad familiar y niveles de depresión en adolescentes de 4to año inscritos en la U.E.N. “Estado Mérida”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar durante el periodo julio-septiembre 2023.



## JUSTIFICACIÓN

Las funciones universalmente reconocidas en una familia son el cuidado y el entrenamiento que proporcionan los padres y otros miembros de la familia a los menores de edad. Si bien es cierto que la familia en estas épocas no es la tradicional únicamente, cada individuo está vinculado a una y en ella se desarrolla social, emocional e intelectualmente. En nuestro contexto, debido a factores psicosociales, la cohesión y la adaptabilidad familiar se ve alterada, lo cual crea un desbalance en la vida del adolescente y en muchas ocasiones dicho desbalance no es controlado con asertividad (Arenas, 2009).

Diferentes estudios han reportado hallazgos sobre la depresión en la adolescencia, y afirman que los adolescentes tienen mayor probabilidad de presentarla ya que en esta etapa se llevan a cabo procesos de cambio físico, psicológico y sociocultural, los cuales demandan estrategias de afrontamiento que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía, éxito personal y social, distintos eventos vitales pueden adquirir un carácter estresante y tener influencia en el inicio y desarrollo de síntomas depresivos, que pueden asociarse a su vez, con factores escolares, socioeconómicos, psicológicos, sociales y familiares; dentro de estos últimos se destacan las dificultades en la dinámica familiar, relacionadas incluso con ideación suicida (Serna et al., 2020).

Si se comprende la relación que existe entre la funcionalidad familiar con la depresión, se podrá dar mejores propuestas a los departamentos de salud mental, sobre la orientación psicológica a los adolescentes y sus familias. Por tanto, la presente investigación buscó determinar la funcionabilidad familiar y niveles de depresión en adolescentes de 4to año inscritos en la U.E.N. “Estado Mérida”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar durante el periodo julio-septiembre 2023.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Determinar la funcionabilidad familiar y niveles de depresión en adolescentes de 4to año inscritos en la U.E.N. “Estado Mérida”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar durante el periodo Julio-Septiembre 2023.

### **Objetivos específicos**

1. Clasificar a los estudiantes según edad, sexo y tipo de familia (ficha sociodemográfica) y estrato socioeconómico según la escala de Graffar.
2. Identificar la funcionabilidad familiar y los niveles de depresión entre los adolescentes participantes.
3. Establecer la funcionabilidad familiar según las características sociodemográficas y estrato socioeconómico.
4. Relacionar los niveles de depresión con las características sociodemográficas y estrato socioeconómico.

# METODOLOGÍA

## **Tipo de estudio**

Este estudio fue de tipo descriptivo, de corte transversal, de campo, no experimental.

## **Población**

Conformado por 127 estudiantes inscritos en 4to año de bachillerato en la U.E.N. “Estado Mérida”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el período seleccionado.

## **Muestra**

Conformada por 64 adolescentes inscritos en 4to año de bachillerato en la U.E.N. “Estado Mérida”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el periodo seleccionado, que cumplieron con los criterios de inclusión.

## **Criterios de inclusión**

- Adolescentes de ambos sexos inscritos en 4to año de la U.E.N. “Estado Mérida”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar.
- Adolescentes que firmaron el consentimiento informado con previa autorización de padres y/o representantes.

### **Criterios de exclusión**

- Adolescentes inscritos en otros años.
- Adolescentes que no desearon participar en el estudio.
- Padres y/o representantes que no firmaron el consentimiento informado.
- Adolescentes con antecedente de enfermedad mental diagnosticada.

### **Procedimientos**

Se elaboró una carta dirigida a la directora de la U.E.N. “Estado Mérida”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar, Lcda. Yadira Betancourt a fin de solicitar la autorización para la realización del trabajo de investigación (Apéndice A). Se hizo revisión del material bibliográfico y documental, se diseñó y aprobó el instrumento a utilizar, del mismo modo se obtuvieron las escalas predeterminadas pertinentes al estudio, se solicitó una vez iniciada la recolección de datos el consentimiento informado de cada representante (Apéndice B). Posteriormente se tabularon y analizaron los datos para su presentación

### **Instrumentos De Recolección De Datos**

Los instrumentos del presente estudio fueron: una ficha para la recolección de datos sociodemográficos diseñada por los autores, basada en las variables: edad, sexo y tipo de familia (nuclear, monoparental, extensa, compuesta, homoparental) (Apéndice C) la cual fue revisada y aprobada por la tutora académica.

La escala de estratificación social de Graffar-Méndez-Castellano (Anexo 1) se utilizó de igual forma para la estratificación socioeconómica de cada estudiante, la misma toma en consideración 4 componentes para una puntuación total de 4 a 20

puntos, evalúa nivel de instrucción de las madres, ocupación del jefe del hogar, la fuente de ingresos y las condiciones de la vivienda, todos con puntuaciones de 0 al 5. Posteriormente, con el puntaje se clasifica a la familia en 5 estratos sociales: I o clase alta (4 a 6 puntos), II o clase media alta (7 a 9 puntos), III o clase media baja (10 a 12 puntos), IV o clase obrera (13 a 16 puntos) y pobreza crítica (17 a 20 puntos) (Martínez et al., 2006).

El APGAR familiar, desarrollado por Smilkstein en 1978, (Anexo 2) es un cuestionario auto-administrado que consta únicamente de cinco preguntas cerradas y ha sido diseñado para obtener una evaluación rápida y sencilla de la función familiar. Los ítems evalúan las cinco diferentes áreas en que los autores dividen la función familiar: adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive. Es una escala auto administrada cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca. 1: Casi nunca. 2: Algunas veces. 3: Casi siempre. 4: Siempre (Smilkstein, 1978).

El puntaje se interpreta de la siguiente manera: normal: 17-20 puntos, disfunción leve: 16-13 puntos, disfunción moderada: 12-10 puntos, disfunción severa: menor o igual a 9 puntos. La versión en castellano del APGAR-familiar que se utilizó derivó de la traducción y retro-traducción de la escala original en inglés. La consistencia interna medida del APGAR familiar varía entre 0,79 y 0,84 y ningún ítem incrementa el alfa cuando es extraído de la escala. El análisis factorial muestra que el APGAR familiar es un instrumento con una excelente consistencia interna y las preguntas que la componen hacen parte de un único factor (Forero et al., 2006).

Inventario de depresión de Beck en su segunda versión (BDI-II) (Anexo 3), es un cuestionario autoaplicado de 21 ítems, los cuales evalúan un amplio cúmulo de síntomas depresivos (uno por cada ítem), con una edad mínima de trece años. Cada ítem contiene cuatro opciones, las cuales varían en intensidad del síntoma, desde 0

(ausencia o síntoma leve) hasta 3 (presencia disfuncional del mismo); esta escala presenta los siguientes puntos de corte: 0 – 9 significa ausencia o presencia mínima de síntomas depresivos; 10 – 16 depresión leve, 17 – 29 depresión moderada, más de 30 puntos indican síntomas depresivos de intensidad severa (Beltrán et al., 2012).

### **Análisis E Interpretación De Los Datos**

Los datos se ordenaron en tablas estadísticas de distribución de frecuencia y datos de asociación. Se aplicó estadística descriptiva, una hoja de análisis de datos de Microsoft Office Excel 2013 y SPSS versión 25.0; los resultados se presentaron en tablas de una y doble entrada, con valores absolutos y porcentuales. Para el análisis de asociación entre variables se empleó el test exacto de Fisher con una significancia de  $p: <0,05$ , el cual permite en contraste de hipótesis:

H0: existe una relación o dependencia entre las variables estudiadas.

H1: no existe ninguna relación o dependencia entre las variables estudiadas

## RESULTADOS

**Tabla 1**

**Características sociodemográficas de adolescentes de 4to año inscritos en la U.E.N. “Estado Mérida”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar durante el periodo Julio-Septiembre 2023.**

<b>Edad (años)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>14 – 15</b>	30	46,9
<b>16 – 17</b>	34	53,1
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100</b>
<b>Sexo</b>		
<b>Femenino</b>	20	31,3
<b>Masculino</b>	44	68,7
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100</b>
<b>Tipo de familia</b>		
<b>Nuclear</b>	18	28,1
<b>Monoparental</b>	19	29,7
<b>Extensa</b>	16	25,0
<b>Compuesta</b>	10	15,6
<b>Homoparental</b>	1	1,6
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100</b>
<b>Graffar</b>		
<b>Estrato I - Clase alta</b>	9	14,1
<b>Estrato II - Clase media alta</b>	22	34,4
<b>Estrato III - Clase media baja</b>	21	32,8
<b>Estrato IV - Clase obrera</b>	10	15,6
<b>Estrato V - Pobreza crítica</b>	2	3,1
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

La distribución de los 64 estudiantes según sus características sociodemográficas, mostró mayor frecuencia para edades de 16 – 17 con 53,1% (n=34) mientras el 46,9% (n=30) restante contó con 14 – 15 años; los encuestados masculinos representaron 68,7% (n=44) de la muestra y las femeninas 31,3% (n=20). Los tipos de familias mayormente registrados fueron monoparental, nuclear y extensa con 29,7% (n=19), 28,1% (n=18) y 25,0% (n=16) respectivamente, seguido de

familias compuestas 15,6% (n=10) y homoparentales 1,6% (n=1). El estrato socioeconómico en 34,4% (n=22) fue clase media alta, seguido de 32,8% (n=21) clase media baja, 15,6% (n=10) clase obrera, 14,1% (n=9) clase alta y 3,1% (n=2) pobreza crítica



**Tabla 2**

**Funcionabilidad familiar y niveles de depresión en adolescentes de 4<sup>to</sup> año inscritos en la U.E.N. “Estado Mérida”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar durante el periodo Julio-Septiembre 2023.**

<b>Depresión</b>	<b>Funcionabilidad familiar</b>								<b>Total</b>	
	Disfunción severa		Disfunción moderada		Disfunción leve		Normal			
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>No deprimido</b>	0	-	1	1,6	3	4,7	29	45,3	33	51,6
<b>Leve</b>	0	-	2	3,1	4	6,3	6	9,4	12	18,8
<b>Moderada</b>	1	1,6	1	1,6	1	1,6	9	14,1	12	18,8
<b>Severa</b>	1	1,6	0	-	1	1,6	5	7,8	7	10,9
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>3,1</b>	<b>4</b>	<b>6,3</b>	<b>9</b>	<b>14,1</b>	<b>49</b>	<b>76,6</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

Test de Fisher: p: 0,058 (NS)

La funcionabilidad familiar resultó normal en 76,6% (n=49) de los adolescentes, sin embargo, 14,1% (n=9) reflejó disfunción familiar leve, 6,3% (n=4) disfunción moderada y 3,1% (n=2) disfunción severa; respecto a los niveles de depresión 51,6% (n=33) no se encontraba deprimido, 18,8% (n=12) registró niveles leves y moderados respectivamente y 10,9% (n=7) tuvo depresión severa. En el 76,6% (n=49) con una funcionabilidad familiar normal predominaron adolescentes no deprimidos con 45,3% (n=29), seguido de aquellos con depresión moderada con 14,1% (n=9); del 14,1% (n=9) con disfunción familiar leve un 6,3% (n=4) contaba con depresión leve, seguido del 4,7% (n=3) sin depresión; del grupo con disfunción familiar moderada 6,3% (n=4) el 3,1% (n=2) mostró un nivel de depresión leve, 1,6% (n=1) mostró depresión moderada y 1,6% (n=1) no contaba con depresión; y en el 3,1% (n=2) con disfunción familiar severa se evidenció una distribución uniforme con 1,6% (n=1) con depresión moderada y severa respectivamente. A pesar de esto, no se demostraron diferencias estadísticamente significativas entre grupos

Tabla 3

**Funcionabilidad familiar según características sociodemográficas de adolescentes de 4<sup>to</sup> año inscritos en la U.E.N. “Estado Mérida”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar durante el periodo Julio-Septiembre 2023.**

Edad (años) <sup>+</sup>	Funcionabilidad familiar						Normal		Total	
	Disfunción severa		Disfunción moderada		Disfunción leve		n	%	n	%
	n	%	n	%	n	%				
<b>14 – 15</b>	1	1,6	2	3,1	3	4,7	24	37,5	30	46,9
<b>16 – 17</b>	1	1,6	2	3,1	6	9,4	25	39,1	34	53,1
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>3,1</b>	<b>4</b>	<b>6,3</b>	<b>9</b>	<b>14,1</b>	<b>49</b>	<b>76,6</b>	<b>64</b>	<b>100</b>
<b>Sexo<sup>++</sup></b>										
<b>Femenino</b>	2	3,1	1	1,6	1	1,6	16	25,0	20	31,3
<b>Masculino</b>	0	-	3	4,7	8	12,5	33	51,6	44	68,7
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>3,1</b>	<b>4</b>	<b>6,3</b>	<b>9</b>	<b>14,1</b>	<b>49</b>	<b>76,6</b>	<b>64</b>	<b>100</b>
<b>Tipo de familia<sup>+++</sup></b>										
<b>Nuclear</b>	0	-	2	3,1	4	6,3	12	18,8	18	28,1
<b>Monoparental</b>	1	1,6	1	1,6	1	1,6	16	25,0	19	29,7
<b>Extensa</b>	0	-	1	1,6	2	3,1	13	20,3	16	25,0
<b>Compuesta</b>	1	1,6	0	-	2	3,1	7	10,9	10	15,6
<b>Homoparental</b>	0	-	0	-	0	-	1	1,6	1	1,6
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>3,1</b>	<b>4</b>	<b>6,3</b>	<b>9</b>	<b>14,1</b>	<b>49</b>	<b>76,6</b>	<b>64</b>	<b>100</b>
<b>Graffar<sup>*</sup></b>										
<b>Clase alta</b>	0	-	0	-	0	-	9	14,1	9	14,1
<b>Clase media alta</b>	0	-	2	3,1	2	3,1	18	28,1	22	34,4
<b>Clase media baja</b>	1	1,6	2	3,1	5	7,8	13	20,3	21	32,8
<b>Clase obrera</b>	0	-	0	-	2	3,1	8	12,5	10	15,6
<b>Pobreza crítica</b>	1	1,6	0	-	0	-	1	1,6	2	3,1
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>3,1</b>	<b>4</b>	<b>6,3</b>	<b>9</b>	<b>14,1</b>	<b>49</b>	<b>76,6</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

<sup>+</sup> Test de Fisher: p: 0,898 (NS)

<sup>++</sup> Test de Fisher: p: 0,112 (NS)

<sup>+++</sup> Test de Fisher: p: 0,759 (NS)

<sup>\*</sup> Test de Fisher: p: 0,270 (NS)

Al asociar el grado de funcionabilidad familiar con la edad se registró predominio de estudiantes con familias funcionales en ambos grupos, representando 37,5% (n=25) en edades de 14-15 años y 39,1% (n=25) en edades de 16 – 17 años. Respecto al sexo, en femeninas hubo mayor frecuencia de funcionabilidad familiar normal 25,0% (n=16) así como en masculinos la mayor proporción registró funcionabilidad familiar normal 51,6% (n=33).

Los adolescentes con familia funcionales mostraron mayor frecuencia en todos los grupos de familia, con 18,8% (n=12) en familias nucleares, 25,0% (n=16) en monoparentales, 20,3% (n=13) en familias extensas, 10,9% (n=7) familias compuestas y el estudiante perteneciente a la única familia homoparental 1,6% (n=1) tuvo igualmente una funcionabilidad familiar normal. El estrato socioeconómico igualmente demostró predominio en casi todos los grupos de adolescentes con funcionabilidad familiar normal, con 14,1% (n=9) clase alta, 28,1% (n=18) clase media alta, 20,3% (n=13) clase media baja, 12,5% (n=8) clase obrera, mientras en pobreza crítica hubo igual distribución con 1,6% (n=1) para estudiantes con familia funcionales y con disfunción severa respectivamente

Sin embargo, no se demostró relación estadísticamente significativa entre los grados de funcionabilidad familiar y las variables sociodemográficas y económicas abordadas ( $p > 0,050$ ).

Tabla 4

**Funcionabilidad familiar según características sociodemográficas de adolescentes de 4<sup>to</sup> año inscritos en la U.E.N. “Estado Mérida”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar durante el periodo Julio-Septiembre 2023.**

Edad (años) <sup>+</sup>	Niveles de depresión								Total	
	No deprimido		Leve		Moderada		Severa			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>14 – 15</b>	14	21,9	6	9,4	4	6,3	6	9,4	30	46,9
<b>16 – 17</b>	19	29,7	6	9,4	8	12,5	1	1,6	34	53,1
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>51,6</b>	<b>12</b>	<b>18,8</b>	<b>12</b>	<b>18,8</b>	<b>7</b>	<b>10,9</b>	<b>64</b>	<b>100</b>
<b>Sexo<sup>++</sup></b>										
<b>Femenino</b>	6	9,4	4	6,3	7	10,9	3	4,7	20	31,3
<b>Masculino</b>	27	42,2	8	12,5	5	7,8	4	6,3	44	68,7
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>51,6</b>	<b>12</b>	<b>18,8</b>	<b>12</b>	<b>18,8</b>	<b>7</b>	<b>10,9</b>	<b>64</b>	<b>100</b>
<b>Tipo de familia<sup>+++</sup></b>										
<b>Nuclear</b>	9	14,1	4	6,3	5	7,8	0	-	18	28,1
<b>Monoparental</b>	10	15,6	4	6,3	4	6,3	1	1,6	19	29,7
<b>Extensa</b>	8	12,5	2	3,1	2	3,1	4	6,3	16	25,0
<b>Compuesta</b>	5	7,8	2	3,1	1	1,6	2	3,1	10	15,6
<b>Homoparental</b>	1	1,6	0	-	0	-	0	-	1	1,6
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>51,6</b>	<b>12</b>	<b>18,8</b>	<b>12</b>	<b>18,8</b>	<b>7</b>	<b>10,9</b>	<b>64</b>	<b>100</b>
<b>Graffar<sup>*</sup></b>										
<b>Clase alta</b>	7	10,9	1	1,6	0	-	1	1,6	9	14,1
<b>Clase media alta</b>	12	18,8	3	4,7	5	7,8	2	3,1	22	34,4
<b>Clase media baja</b>	10	15,6	5	7,8	4	6,3	2	3,1	21	32,8
<b>Clase obrera</b>	3	4,7	3	4,7	2	3,1	2	3,1	10	15,6
<b>Pobreza crítica</b>	1	1,6	0	-	1	1,6	0	-	2	3,1
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>51,6</b>	<b>12</b>	<b>18,8</b>	<b>12</b>	<b>18,8</b>	<b>7</b>	<b>10,9</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

<sup>+</sup> Test de Fisher: p: 0,157 (NS)

<sup>++</sup> Test de Fisher: p: 0,059 (NS)

<sup>+++</sup> Test de Fisher: p: 0,682 (NS)

<sup>\*</sup> Test de Fisher: p: 0,742 (NS)

Al asociar los niveles de depresión con la edad se registró predominio de estudiantes sin depresión en ambos grupos, representando 21,9% (n=14) en edades de 14-15 años y 29,7% (n=19) en edades de 16 – 17 años. Respecto al sexo, en femeninas hubo mayor frecuencia de depresión moderada ocupando 10,9% (n=7) mientras en masculinos la mayor proporción no registró niveles de depresión 42,2% (n=27).

Los adolescentes sin depresión mostraron mayor frecuencia en todos los grupos de familia, con 14,1% (n=9) en familias nucleares, 15,6% (n=10) en monoparentales, 12,5% (n=8) en familias extensas, 7,8% (n=5) compuestas y el estudiante perteneciente a la única familia homoparental 1,6% (n=1) no se encontró deprimido. El estrato socioeconómico igualmente demostró predominio en casi todos los grupos de adolescentes sin depresión, con 10,9% (n=7) clase alta, 18,8% (n=12) clase media alta y 15,6% (n=10) clase media baja, mientras hubo similar distribución respecto a la clase obrera con 4,7% (n=3) para estudiantes sin depresión y con depresión leve respectivamente; y en pobreza crítica con 1,6% (n=1) para estudiantes sin depresión y con depresión moderada respectivamente

Los niveles de depresión no guardaron relación estadísticamente significativa con las variables evaluadas ( $p > 0,050$ ).

## DISCUSIÓN

Al procesar los datos de 64 adolescentes de 4to año inscritos en la U.E.N. “Estado Mérida” de Ciudad Bolívar; según sus características sociodemográficas se demostró que la muestra tiende a ser homogénea respecto a la edad, pues de 16 – 17 años representaron 53,1% y de 14 – 15 años 46,9%, en cuanto al sexo los encuestados masculinos representaron 68,7% y las femeninas 31,3%; al comparar estos hallazgos con los resultados de Huang et al., (2022) cuyo estudio realizado en China examinó el efecto del funcionamiento familiar en la depresión adolescente en una muestra de 562 adolescentes, demostraron que 47,15% fueron masculinos y 52,85% femeninas con una edad media de  $14,33 \pm 1,81$  años, similar a lo reflejados en nuestra investigación. Igualmente Leyva et al., (2007) determinaron la frecuencia de depresión y funcionalidad familiar en 259 adolescentes mexicanos, demostrando que 51,7% fueron varones y 48,3% hembras con una edad promedio de 16 años.

La composición familiar mayormente registrada fue monoparental y nuclear en 29,7% y 28,1% respectivamente, mientras el estrato socioeconómico fue en 34,4% clase media alta siendo el imperante en el grupo estudiado, resultando discordante al compararlo con el estudio local realizado por Marval y Morales (2021) quienes determinaron el impacto del ambiente familiar en el rendimiento académico de 101 escolares inscritos en la escuela Bolivariana “Vista Hermosa” ubicada en la misma ciudad, siendo 49,5% pertenecientes a la clase media-baja según la escala de Graffar; igualmente difiere con Galindo y Gutiérrez (2021) quienes estudiaron la relación entre la funcionalidad familiar y la conducta agresiva de 115 adolescentes de 4to y 5to año del Colegio San Francisco De Asís de ciudad Bolívar, demostrando que 41,7% pertenecía a una familia extensa.

Igualmente no concuerda con lo reportado por Cogollo y Hamdan (2018), en Colombia, cuya investigación evaluó la conducta agresiva asociada a la funcionalidad familiar, donde participaron 979 estudiantes de secundaria de ambos sexos, quienes registraron que 50,87% informó ser parte de una familia nuclear, 30.8 % de una familia extensa y 18,28 % de una familia monoparental; tampoco se relaciona con Alcarraz et al. (2020), quienes en una muestra de 605 adolescentes peruanos, demostraron que en relación con el tipo de familia, el 56,4% pertenecía a una familia nuclear, el 31,6% a una familia monoparental y el 12,1% a una familia extendida.

Según Berroterán (2019), expertos en sociología y terapia familiar aseguran que existe un resquebrajamiento conductual y descomposición social en la familia actual venezolana, además de afirmar que el país no estará bien si estas funcionan de forma inadecuada; a pesar de esto, la funcionabilidad familiar resultó normal en 76,6% de los adolescentes, relacionándose con Vilar y Villalobos (2020) quienes realizaron un estudio descriptivo, de campo, no experimental, de corte transversal, con el objetivo de identificar el nivel de funcionalidad familiar e impulsividad en 100 adolescentes de 4to y 5to año de la Unidad Educativa Colegio Ítalo Venezolano “María Montessori” de Ciudad Bolívar, de los cuales 52,0% percibieron una funcionalidad familiar normal. Por otro lado, esta situación es contrastante con Olivera et al., (2019) en Perú, donde determinaron la influencia de la funcionalidad familiar en la depresión de 91 adolescentes de primero a quinto de secundaria entre 12 y 17 años de edad de nivel secundario de la institución educativa particular “Gran Amauta de Motupe”, demostrando que la funcionalidad familiar fue en 65,9% intermedia y 34% baja.

Igualmente en Colombia, Serna et al., (2020) analizaron la asociación entre depresión y funcionamiento familiar en 240 adolescentes escolarizados del municipio de Circasia, Quindío; identificando disfuncionalidad familiar en el 46,3, hallazgos discordante con nuestros resultados. Otra investigación contradictoria fue publicada en Ecuador, por Albán (2021) quien evaluó la relación entre el funcionamiento

familiar y la depresión en 96 adolescentes de la Unidad Educativa “Misael Acosta Solís del cantón Baños” de Agua Santa, encontrando el valor más significativo de la población total de adolescentes en familias moderadamente funcionales con el 51%, seguido del 40.1% para las familias funcionales.

Respecto a los niveles de depresión 51,6% no se encontraba deprimido y 18,8% registró niveles leves y moderados respectivamente; concordando nuevamente con Serna et al., (2020) en Colombia, quienes identificaron algún nivel de depresión en el 45,8 % de los participantes, igualmente Sáenz (2022) en Ecuador, al determinar la relación existente entre la funcionalidad familiar y depresión en 100 estudiantes de una institución educativa particular de Huancayo, encontró al 57% sin sintomatología depresiva, 24% sintomatología leve y 19% sintomatología depresiva severa; siendo semejantes los resultados de ambas investigaciones con nuestros hallazgos. Sin embargo, Olivera et al., (2019) en Perú, en su análisis general mostró un 51,6% de depresión mínima, 28,5% leve, 10,9% moderada y 8,7% severa; en Ecuador, Albán (2021) identificó la prevalencia de depresión más significativa para el nivel leve con 40,6%, con resultados similares del 13,5% niveles de depresión moderado y severa; situaciones contrastantes con lo reportado en esta investigación.

Los niveles de depresión no guardaron relación estadísticamente significativa con el grado de funcionabilidad familiar ( $p > 0,050$ ); contrastando con Wang et al., (2021) en China, donde hubo un efecto circular entre la función familiar y los síntomas depresivos de los adolescentes; así mismo, no guardó semejanza con la investigación China de Huang et al., (2022) donde los resultados mostraron que el funcionamiento familiar tuvo un efecto predictivo negativo significativo sobre la depresión adolescente. Olivera et al., (2019) en Perú, también demostró relación entre estas variables al determinar que los adolescentes que presentaron menor funcionalidad familiar presentaron mayor sintomatología depresiva; y Serna et al., (2020) en Colombia encontraron asociación estadísticamente significativa entre



depresión moderada/grave y disfunción familiar leve y grave ( $p < 0,001$ ). Ore (2021) en Perú, al revisar la evidencia empírica de investigaciones que han estudiado la relación entre funcionalidad familiar y depresión en adolescentes; reportó una relación indirecta estadísticamente significativa entre las variables de estudio concluyendo que para futuras investigaciones de estas dos variables sería beneficioso estudios que se mantengan a lo largo del tiempo; no se encontraron investigaciones que coincidieran con nuestros hallazgos.

No se demostró relación estadísticamente significativa entre los grados de funcionabilidad familiar y las variables sociodemográficas y económicas abordadas ( $p > 0,050$ ); guardando semejanza con Arenas (2009) quien indagó la relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes en una muestra de 63 adolescentes, entre 12 y 17 años, de ambos sexos que asisten al Departamento de Psicología del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el distrito de El Agustino, departamento de Lima; no guardando relación la funcionabilidad familiar con las variables sociodemográficas evaluadas. Sin embargo, contrasta con Higueta y Cardona (2016) quienes analizaron la percepción de funcionalidad familiar, según factores sociodemográficos, en 3460 adolescentes de la ciudad de Medellín, Colombia; cuyos resultados sugirieron una elevada prevalencia de disfuncionalidad familiar que se asocia con la edad, la escolaridad de los padres y el tipo de familia; por otro lado, esta investigación también difiere con Paz (2018) quien buscó determinar la relación entre la funcionalidad familiar y los factores sociodemográficos en adolescentes peruanos de Instituciones Educativas de la Provincia Constitucional del Callao en el año 2018; encontrando relación con la edad ( $p = 0,028$ ), demostrando que a menor edad mejores eran los niveles de funcionalidad familia.

Finalmente, los niveles de depresión no guardaron relación estadísticamente significativa con las variables evaluadas ( $p > 0,050$ ); concordando nuevamente con

Arenas (2009) en Perú, donde no hubo relación entre los niveles de depresión y las características sociodemográficas evaluadas; cabe mencionar que la muestra en ambos estudios resultó de similar tamaño (63 Vs 64), pudiendo condicionar esto a la ausencia de relación entre variables; por otro lado, Barrientos et al., (2010) al determinar la prevalencia de depresión en 1648 adolescentes mexicanos demostraron que en su mayoría, las familias de adolescentes que presentaban depresión fueron nucleares y compuestas; otra investigación discordante fue publicada por Rivera et al., (2018) quienes describieron la sintomatología depresiva en 1.225 adolescentes de la ciudad de Arequipa, en función de ciertas variables familiares, encontrando que el tipo de estructura familiar se relaciona con los síntomas depresivos en los adolescentes ( $\chi^2 = 10,527$ ;  $p = 0,015$ ), de modo tal, que aquellos adolescentes que no contaron con un núcleo familiar (vivían con hermanos o solos) tuvieron con mayor frecuencia depresión, misma situación registrada para aquellos adolescentes que provenían de familias reconstituidas.

## CONCLUSIONES

- La mayor parte de los estudiantes eran masculinos con edades de 16 a 17 años, pertenecientes a familias monoparental y nuclear principalmente, con un estrato socioeconómico II y III según Graffar.
- La funcionabilidad familiar resultó normal la mayoría de los adolescentes, sin embargo solo la mitad se encontraba sin depresión; no influenciando la funcionabilidad familiar los niveles de depresión de los encuestados.
- No se demostró relación estadísticamente significativa entre los grados de funcionabilidad familiar y las variables sociodemográficas y económicas abordadas.
- Los niveles de depresión no guardaron relación estadísticamente significativa con las variables evaluadas.

## RECOMENDACIONES

1. Incluir herramientas que promuevan un sano ambiente familiar en adolescentes, sabiendo que ella es parte fundamental de la salud mental de los seres humanos y que por ende se establecen sanas relaciones interpersonales que caracteriza a un entorno social saludable.
2. Sugerir a la institución evaluación clínica a los adolescentes de riesgo, para que los síntomas depresivos sean detectados oportunamente.
3. Promover mediante la psicoeducación la participación de los padres de familia, para poder sensibilizar la importancia de un adecuado funcionamiento familiar y las repercusiones psicológicas, sociales y académicas que surgen a partir de una dinámica familiar conflictiva.
4. Continuar esta línea de investigación para ampliar y profundizar sobre la influencia que ejerce la estructura familiar en la formación y desarrollo del ser, y que, desde una visión epistemológica se conecte en las aulas las realidades que arrojan las familias hoy en día.
5. Se recomienda la inclusión de estas investigaciones en la formación profesional del educador para enriquecer la práctica pedagógica y así poder ir de la mano con esta línea de investigación haciendo posible una buena relación docente-familia-estudiante.
6. Se recomienda para futuras investigaciones incluir en la muestra a los padres o cuidadores, lo que permitiría comparar niveles de depresión y

percepciones del funcionamiento familiar entre ellos y los adolescentes, así como verificar el historial médico y psiquiátrico.

7. Reactivar en la medida de lo posible charlas inherentes a escuela para padres, que funcionen en el área de salud mental, servicio de pediatría y en instituciones escolares.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albán, C. 2021. Funcionamiento familiar y su relacion con la depresion en adolescentes (Master's thesis, Pontificia Universidad Católica del Ecuador). En Línea. Disponible en: <https://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/3398/1/77552.pdf> [Junio, 2023]
- Alban, F., Ocando, C. 2018. Funcionalidad familiar e impulsividad en adolescentes de 4to y 5to ano del Liceo Nacional Fernando Peñalver. Ciudad Bolívar, estado Bolívar, mayo 2018. Tesis de Grado. Esc. Cs. Salud. Dpto Salud mental. Ciudad Bolívar, Venezuela. U.D.O. pp 68. (Multígrafo) [Agosto, 2023].
- Alcarraz, N., Chávez, F., Martínez, Y. 2020. Funcionalidad familiar en adolescentes de la Institución Educativa 3071 Manuel Tobías García Cerrón, Puente Piedra-2018. En línea. Disponible en: <https://repositorio.uh.edu.pe/handle/20.500.12872/520> [Febrero, 2024]
- Álvarez, M., Ramírez, B., Silva, A., Coffin, N., Jiménez, M. 2009. La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 9(2): 205-210. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/560/56012878005/> [Junio, 2023]

- Arenas, S. 2009. Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes. Universidad Nacional Mayor De San Marcos. En línea. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/323351733.pdf> [Junio, 2023]
- Barrientos, V., Mendoza, H., Sainz, L., Pérez, C., Gil, I., Soler, E. 2010. Depresión y tipología familiar en un grupo de adolescentes mexicanos. Archivos en Medicina Familiar. 12(3): 69-76. [Febrero, 2024]
- Beltrán, M., Freyre, M., Hernández, L. 2012. El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. Terapia psicológica. 30(1): 5-13 [Junio, 2023].
- Bengoa, J. 2003. Historia de la familia. AnVenezNutr. 16 (2) [En línea] Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S0798-07522003000200005](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0798-07522003000200005) [Junio, 2023].
- Berroterán, C. 2019. Existe descomposición en la familia venezolana. Primicia Website. En línea. Disponible en: <https://primicia.com.ve/guayana/ciudad/existe-descomposicion-en-la-familia-venezolana/> [Febrero, 2024]
- Cazalla, N. 2013. Revisión teórica sobre el autoconcepto y su importancia en la adolescencia. Rev Elect Invest Doc. [Serie en línea] 4: 43-64. Disponible: <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/reid/article/download/991/818/3283->. [Junio, 2023].

- Cogollo, Z., Hamdan, M. 2018. Conducta agresiva asociada a funcionalidad familiar en estudiantes de secundaria de colegios oficiales de la ciudad de Cartagena. Tesis de Grado. Facultad de Enfermería. UC. pp 53 (Multígrafo). [Febrero, 2024]
- Del Cid, M. 2021. La depresión y su impacto en la salud pública. Rev Méd Hondur, 89 (1): S1-68 [Junio, 2023]
- Ferrer, X., Castro, S., Cuevas, S. 2005. La familia: Definiciones actuales. Rev Chil Infect. 22 (1): 51-57. Disponible en [http://www.scielo.cl/scielo.php?scrip\\_serial&pid=0716-1018&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?scrip_serial&pid=0716-1018&lng=es&nrm=iso) [Junio, 2023].
- Forero, L., Avendaño, M., Duarte, Z., Campo, A. 2006. Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. Rev Colomb Psiquiatr. 35(1):23-29 [Junio, 2023].
- Galindo, Y., Gutiérrez, M. 2021. Funcionalidad Familiar Y Conducta Agresiva En Los Adolescentes De 4to Y 5to Año Del Colegio San Francisco De Asís. Ciudad Bolívar – Estado Bolívar. Último Trimestre De 2021 Pp. 61 Disponible: Biblioteca “Dr Luis Delfín Ponce Ducharne” Escuela de ciencias de la salud – Universidad de Oriente - núcleo Bolívar. [Febrero, 2024]
- Gastó, C., Navarro, V. 2007. La depresión. Guía interactiva para pacientes con enfermedades de larga duración. Hospital Clínico de Barcelona. Pp 19. [Junio, 2023]



- Higueta, L., Cardona, J. 2016. Percepción de funcionalidad familiar en adolescentes escolarizados en instituciones educativas públicas de Medellín (Colombia), 2014. CES Psicología. 9(2): 167-178. [Febrero, 2024]
- Huang, X., Hu, N., Yao, Z., Peng, B. 2022. Family functioning and adolescent depression: A moderated mediation model of self-esteem and peer relationships. *Front Psychol.* 13: 962147. doi: 10.3389/fpsyg.2022.962147. PMID: 36017432; PMCID: PMC9396342. [Febrero, 2024]
- Isturiz, P. 2010. Elentorno Familiar. Una Revisión Sobre La Necesidad Del Cuidado de los niños. Disponible en: [https://Rua.Ua.Es/Dspace/Bitstream/10045/22/1/Cc\\_07-08\\_22.Pdf](https://Rua.Ua.Es/Dspace/Bitstream/10045/22/1/Cc_07-08_22.Pdf) [Junio, 2023].
- Jaen, D., Callisaya, E., Quisbert, H. 2012. A que llamamos la Familia? Disponible En: [Http://Www.Scielo.Org.Bo/SciELO.Php?Pid=S1722012000200004&Script=Sci\\_Arttext](Http://Www.Scielo.Org.Bo/SciELO.Php?Pid=S1722012000200004&Script=Sci_Arttext) [Junio, 2023].
- Jadresic, E. 2000. Rendimiento académico en escolares. Ediciones de la sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. 1ª ed. Cap 13: 343-364. Chile. [Junio, 2023]
- León, B. 2013. “El Entorno Familiar Y Su Influencia En El Rendimiento Escolar De Los Niños Y Niñas De Sexto Grado De Educación General Básica Del Centro Escolar Experimental No. 1 “Eloy Alfaro”, Ubicado En La Parroquia San Blas, Del Cantón Quito, Provincia

De Pichincha”. Tesis De Grado. Universidad Técnica De Ambato, Facultad De Ciencias Humanas Y De La Educación. (Multígrafo) [Junio, 2023]

Leyva, R., Hernández, A., Nava, G., López, V. 2007. Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 45(3), 225-232 [Junio, 2023].

Limones, I. 2011. Adolescentes y percepción del sí mismo: la construcción de una imagen realista de la adolescencia desde la familia y la escuela. *Etica Net*. [Serie en línea] 11 (1). Disponible: <https://www.ugr.es/~sevimeco/revistaeticanet/numero11/Articulos/Formato/articulo11.pdf>. [Junio, 2023].

Macías, M., Pérez, C., López, L., Beltrán, L., Morgado, C. 2019. Trastornos de ansiedad: revisión bibliográfica de la perspectiva actual. *Neurobiología*. 10 (24): 1-11. Disponible en: <https://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2019/24/Mac%C3%ADas/resumen.html> [Junio, 2023]

Martínez, M., Morales, B., Muñoz, C., Viáfara, A., Herrera, J. 2006. El entorno familiar y actividades en distintos Colegios de la región Colombiana. *ColombMed*. 37 (2): 31-38 [Junio, 2023].

Marval, A., Morales, D. 2021. Ambiente Familiar Y Rendimiento Académico Durante Pandemia Por Covid-19. Escolares Inscritos En Escuela Bolivariana “Vista Hermosa” Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, Abril-Mayo 2021. Pp.60 Disponible: Biblioteca “Dr Luis Delfín

Ponce Ducharne” Escuela de ciencias de la salud – Universidad de Oriente - núcleo Bolívar. [Febrero, 2024]

Olivera, N., Rivera, G., Gutiérrez, M., Méndez, J. 2018. Funcionalidad familiar en la depresión de los adolescentes de la institución educativa privada “Gran Amauta de Motupe” Lima, 2018. En línea. Disponible en: [https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/REVUPCH\\_5e5c8d5198d2ba8b6235dce461ad9bf4/Details](https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/REVUPCH_5e5c8d5198d2ba8b6235dce461ad9bf4/Details) [Febrero, 2024]

Ore, V. 2021. Relación entre funcionalidad familiar y depresión en adolescentes. Trabajo de Suficiencia Profesional para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología. En línea. Disponible en: [https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/13223/Ore\\_Figueroa.pdf?sequence=1](https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/13223/Ore_Figueroa.pdf?sequence=1) [Febrero, 2024]

Paz, M. 2018. Funcionalidad familiar y factores sociodemográficos en adolescentes de instituciones educativas de la provincia constitucional del Callao, 2018. Universidad Cesar Vallejo. En línea. Disponible en: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/35896/Paz\\_EMY.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/35896/Paz_EMY.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [Febrero, 2024]

Pereira, M., Ferraz, M., Peçanha, D., Mesquita, M., Finazzi, M., Bordin, I. 2015. Funcionamiento familiar en adolescentes con trastorno depresivo mayor: un estudio comparativo. *Estudios de Psicología (Campinas)*. 32: 641-652 [Junio, 2023].

- Rivera C., Renzo, Arias, W., Cahuana, M. 2018. Perfil familiar de adolescentes con sintomatología depresiva en la ciudad de Arequipa, Perú. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. 56(2): 117-126. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272018000200117> [Febrero, 2024]
- Rodríguez, F. 2017. Particularidades en torno a la familia. *Rev. Cubana Cir.* 56 (2): 59-70. [en línea] Disponible: <http://www.redalyc.org/pdf/2812/28120006.pdf>. [Junio, 2023].
- Sáenz, S. 2022. Funcionalidad familiar y depresión en estudiantes de una Institución Educativa Particular de Huancayo, 2022. Universidad Nacional De Loja Facultad De La Salud Humana. En línea. Disponible en: <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/4406> [Junio, 2023]
- Serna, D., Terán, C., Vanegas, A., Medina, Ó., Blandón, O., Cardona, D. 2020. Depresión y funcionamiento familiar en adolescentes de un municipio de Quindío, Colombia. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(5), e3153. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2020000600016&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000600016&lng=es&tlng=es) [Junio, 2023].
- Siveiro, M., García, M. 2007. Autopercepción de adaptación y tristeza en la adolescencia: La influencia del género. *An Psicol.* [Serie en línea] 23 (1): 41-48. Disponible: <https://www.redalyc.org/pdf/167/16723106.pdf>. [Junio, 2023].

- Smilkstein, G. 1978. The Family APGAR: A proposal for family function test and its use by physicians. *J Fam Pract*, 6(6), 1231–1239 [Junio, 2023].
- Torrel, M., Delgado, M. 2016. Funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la IE Zarumilla-Tumbes 2013. *Ciencia y desarrollo*. 17(1): 47-53. DOI: <http://dx.doi.org/10.21503/CienciayDesarrollo.2014.v17i1.06> [Junio, 2023]
- Vilar, D., Villalobos, A. 2020. Funcionalidad familiar e impulsividad en adolescentes de 4to y 5to año de la Unidad Educativa Colegio Ítalo Venezolano “María Montessori” de Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, Venezuela, durante el año escolar 2019-2020. Tesis de Grado. Esc. Cs. Salud. Dpto Salud mental. Ciudad Bolívar, Venezuela. U.D.O. pp 50. (Multígrafo) [Agosto, 2023].
- Viloria H., Paredes, M. 2016. Calidad de Vida en el entorno familiar [en línea] Disponible: [www.saber.ula.ve/db/ssapubeleccas/educere/vol6n17/](http://www.saber.ula.ve/db/ssapubeleccas/educere/vol6n17/) [Junio, 2023].
- Wang, E., Zhang, J., Peng, S., Zeng, B. 2021. The Association Between Family Function and Adolescents' Depressive Symptoms in China: A Longitudinal Cross-Lagged Analysis. *Front Psychiatry*. 12: 744976. Doi: 10.3389/fpsy.2021.744976. PMID: 34975563; PMCID: PMC8718401 [Junio, 2023]

## **APÉNDICES**

## Apéndice A



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO BOLÍVAR  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
“Dr. Francisco Battistini Casalta”  
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL**

Ciudad Bolívar, / / .

**Lcda. Yadira Betancourt.** Directora de la U. E.N. Liceo “Estado Mérida”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar.

Presente.

Sirva la presente para saludarle a la vez que deseamos solicitarle con el debido respeto, toda la colaboración que pueda brindarnos para la elaboración de la investigación que lleva por título **FUNCIONABILIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN, ADOLESCENTES DE 4<sup>to</sup> AÑO. U. E.N. “ESTADO MÉRIDA”. CIUDAD BOLÍVAR – ESTADO BOLÍVAR. JULIO-SEPTIEMBRE 2023.** Que será presentada a posterior como trabajo de grado, siendo un requisito parcial para optar por el título de Médico Cirujano.

Esperando recibir de usted una respuesta satisfactoria que nos aproxime a la realización de esta tarea.

Atentamente

---

**Br. Karmeliz Barreto**

Tesista

---

**Br.Horianny Hernández**

Tesista

---

**Dra. Daisy Prieto**

Tutora

## Apéndice B



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE**  
**NÚCLEO BOLÍVAR**  
**ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**“Dr. Francisco Battistini Casalta”**  
**DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL**

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted tiene derecho a conocer todo a cerca de los beneficios y riesgos de los procedimientos que implican la participación de su representado en el estudio, y por ello, presentamos información para que sea leída y aclarada suficientemente antes de aceptar participar en el mismo.

Por favor lea cuidadosamente la información consignada a continuación.

1. Pregunte a los miembros del equipo cualquier duda al respecto.
2. Antes de firmar el documento, usted debe estar completamente seguro que toda la información ofrecida es clara.
3. Asegúrese de que ha tenido suficiente tiempo para tomar su decisión, para discutirla con sus familiares o acudientes
4. La firma de este documento implica que cada una de las preguntas que ha hecho han sido contestadas, que usted ha entendido completamente esta información, que está de acuerdo con ella y por eso decide que participará en el estudio.



5. Usted puede cambiar su decisión de aceptación mediante la revocación del consentimiento en cualquier momento del estudio.

### **Derechos**

Si usted decide participar, tiene los siguientes derechos:

1. Usted es libre de aceptar la participación de su representado.
2. Los registros que lo puedan identificar serán mantenidos confidencialmente.
3. Usted recibirá una copia del presente documento.
4. No existirá ningún tipo de penalidad o modificación de la atención médica si usted se niega a participar en el estudio

### **Certificado de consentimiento**

Yo, \_\_\_\_\_, portador de la Cédula de Identidad número \_\_\_\_\_, padre y /o representante de \_\_\_\_\_, declaro que he sido informado sobre los objetivos y alcances de la investigación titulada **FUNCIONABILIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN, ADOLESCENTES DE 4<sup>to</sup> AÑO. U. E.N. “ESTADO MÉRIDA”. CUIDAD BOLÍVAR – ESTADO BOLÍVAR. JULIO-SEPTIEMBRE 2023.** Desarrollada por las bachilleres Karmeliz Barreto y Horianny Hernández, bajo la asesoría del Dra. Daisy Prieto. Por medio de la presente declaro que conozco y comprendo la información que me ha sido suministrada y acepto participar como sujeto de investigación.

En Ciudad Bolívar, a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 2023.

\_\_\_\_\_  
**Firma**

## Apéndice C



**FUNCIONABILIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN, ADOLESCENTES DE 4<sup>to</sup>  
año. U. E.N. “ESTADO MÉRIDA”. CUIDAD BOLÍVAR – ESTADO  
BOLÍVAR. JULIO-SEPTIEMBRE 2023.**

### HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

<b>Edad</b>	
<b>Sexo</b>	
<b>Tipo de familia</b> <b>Nuclear:</b> ____ <b>Monoparental:</b> ____ <b>Extensa:</b> ____ <b>Compuesta:</b> ____ <b>Homoparental:</b> ____	

## **ANEXOS**

## Anexo 1

### La escala de estratificación social de Graffar-Méndez-Castellano.

Consta de la evaluación de 4 variables; profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingresos de la familia y condiciones de alojamiento.

VARIABLES	Pts	Ítems
1. Profesión del Jefe de Familia	1	Profesión Universitaria, financista, banquero, comerciante, todos de alta productividad. Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior).
	2	Profesión Técnico Superior, medianos comerciantes o productores.
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes y productores
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (Sin primaria completa)
2. Nivel de Instrucción de la madre	1	Enseñanza Universitaria o su equivalente
	2	Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media
	3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior
	4	Enseñanza primaria, o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria)
	5	Analfabeta
3. Principal fuente de ingresos de la familia	1	Fortuna heredada o adquirida
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales
	3	Sueldo mensual
	4	Salario semanal, por día, entrada a destajo.
	5	Donaciones de origen público o privado
4. Condiciones de alojamiento	1	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo.
	2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios.
	3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias con espacios reducidos o no pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2
	4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencia de algunas condiciones sanitarias.
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas.

Puntaje	Interpretación
04-06	Estrato alto
07-09	Estrato medio alto
10-12	Estrato medio bajo
13-16	Estrato obrero
17-20	Estrato marginal

## Anexo 2

### Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

#### 1. Tristeza

0 No me siento triste.

1 Me siento triste gran parte del tiempo

2 Me siento triste todo el tiempo.

3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

#### 2. Pesimismo

0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.

1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.

2 No espero que las cosas funcionen para mi.

3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

#### 3. Fracaso

0 No me siento como un fracasado.

1 He fracasado más de lo que hubiera debido.

2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.

3 Siento que como persona soy un fracaso total.

#### 4. Pérdida de Placer

0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.

- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

### **5. Sentimientos de Culpa**

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

### **6. Sentimientos de Castigo**

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

### **7. Disconformidad con uno mismo.**

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

### **8. Autocrítica**

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

### **9. Pensamientos o Deseos Suicidas**

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

2 Querría matarme

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

### **10. Llanto**

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

1 Lloro más de lo que solía hacerlo

2 Lloro por cualquier pequeñez.

3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

### **11 Agitación**

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.

2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto

3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

### **12 Pérdida de Interés**

0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.

1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.

2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3. Me es difícil interesarme por algo.

### **13. Indecisión**

0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.

1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones

2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.

3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

### **14. Desvalorización**

0 No siento que yo no sea valioso

1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme

2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3 Siento que no valgo nada.

### **15. Pérdida de Energía**

0 Tengo tanta energía como siempre.

1. Tengo menos energía que la que solía tener.

2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado

3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

### **16. Cambios en los Hábitos de Sueño**

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1ª. Duermo un poco más que lo habitual.

1b. Duermo un poco menos que lo habitual.

2a Duermo mucho más que lo habitual.

2b. Duermo mucho menos que lo habitual

3ª. Duermo la mayor parte del día

3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

### **17. Irritabilidad**

0 No estoy tan irritable que lo habitual.

1 Estoy más irritable que lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3 Estoy irritable todo el tiempo.

### **18. Cambios en el Apetito**

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a. Mi apetito es mucho menor que antes.



2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual

3<sup>a</sup> . No tengo apetito en absoluto.

3b. Quiero comer todo el día.

### **19. Dificultad de Concentración**

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

### **20. Cansancio o Fatiga**

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

### **21. Pérdida de Interés en el Sexo**

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

**Puntaje Total:**

### Anexo 3

#### APGAR familiar

##### Cuestionario para la evaluación de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					
2. los espacios en la casa					
3. el dinero					

## HOJAS DE METADATOS

### Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 1/6

<b>Título</b>	Funcionabilidad familiar y niveles de depresión, adolescentes de 4to año. U.E.N. estado mérida ciudad Bolívar estado Bolívar. julio-septiembre 2023
<b>Subtítulo</b>	

Autor(es)

<b>Apellidos y Nombres</b>	<b>Código ORCID / e-mail</b>	
Barreto Palacios Karmeliz Del Valle	<b>ORCID</b>	
	<b>e-mail:</b>	karmelizbarreto95@gmail.com
Hernández Carreño Horianny Del Valle	<b>ORCID</b>	
	<b>e-mail:</b>	horiannydelvalle@gmail.com

#### **Palabras o frases claves:**

depresión
funcionabilidad familiar
adolescentes
salud mental

## Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 2/6

Área o Línea de investigación:

Área	Subáreas
Dpto. de Salud Mental	Psicología
<b>Línea de Investigación:</b> Psicología	

### Resumen (abstract):

Los adolescentes tienen mayor probabilidad de presentar depresión ya que en esta etapa se llevan a cabo procesos de cambio físico, psicológico y sociocultural, en esta etapa eventos vitales pueden influenciar el inicio y desarrollo de síntomas depresivos como la disfuncionalidad familiar. **Objetivo general:** Determinar la funcionabilidad familiar y niveles de depresión en adolescentes de 4<sup>to</sup> año inscritos en la U.E.N. “Estado Mérida”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar durante el periodo julio-septiembre 2023. **Metodología:** Estudio descriptivo, de corte transversal, de campo, no experimental. Se utilizó la escala de estratificación social de Graffar-Méndez-Castellano, el APGAR familiar y el inventario de depresión de Beck, además de una hoja de recolección de datos que recoge información sociodemográfica. La población fue de 124 estudiantes y la muestra estuvo conformada por 64 de ellos. **Resultados:** Predominaron edades de 16 – 17 con 53,1% (n=34), masculinos representaron 68,7% (n=44). Los tipos de familias mayormente registrados fueron monoparental, nuclear y extensa con 29,7% (n=19), 28,1% (n=18) y 25,0% (n=16) respectivamente; 34,4% (n=22) fue clase media alta y 32,8% (n=21) clase media baja. La funcionabilidad familiar resultó normal en 76,6% (n=49); el 51,6% (n=33) no se encontraba deprimido, 18,8% (n=12) registró niveles leves de depresión y 18,8% (n=12) moderados. **Conclusión:** Se demostró una baja frecuencia de depresión y disfunción familiar, no guardaron relación estadísticamente significativa con las variables sociodemográficas abordadas.

## Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 3/6

Contribuidores:

Apellidos y Nombres	ROL / Código ORCID / e-mail				
	ROL	CA	AS	TU(x)	JU
Dra. Betsy Marcano	ORCID				
	e-mail	bettsy58@gmail.com			
	e-mail				
Dr. Félix Ramos	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	ORCID				
	e-mail	felixramos@gmail.com			
	e-mail				
Dr. Norma Conquista	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	ORCID				
	e-mail	nconquistalira694@gmail.com			
	e-mail				

**Fecha de discusión y aprobación:** 2024/07/12

**Lenguaje:** spa

## **Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 4/6**

**Archivo(s):**

NBOTTG\_BPKDV2024

Alcance:

**Espacial:**

U.E.N. “Estado Mérida”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar

**Temporal:**

Julio-Septiembre 2023.

**Título o Grado asociado con el trabajo:**

Médico Cirujano

**Nivel Asociado con el Trabajo:**

Pregrado - Médico Cirujano

**Área de Estudio:**

Dpto. de Medicina

**Institución(es) que garantiza(n) el Título o grado:**

Universidad de Oriente

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 5/6



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
CONSEJO UNIVERSITARIO  
RECTORADO

CU N° 0975

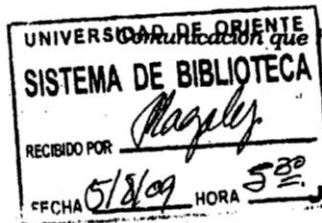
Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano  
**Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ**  
Vicerrector Académico  
Universidad de Oriente  
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI – 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.



Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

**JUAN A. BOLAÑOS CUNVELO**  
Secretario



C.C.: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YGC/maruja

## Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 6/6

De acuerdo al artículo 41 del reglamento de trabajos de grado (Vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009)  
“Los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participará al Consejo Universitario” para su autorización.


**AUTOR(ES)**

<p><i>Barreto Karmeliz</i> Br. BARRETO PALACIOS KARMELIZ DEL VALLE C.I. 25937258 AUTOR</p>	<p><i>Hernández Carreño</i> Br. HERNÁNDEZ CARREÑO HORIANNY DEL VALLE C.I. 23501272 AUTOR</p>
--	--

**JURADOS**

<p><i>Daisy Prieto</i> TUTOR: Prof. DAISY PRIETO C.I.N. <u>10.567.750</u> EMAIL: <u>daisyprieto25@gmail.com</u></p>	<p><i>Felix Ramos</i> JURADO Prof. FÉLIX RAMOS C.I.N. <u>5076178</u> EMAIL: <u>felixramos56@gmail.com</u></p>
<p><i>Norma Conquista</i> JURADO Prof. NORMA CONQUISTA C.I.N. <u>8365727</u> EMAIL: <u>nconquistalica69@gmail.com</u></p>	<p><i>[Signature]</i> JURADO Prof. FÉLIX RAMOS C.I.N. <u>5076178</u> EMAIL: <u>felixramos56@gmail.com</u></p>

**P. COMISIÓN DE TRABAJO DE GRADO**



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
CIUDAD BOLÍVAR  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
FACULTAD DE CIENCIAS  
TESIS DE GRADO  
DE MEDICINA

DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS  
Avenida José Méndez c/c Columbo Silva- Sector Barrio Ajuro- Edificio de Escuela Ciencias de la Salud- Planta Baja- Ciudad Bolívar- Edo. Bolívar- Venezuela.  
Teléfono (0285) 6324976