

**AFECTACIONES EN LA SALUD MENTAL CAUSADAS POR LA DISFUNCIÓN
FAMILIAR EN ESTUDIANTES DE 8VO DE BACHILLERATO DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA RICARDO GONZÁLEZ DE LA CIUDAD DE VALLEDUPAR**

ZHAREN EDITH VASQUEZ SOLANO

LUISA FERNANDA HERNANDEZ SOLANO

MAIRA ALEJANDRA PERALTA OSORIO

Requisito para optar el título de:

PSICÓLOGO

Dirigido: JONATTAN PUMAREJO

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

VALLEDUPAR

2019

Agradecimientos

Por la gracia de Dios hemos podido llegar hasta aquí, por esta razón nuestro mayor agradecimiento va dirigido a nuestro padre celestial, porque en cada uno de nuestros pasos hemos visto sus bendiciones en nuestras vidas, este logro solo se debemos a él, porque él ha sido bueno con nosotras.

A nuestros padres que han sido un pilar fundamental en cada proceso que hemos afrontado, estado siempre ahí para apoyarnos a pesar de las circunstancias, dándonos ánimos para cumplir nuestros sueños, así mismo a nuestra familia, hermanos, primos, tíos y aquellos que, aunque no son familia aportaron en gran manera a que este proyecto se llevara a cabo.

Al profesor Jonattan Pumarejo, nuestro asesor de investigación por su paciencia, consejos y orientación como también por sus palabras de ánimos y apoyo en los momentos difíciles que tuvimos a lo largo del camino que nos ayudaron a completar este proyecto.

TABLA DE CONTENIDO

Agradecimiento.....	1
Introducción	4
Resumen.....	5
Abstract.....	6
 CAPITULO I	
Planteamiento del problema.....	8
Formulación del problema.....	10
Objetivos.....	11
Objetivo general	11
Objetivo específico.....	11
Justificación.....	12
 CAPUTULO II	
Marcos de referencia.....	15
Antecedentes investigativos.....	15
Marco teórico.....	19
Familia.....	19
Disfunción familiar	27
Salud mental.....	31
Disfunción y salud mental.....	38
Marco geográfico	41
Marco conceptual.....	43
Marco jurídico.....	44
 CAPITULO III	

Marco metodológico.....	47
Tipo de investigación	47
Diseño de investigación.....	47
Método aplicado en la aplicación	47
Población.....	48
Muestra	49
CAPITULO IV	
Análisis de resultados.....	51
Conclusiones.....	65
Recomendaciones.....	67
BIBLIOGRAFÍA	68
Anexo.....	71

Introducción

Según la OMS “la familia es la unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas. La salud de la familia va más allá de las condiciones físicas y mentales de sus miembros; brinda un entorno social para el desarrollo natural y la realización personal de todos los que forman parte de ella”, con esta definición podemos determinar que las familias son el primer sistema social al cual nos enfrentamos, al mismo que estamos influenciados por sus principios, normas y reglas, como también el desarrollo de actitudes que nos van definiendo como personas, es una red que nos proporciona oportunidades culturales de las que dependemos en diferentes áreas como lo que aprendemos, pensamos, sentimos y nos comportamos.

Por tanto, es esencial que ese primer sistema funcione bien ya que en la actualidad las familias no están generando las mejores condiciones en el cual un ser humano pueda mantener una salud mental eficaz a nivel interno-personal y como somos seres sociales por naturaleza esto conlleva a que nos movamos en diferentes contextos y si se tiene una salud mental inestable podemos estar expuestos a ejecutar actividades indebidamente porque nuestros procesos psicológicos estarían desarrollándose de manera inadecuada. Por lo tanto, al no funcionar adecuadamente el sistema familiar genera directamente consecuencias directas a la salud mental, ya que en donde se fundamenta la salud mental si esta tuviese alguna dificultad se desplegarían consecuencias en sus esferas cognitivo-conductuales y efectivas, provocando en muchos casos trastornos mentales como la ansiedad, depresión, psicosis como también problemas de conductas como el consumo de sustancias psicoactivas, violencia, agresión entre otros.

Resumen

El propósito de este proyecto fue analizar las afectaciones en la salud mental causadas por la disfunción familiar en estudiantes de 8vo de secundaria de la Institución Educativa Ricardo González de la ciudad de Valledupar, el objetivo general fue describir las afectaciones a nivel de salud mental en la esfera clínica, como prevalencia de trastornos que afecten las áreas cognitivo-conductuales y afectivas causadas por la disfunción familiar en estudiantes de 8vo de bachillerato de la institución educativa Ricardo Gonzales, la metodología utilizada fue de tipo explicativo, los instrumentos aplicados fueron el APGAR familiar, formato de caracterización y el test SRQ de salud mental, con la participación de 81 estudiantes de edades que oscilan entre 12 a 15 años, de los resultado que se obtuvieron en la implementación de los instrumentos anteriormente mencionados 31 estudiantes puntuaron con disfunción familiar utilizando el instrumento APGAR familiar, con dicha población se procedió aplicarles el formato de caracterización en compañía del test SRQ de salud mental con solo 29 estudiantes con disfunción familiar, los resultados obtenidos fueron, el trastorno mental más prevalente con un 79% fue la psicosis, un 55% presentaron depresión, 37% ansiedad, mientras que solo el 10% epilepsia y por último el alcohol solo tuvo una muestra del 6% de la población. En conclusión, se consideró que la relación más directa entre los trastornos y la disfuncionalidad familia se presentó en depresión y ansiedad, siendo estos los que mayor puntuación obtuvieron, puesto que los síntomas psicóticos estuvieron más relacionados a los cambios de identidad propios en la adolescencia.

Palabras claves: Disfunción familiar, Salud Mental, Trastornos mentales, Adolescencia.

Abstract

The purpose of this project was to analyze the effects on mental health caused by family dysfunction in 8th grade students of the Ricardo González Educational Institution in the city of Valledupar, the general objective was to describe the effects on the mental health level in the clinical sphere, such as the prevalence of disorders that affect the cognitive-behavioral and affective areas caused by family dysfunction in 8th grade students of the Ricardo Gonzales educational institution, the methodology used was of explanatory type, the instruments applied were the family APGAR, characterization format and the SRQ mental health test, with the participation of 81 students of ages ranging from 12 to 15 years, of the results that were obtained in the implementation of the aforementioned instruments 31 students scored with family dysfunction using the family APGAR instrument, with this population we proceeded to apply the characterization format in the company of the SRQ mental health test with only 29 students with family dysfunction, the results obtained were, the most prevalent mental disorder with 79% was psychosis, 55% had depression, 37% anxiety, while only 10% epilepsy and finally alcohol only had a sample of 6% of the population. In conclusion, it was considered that the most direct relationship between family dysfunction and dysfunction occurred in depression and anxiety, with the highest score obtained, since the psychotic symptoms were more related to changes in identity during adolescence.

Keywords: Family dysfunction, Mental health, Mental disorders, Adolescence

CAPITULO I

Planteamiento del problema

Las familias a medida del tiempo han tenido cambios fundamentales para la sociedad, como también los inadecuados procedimientos en cada una de las etapas de la conformación de la familia los cuales han tenido como consecuencia un mal funcionamiento familiar en donde los límites, roles, reglas, comunicación y jerarquía están quebrantadas en el sistema, este fenómeno es definido hoy en día como disfunción familiar descrita por Hunt (2007) citado por Pérez y Reinoza (2011) expresa que se caracteriza por un conjunto de conductas inadecuadas e inmaduras de uno de los padres, que interfiere en el crecimiento individual y la capacidad de establecer relaciones equilibradas entre los miembros del grupo familiar, también la describe cuando la familia está conformada por personas que presentan una inestabilidad a nivel emocional, psicológico y espiritual, también se habla de disfuncionalidad cuando los roles, límites, jerarquías, comunicación y normas, no son concisas o claras en la estructura familiar y como consecuencia dificulta su dinámica familiar. La familia con disfunción se presenta con mucha regularidad los conflictos, malas conductas e incluso el abuso, teniendo en cuenta que este es el primer sistema social donde se le fomenta gran parte de la salud mental y por ende el desarrollo físico, cognitivo, psicológico, socioemocional y afectivo de los niños y adolescentes depende del mismo funcionamiento.

Muchas investigaciones han concordado y comprobado como la disfunción familiar es un componente vital para el desarrollo humano pero aún más como este despliega consecuencias importantes en el transcurrir de la vida de los menores (Jose Gonzales, 2012) expone que “Uno de los problemas de salud derivados de este ambiente adverso es la obesidad infantil, en la que se han identificado diversos factores de riesgo como los trastornos de la dinámica familiar, el maltrato, el abuso y la pobreza intrafamiliar” Otro estudio importante publicado por parte de

Velasco, Álvarez, Carrera y Vázquez (2014) en Ecuador, y con ayuda de datos estadísticos sobre (MIES), reporta que el 42% de denuncias por violencia se da por negligencia, además se informa que existe un incremento de la violencia en la relación padres hijos que del 35% al 44% en los últimos 10 años, esta cifra está seguida por un 25% de niños y niñas que sufre de maltrato psicológico y un 18% de maltrato físico.

Tello (2017) afirma que el maltrato emocional por parte de los cuidadores primarios, genera en el niño según Glaser (2002) citado por Tello (2017) que tiene un impacto psíquico, el cual conlleva dificultades en la adolescencia y vida adulta del individuo, como: trastornos emocionales (baja autoestima, ansiedad o estrés), desórdenes conductuales (como irresponsabilidad, oposicionismo y comportamientos antisociales), bajo desempeño, deceso escolar, agresividad y aislamiento social. Bien pareciera por todo lo anterior que la falta de funciones parentales en las familias disfuncionales genera un efecto psíquico y social negativo en los hijos.

Hay que recordar que la adolescencia es una etapa de cambio constante en lo físico, emocional y lo psíquico. En una escala por edades, la psiquiatra infantil de la Universidad de Sevilla, Rafaela Caballero, asegura que entre un 20% y 35% de los niños y adolescentes expuestos al divorcio o algún tipo de separación física de sus padres, van a presentar problemas emocionales, y que un 10% de éstos continuará con secuelas en su vida adulta.

El grupo de investigación en salud mental – Universidad CES(2010) reporta que los trastornos mentales y los problemas de salud mental parecen haber aumentado considerablemente entre adolescentes en los últimos 20-30 años. Las investigaciones epidemiológicas han demostrado sistemáticamente a nivel mundial que los trastornos mentales y

del comportamiento afectan entre 10% y 15% de los niños, las niñas y los adolescentes. En América Latina y el Caribe, según algunos estudios seleccionados, la prevalencia para cualquier trastorno variaba de 12,7% a 15%. No es un secreto que este es un problema que cada día va aumentando dado que las familias a nivel general están teniendo muchos cambios en las funciones y roles aparte de eso se evidencia muchos problemas de maltrato intrafamiliar, consumo de drogas, delincuencia entre otros, y estos problemas están afectando directamente a este tipo de población como es la adolescencia teniendo alto riesgo de sufrir algún trastorno mental o salud mental que afectaría directamente sus esferas cognitivo, conductuales y afectivas en la etapa más fundamental del desarrollo donde está en pleno desarrollo de su personalidad, prevaleciendo cada día a trastornos emocionales, conductuales y cognitivos.

Formulación del problema

¿Cuáles son las afectaciones en la salud mental causadas por la disfunción familiar en estudiantes de 8vo de bachillerato de la Institución Educativa Ricardo González?

OBJETIVOS

Objetivo general

Describir las afectaciones a nivel de salud mental en la esfera clínica, como prevalencia de trastornos que afecten las áreas cognitivo-conductuales y afectivas causadas por la disfunción familiar en estudiantes de 8vo de bachillerato de la institución educativa Ricardo Gonzales

Objetivo específico

- Examinar el nivel de funcionamiento parental adecuado en el sistema familiar a través del APGAR y formato de caracterización Familiar
- Evaluar las afectaciones afectivas y cognitivo-conductuales de la salud mental a causa de la disfunción familiar presentes en los estudiantes de 8vo de bachillerato de la institución educativa Ricardo Gonzales con respecto a la disfunción parental a través del test SRQ
- Analizar el tipo de familia, sistema parental, dinámica familiar y su relación con las afectaciones a nivel afectivo y cognitivo-conductual en los miembros de sistema familiar.

Justificación

En Colombia la Ley 1616 de 2003 define la salud mental como “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad” para poder ser personas capaces de actuar, pensar y sentir se debe entender que la salud mental es el medio por el cual los seres humanos podemos desarrollarnos y actuar, pensar y sentir de manera adecuada, quiere decir que es de vital importancia entender que componentes pueden afectar el buen funcionamiento de la salud mental

Muchas de las problemáticas que afectan a la sociedad hoy día como las adicciones, bajo rendimiento, trastornos mentales y conductuales tienen su origen en la unidad familiar, que confrontan la realidad social que se viven diariamente, según Rivadeneira & López (2013) define la familia como una estructura social básica donde padres e hijos se relacionan con fuertes lazos afectivos donde influyen los factores y formas de conducta, que son dados especialmente por los padres y van formando un modelos de vida, normas, costumbres, valores que contribuyen en la madurez y autonomía de los hijos, Quintero(2007) define el concepto de la familia como *“el espacio para la socialización del individuo, el desarrollo del afecto y la satisfacción de necesidades sexuales, sociales, emocionales y económicas, y el primer agente trasmisor de normas, valores, símbolos”* es una realidad que desde la primera etapa del ciclo vital los cuidados, las caricias, contacto físico y los buenos tratos que los adultos dedican a sus hijos e hijas, juegan un papel fundamental en la maduración y el desarrollo del cerebro, impactando decididamente en su funcionamiento. (Martinez J. , 2007). así como también contribuyen a lo largo de la vida social (Barudy & Dantagnan, 2005, (...) 1998, Richaud 2005) citado por (Arán,

2013) dice que es donde las funciones más importantes de la familia, en relación con las necesidades de los hijos e hijas, es aportar la estimulación apropiada que haga de ellos y ellas seres con capacidades cognitivas necesarias para relacionarse de modo competente con su entorno físico y así mismo se desarrolla a nivel psicológico sus estructuras (García, 2014) explica que “Las pautas de crianza de los padres y el tipo de funcionamiento familiar parecen ser el eje de un sano desarrollo psicoactivo.”

Como se ha expuesto anteriormente es evidente que la familia es el primer pilar fundamental para el desarrollo cognitivos, conductuales y afectivas en la vida las personas, por dicha razón es realmente importante tanto para nosotros como estudiante indagar una de las bases más importante en la salud mental de las personas, en conocer el que tanto afecta la disfunción familiar en cada uno de sus procesos psicológicos y conductuales en los diferentes contexto de su diario vivir y como este puede llegar a influir en el estilo de vida y personalidad para toda la vida; para nuestra universidad es de vital importancia también ya que eria pionera en este tipo de investigación a nivel regional y mucho más para nuestra carrera de psicología estudiar el funcionamiento de la familia apropiado e inapropiado como un fundamento esencial para el conocimiento del nivel cognitivo, conductual y psicoactivas como base de muchos problemas en la sociedad en general y más específico en los estudiantes de 8vo grado de la Institución Educativa Ricardo Gonzales, en las variables de disfunción familiar relacionadas con los problemas conductuales y académicos de estos estudiante.

CAPITULO II

MARCO DE REFERENCIA

Antecedentes investigativos

Debido a que las variables estudiadas han sido analizadas desde diferentes perspectivas teóricas y empíricas es necesario que para alcanzar una comprensión del fenómeno en cuestión se deban revisar y ahondar en antecedentes investigativos que expliquen ampliamente el objeto de estudio. A continuación se presentara una investigación a nivel internacional titulada la causas de la desintegración familiar y sus consecuencias en el rendimiento escolar y conducta de las alumnas de segundo año de la institución educativa nuestra señora de fátima de piura – Perú en 2013 (Zuazo-Olaya, 2013) esta investigación es de modelo descriptivo comparativo de carácter relacional, empleado la metodología cualitativa, aplicando encuestas y entrevistas a las alumnas para la recolección de datos, Test de conocimientos para determinar cuál es el nivel académico de las alumnas y grupos focales en donde se Los resultados obtenidos revelaron que 52% de las estudiantes opinaron que la separación de sus padres repercute en sus estudios obteniendo bajas notas. Esto debido a la falta de apoyo y tiempo, pues no tienen a quien consultarle sus dudas, y se les hace difícil concentrarse en sus estudios. Además, expresaron que no cuentan con el apoyo de su padre o madre para la realización de sus deberes, o no están pendientes de su desempeño escolar por las múltiples ocupaciones, pues no cuentan con los recursos económicos suficientes para una manutención adecuada.

A todo esto, se suma los quehaceres que deben realizar en casa por la falta de un adulto responsable, disminuyendo el tiempo que le puedan dedicar a sus tareas escolares. Según las entrevistadas, en el centro educativo tampoco reciben ningún tipo de ayuda profesional que los oriente en sus estudios y los ayude a salir adelante. podemos afirmar que el 48% de las alumnas presenta un rendimiento escolar regular seguido de un 44% con rendimiento bajo. Ambas cifras

son muy cercanas y pueden demostrar que, al menos al inicio, la desintegración familiar influye significativamente en el rendimiento académico

Así mismo también encontramos una investigación en el país de Ecuador (TELLO, Disfuncionalidad familiar como factor determinante de las habilidades sociales en adolescentes de la fundación proyecto Don Bosco, 2017) esta investigación analizó la disfuncionalidad familiar como factor determinante de las habilidades sociales de los/las adolescentes de la Fundación Proyecto Don Bosco Fase I de la ciudad de Ambato. Se estudió ambas variables recolectando información relevante como: la dinámica, la estructura, la influencia de la familia en desarrollo psicosocial, así como el desarrollo, las características, los tipos de habilidades sociales y el déficit de las mismas, todo esto con el fin de comprender y sustentar teóricamente el tema de investigación. Al ser un estudio de campo se empleó instrumentos psicométricos como: La Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III) y El Inventario de Situaciones Sociales, además de utilizar la ficha sociodemográfica e historia clínica con la finalidad de obtener información sobre antecedente e historia de vida. Se trabajó con 30 participantes entre 13 a 17 años de edad a través de una investigación de tipo descriptivo, correlacional de corte transversal, lo cual permitió rechazar la hipótesis alternativa, pues los resultados indican que existe una correlación baja positiva entre ambas variables, debido a que se obtuvo un coeficiente de determinación de $R^2 = .047$ mismo que permite entender que la familia disfuncional puede determinar en un 4,7% las habilidades sociales. Se concluye que la familia no es un factor que determine en su totalidad a las habilidades sociales.

A nivel nacional este tipo de investigación también tiene una prevalencia grande. En la ciudad de Sincelejo- Colombia se enfocaron en determinar el grado de Funcionalidad familiar y las funciones familiares de las familias de escolares que presentan comportamientos de riesgo psicosocial en una institución educativa de Sincelejo durante 2015 (Dennys Paternina, 2017) este estudio se realizó con un enfoque cuantitativo, de corte transversal descriptivo para conocer el grado de funcionalidad familiar y relaciones familiares en los escolares que presentaban conductas de riesgo psicosocial. Población constituida por 440 escolares; muestra de 69 escolares con conductas de riesgo psicosociales. Se recolectó la información utilizando la Prueba de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL) y la encuesta de comportamientos agresivos y prosociales (COPRAG) para indagar las conductas de riesgo presentadas. La tabulación se realizó a través del programa sistematizado Epi Info 3.5.4; el análisis utilizó estadística descriptiva y medidas de tendencia central, en el cual percibieron y analizaron que el 83 % (57) de los escolares que presentaban conductas de riesgo eran del género masculino; la mayoría de 11 años de edad; la conducta más observada fue la violencia escolar, morbilidad física y psicológica. Las principales categorías que afectaban la funcionalidad familiar fueron la cohesión y la armonía; los escolares que pertenecían a pandillas, que presentaron ausentismo escolar y algún tipo de morbilidad, provenían de familias clasificadas como disfuncionales, concluyendo que la funcionalidad familiar influye de manera positiva en conductas apropiadas como así mismo la disfuncionalidad afectaba directamente en conductas disociales.

En Valledupar también se ha tenido en cuenta este tipo de investigación (Geomaira Lopez Duque, 2012) llevaron a cabo un estudio titulado la estructura y la dinámica familiar asociadas a la vulnerabilidad hacia el consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes de 10° y 11° AZjornada de la tarde en la Institución Educativa Alfonso Araujo Cotes de Valledupar,

tomo las líneas metodológicas en la investigación cuantitativa, basada en la descripción de la problemática, con una muestra representativa de 13 estudiantes que participaron se tuvieron en cuenta sus características, comportamiento, se utilizó como herramientas de investigación test de familias, Genograma, llegando a la conclusión en la cual observaron que la percepción del apoyo familiar en el adolescente se relaciona con el apoyo social. Los amigos son un referente en cuanto a las normas y los valores para el adolescente, pero si se siente aceptado y escuchado dentro de su hogar, su red social mejora y su proceso de socialización puede completarse más satisfactoriamente. Un apoyo social inadecuado en los adolescentes se ha relacionado con conductas desadaptativas como la violencia. La función familiar y el apoyo social también se relacionan con el consumo de sustancias tóxicas entre los adolescentes: En nuestro estudio hay un incremento significativo del consumo de alcohol y tabaco en adolescentes con disfunciones familiares intensas. Por último, aunque la mayoría de los adolescentes prefieren buena salud física, la presencia de síntomas indicativos de malestar psíquico es elevada y hay una asociación entre la disfunción familiar y los síntomas depresivos.

Marco teórico

Familia:

El concepto de familia hoy por día puede que, allá tenido varios cambios, especialmente en su estructura, función, el rol de los miembros y hasta su dinámica. Define el termino familia como (Eguiluz, 2003) “Un conjunto organizado e intermitente de unidades ligadas entre si por sus reglas de comportamiento y por funciones dinámicas, en constante interacción entre si y en intercambio permanente con el exterior”. Asi como tambien para la OMS “la familia es la unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas. La salud de la familia va más allá de las condiciones físicas y mentales de sus miembros; brinda un entorno social para el desarrollo natural y la realización personal de todos los que forman parte de ella” (Herrera, 2009).

Según el enfoque sistémico, la familia es un conjunto organizado e interdependiente de unidades ligadas entre sí por las reglas de compromiso y por funcione dinámicas, en constante interacción entre si y en intercambio permanente con el exterior. (Raules, 2013) señala que la familia es “el núcleo más primario del ser humano, donde hombres y mujeres inscriben sus primeros sentimientos, vivencias, incorporan principales pautas de comportamientos socialmente aceptadas” p.7. De esta manera, se entiende que la familia da paso al desarrollo del sujeto, debido a su influencia en el desarrollo psicológico, intelectual, social y físico del ser humano.

Desde el enfoque cognitivo-conductual investigadores como (E Muñoz, 2012) mencionan que en la familia las creencias (pensar), las emociones (sentir), los comportamientos (hacer) y el entorno en cual están los miembros son importantes es decir, dentro del ámbito familiar el comportamiento es respuesta ante el comportamiento de otros miembros, que a su vez se encuentra influenciada por diferentes creencias de cómo debe ser y comportarse una familia,

en este proceso aparecen reacciones emocionales que generara una conducta frente a los miembros de la familia de acuerdo a las variables ambientales en las que suceda.

Ciclo vital familiar hasta la adolescencia:

En el ambito social se comprende que la familia pasa por diferentes estadios en la cual como sistema sufre varias trasiciones, crisis o cambios en el proceso de su desarrollo en los que se coloca a prueba la capacidad de cada uno de los miembros para adaptarse en las distintas etapas, a continuacion se describira el ciclo evolutivo de la familia hasta la etapa de adolescencia:

- a) **Constitución de la pareja:** El inicio de la familia se establece mediante la formalización de la pareja, lo cual requiere que ambas personas tengan la disponibilidad física y emocional para formar su hogar. Esta pareja presenta diferentes creencias y expectativas que cada uno ha heredado de su familia de origen, por tal razón en esta etapa la pareja deberá llegar a un acuerdo y establecer su identidad como una nueva familia. (J Estremero, 2004)
- b) **Nacimiento y crianza:** Durante esta etapa se presenta la llegada del primer hijo, lo cual involucra un cambio en la pareja, porque se asumen nuevos roles y funciones, es decir, se convierten en padre y madre. En este punto la madre establece un vínculo cercano con su hijo, mientras que el padre participa desde afuera sosteniendo a esta relación. La incorporación del hijo a la familia genera tensión en la pareja, lo cual conlleva a una crisis, pues comúnmente la madre deja su rol de esposa en segundo lugar, lo cual provoca constantes reproches, dificultad para tomar decisiones o acuerdos, depresión, y cansancio en la pareja (J Estremero, 2004).

- c) **Hijos en edad escolar:** El hijo se desprende de la familia y se pone a prueba todos los valores, creencias, habilidades sociales y destrezas que los padres fomentaron. Los problemas más frecuentes es la dificultad del niño para adaptarse al nuevo entorno (Dealbert, 2009). Por lo tanto, el inicio escolar permite al niño ampliar su red social, en la cual interactuara con otras personas fuera del grupo familiar, empleando sus habilidades sociales y diferentes destrezas aprendidas en núcleo familiar (Tello, 2017).
- d) **Hijos adolescentes:** El sistema familiar con hijos adolescentes se enfrenta a grandes cambios en cuanto a su funcionamiento. Los padres e hijos se encuentran en un conflicto, por un lado, los padres intentan mantener las pautas de relación utilizadas en la infancia, por otra parte, se impone la defensa de la privacidad y autodeterminación por parte de los adolescentes. Por tal motivo, las tareas parentales durante esta etapa son difíciles, ya que los mismos deben aceptar el desarrollo de sus hijos proporcionando un ambiente sano emocional, comunicativo y propiciando nuevos roles para que el adolescente obtenga su identidad-autonomía y decida su futuro familiar, sexual y laboral (Tello, 2017).

Tipos de familia:

Al ser la familia de gran interés es necesario hablar sobre diferentes características como: número de miembros, por su forma, tipo, entre otras, de los cuales encontramos, según Bernal, Infante, Cuesta, Pérez, González, Pérez, Herrera, Pérez, Tejera (2002) actualmente existen diferentes tipos de familias:

1) Familia nuclear:

Una familia nuclear para (Eguiluz, 2003) es considerada “Como la unión de dos personas que comparten un proyecto de vida en común, en que se generan fuertes

sentimientos de pertenecía a dicho grupo, hay un compromiso personal entre los miembros y son intensas las relaciones de intimidad”, de los cuales se desglosan las siguientes:

- a) **Familia monoparental:** Es aquella que está conformada por un solo progenitor ya sea el padre o la madre y sus hijos o hijas, en tal sentido aquí el cuidado, educación y crianza dependerá exclusivamente de uno de ellos (Gozáles, Vandemeulebroecke y Colpin, 2001).
- b) **Familia biparental:** De acuerdo a Bernal et al. (2002), este tipo de familia se puede denominar también como nuclear tradicional ya que en ella existe un matrimonio legalmente constituido e hijos concebidos dentro de él.
- c) **Familia con padres ausentes:** Esta clase de familia se caracteriza por la ausencia de los progenitores, en tal razón dicho rol es frecuentemente desempeñado por uno de los hermanos o hermanas según corresponda. (Tello, 2007)
- d) **Familia reconstituida:** De acuerdo a Espina (2004) se caracteriza por la unión de familias, ya que, por lo general, en esta se unen personas que anteriormente se hallaban casadas y al unirse con cónyuges distintos se conforma con hijos de anteriores matrimonios. (Espina, 2004)

2) **Familia extensa:**

Está constituida por la troncal o múltiple (la de los padres y la de los hijos en convivencia), más la colateral; es decir, se compone de más de una unidad nuclear siempre y cuando coexistan bajo un mismo techo, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas,

incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás (Zuazo-Olaya, 2013).

3) Familia ampliada:

Esta familia se conforma tanto en la familia nuclear cuanto en la familia extensa cuando adicional a sus miembros se suman integrantes que no mantienen vínculos consanguíneos sino más bien de afinidad y convivencia. (Tello, 2007).

Estructura familiar:

Se interpreta que los tipos de familias modifican el comportamiento de todos sus miembros por tal motivo dichos cambios deben ser flexibles para adaptarse y así proporcionar un sustento, funcionalidad y sentido de pertenencia a cada integrante del Sistema familiar. La Familia es un sistema en cual sus miembros interactúan de manera constante, dentro de la misma se establece los elementos de la estructura, mediante los cuales se organiza el modo de relacionarse, convivir y funcionar armónicamente, a esto se lo denomina dinámica familiar (Mendez, 1999), por ello es importante describir los elementos estructurales como:

✓ Límites:

“Son aquellas marcas invisibles que señalan lo que es posible hacer o no al interior de un sistema, regulan las relaciones entre los subsistemas y marcan la diferencia entre los mismos, razón por la cual, también sirven de protección de un espacio individual, de pareja o de grupo” (Gladys Rivadeneira, 2013), quien también dice que estos límites pueden ser:

- **Rígidos:** Se asocian con una relación en donde se impone las reglas, una persona determina lo que el sistema va a ser en su conjunto y lo que cada miembro hace en el interior de este sistema.

- **Flexibles:** Se coligan con una relación en donde existe el dialogo, en la búsqueda de llegar a consensos con una posición de “ganar yo gano”.

- **Difusos:** Se fusionan con una relación en donde no existen orientaciones claras, ni una jerarquía definida.

✓ **Normas:**

“Los miembros de la familia establecen de manera clara y precisa las leyes implícitas, son los acuerdos negociables, los definen de acuerdo a los valores culturales y familiares, también están las normas que deben ser obedecidas y respetadas, para tener equilibrio familiar”. (Bonilla, 2016).

✓ **Roles:** Son los que especifican las tareas que cada miembro de la familia debe desempeñar dentro de la organización familiar, los roles que cumplen están establecidos de acuerdo a la cultura y por la misma familia, conservar la seguridad del sistema familiar es una de las funciones significativas de los roles. (Bonilla, 2016). Para (Membrillo, 2004) los roles representativos de la familia son los siguientes:

a) **Porta voz:** El miembro que ocupa este rol se caracteriza porque habla por los miembros del grupo y no por sí solo, desempeña su papel en función a sus fantasías inconscientes, fantasías de un modelo primario y del grupo en el que se inserta. Cuando el porta voz emite sus fantasías, ansiedades y necesidades, las formula haciendo referencia a su historia personal.

- b) Chivo emisario: Este rol adjudicado se caracteriza, porque en él se depositan todos los aspectos negativos, temores y problemas que el grupo primario ha depositado en este integrante de la familia.
- c) Líder: Es el miembro de grupo, que, en el proceso de adjudicación de roles, en él la familia ha depositado todos los aspectos positivos. El rol se centra en el liderazgo de grupo.
- d) Saboteador: El rol de este integrante de la familia, está en oposición al liderazgo, es decir hay resistencia al cambio.

✓ **Jerarquía:**

“Define la función del poder y sus estructuras en las familias”, lo cual quiere decir que, hablar de jerarquía implica necesariamente hablar del poder, y los circuitos a través de los cuales ejerce poder, esto puede ser autoritario, democrático o universal. Una última definición hace referencia a una jerarquía de niveles de sistemas cada vez más incluyentes. (SIMON, 1993) citado por (Gladys Rivadeneira, 2013). Así también (Ortiz, 2008) clasifica a las jerarquías según 3 estilos. La familia con estilo autoritario opta por reglas poco flexibles, donde no hay lugar para la negociación, comúnmente prevalece la opinión de una persona que tiene todo el poder del grupo. El estilo democrático se da en familias donde existe buena comunicación, hay intercambio de opiniones, buena adaptación durante el ciclo evolutivo de la familia y adecuada resolución de conflictos. Finalmente, el estilo caótico es propio de aquellas familias, donde los límites son difusos, hay ausencia de reglas, comunicación poco clara y evasión de conflictos. Por lo tanto, es importante que las jerarquías sean claras y coherentes para el funcionamiento eficaz del grupo.

- ✓ **Comunicación:** Es uno de los elementos primordial dentro de las relaciones de la dinámica familiar, por medio de la comunicación sus miembros expresan y transmitir emociones, siendo únicos y auténticos en su forma de comunicarse, ninguna es igual a la otra, siempre sobresalen los alores, la forma de resolver problemas. (Bonilla, 2016).

Funciones de la familia:

Las funciones son labores que les corresponde realizar a los distintos miembros de una familia en especial teniendo en cuenta que es un comportamiento reciproco y con consecuencias en sus resultados, segun (Maldonado, 1998) examina las siguientes funciones:

- a) **Biológica:** Esta es la primera función que realizan los padres y la más importante porque engrandece la dimensión humana al transformarlos en padres responsables del futuro de nuevas vidas que ellos mismos contribuyeron en engendrar y formar.
- b) **Socializadora:** Se refiere a la promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la réplica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia.
- c) **Afectiva:** Es la interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.
- d) **Cuidado:** Protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades del grupo familiar: materiales, sociales, financieras y de salud.
- e) **Educativa:** La familia es nuestra primera escuela. Allí se aprenderá las lecciones que han de guiarnos a través de la vida: las lecciones de respeto, obediencia, disciplina, dominio

propio. También se nos preparará para el cumplimiento de los deberes en el hogar y que los integraremos a la sociedad como futuros ciudadanos.

- f) Estatus: Participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.
- g) Reproducción: Provisión de nuevos miembros a la sociedad y desarrollo y ejercicio de la sexualidad.

Disfunción familiar

Una familia disfuncional es aquella en la que los conflictos, la mala conducta y muchas veces el abuso por parte de los miembros individuales se produce continuamente, lo que lleva a otros miembros a acomodarse a tales acciones. A veces los niños crecen en este ambiente con el entendimiento de que tal disposición es normal. (Jose Gonzales, 2012). Al igual, Hunt (2007) citado por Pérez y Reinoza (2011) define a la disfuncionalidad de dos maneras:

- 1- Una familia disfuncional se caracteriza por un conjunto de conductas inadecuadas e inmaduras de uno de los padres, que interfiere en el crecimiento individual y la capacidad de establecer relaciones equilibradas entre los miembros del grupo familiar.
- 2- Este tipo de familia está conformada por personas que presentan una inestabilidad a nivel emocional, psicológico y espiritual. (A. Pérez, 2011)

En este orden de ideas se sustenta con (J C Vargas, 1998) que la ‘‘disfunción familiar es un patrón de conductas desadaptativas e indeterminadas que se presentan, de manera permanente

en uno o varios integrantes de una familia y que al relacionarse con su membresía se genera un clima propicio para el surgimiento de patologías específicas o inespecíficas''.

Características de la disfunción familiar:

Dentro de la disfunción familiar encontramos el desajuste del desarrollo que debería ocurrir correctamente dentro del desempeño de cada uno de los integrantes en la familia ya sean en los roles, comunicación, límites, normas entre otros, los cuales caracterizan los siguientes puntos según (Herrera, 1997) citado por (Saez, 2015) quien argumenta que:

1. No hay bienestar: no existe un apoyo económico necesario para que el individuo pueda desarrollarse, estudiar, ni cuidar la salud de los miembros.
2. No hay una autonomía clara en las partes que la componen, siendo estas o excesivamente dependientes de la opinión del resto de la familia o de necesitar autorización para realizar lo que desee, o bien una independencia total donde no hay un interés por lo que los demás que forman la familia opinen sobre él o sus quehaceres.
3. Que los roles y las reglas sean rígidos, sin capacidad de modificarse ante situaciones que lo requieran o que sean poco claros, es decir, que un mismo miembro cumpla con el rol de hijo y padre a la vez pues este último no puede asumir su rol correspondiente. O que los miembros no sepan que rol se espera que asuman debido a constantes exigencias y jerarquías distorsionadas.
4. Que la comunicación sea incoherente y poco clara, sin demostraciones afectivas a sus miembros. Es decir, la existencia de dobles mensajes o mensajes incongruentes que no llegan a ser comprendidos por los miembros.

5. Hay una incapacidad para adaptarse a situaciones nuevas, de modificar reglas y aceptar que la familia va cambiando de etapa en el ciclo vital y por ende los miembros se van yendo de casa o cambiando su modo de actuar. Así como la incapacidad para adaptarse a situaciones estresantes como muertes de algunos miembros, divorcios, mudarse a otro lado, etc.

Se puede evidenciar que los síntomas típicos pero no universales según menciona Carpio (2007) citado por (Mayorga Lascano, 2013), son los siguientes:

- Los miembros de la familia presentan comportamientos controladores, basados en un estilo autoritario o tradicional.
- Violencia física y emocional
- Padres separados en conflicto permanente
- Desinterés por compartir tiempo en eventos sociales
- Anormales comportamientos sexuales como promiscuidad, adulterio o incesto
- La familia niega haberse visto en eventos sociales.
- Los niños tienen miedo hablar sobre los problemas del hogar, o tienen miedo a sus padres.
- Al asumir los hijos roles parentales, presentan dificultad en su identidad durante la adolescencia.

Tipos de familias disfuncionales:

- 1) **Familias disfuncionales de adicciones:** Existen familias que tienen problemas de adicción, de lo cual dentro de este tema encontramos a manera más amplia algunos tipos de adicción que pueden ser: La adicción de sustancias químicas legales (alcohol, tabaco, medicamentos, azúcares), adicción de sustancias químicas ilegales (cocaína, marihuana), y

también otros tipos de adicciones más atípicos (fornicación, televisión, internet, comida, etc.). El adicto sería en estos casos, el patrón con una conducta constante, pero al mismo tiempo la situación afecta a toda la familia. (Jose Gonzales, 2012)

- 2) **Familias disfuncionales de desórdenes mentales:** “El segundo tipo se trata de familias que tienen casos de conductas disruptivas, lo cual se puede ver por ejemplo en antisocialidad, psicopatías y depresiones” (Gladys Rivadeneira, 2013).
- 3) **Familias disfuncionales por abuso:** En este caso en las familias se puede presentar que exista algún tipo de abuso, sea sexual, psicológico o físico. Aunque se tenga la concepción que el abuso solo se hace de forma sexual, la mayor parte de los casos de abuso, son de forma psicológica, por ejemplo, de amenazas, manipulación, bajar la autoestima, etc. En los casos de abuso sexual, sea dentro de la misma pareja o en casos de incesto, aun cuando el resto de la familia no tenga este conocimiento, será de todas maneras afectada al ver las consecuencias que el abuso lleva en las personas, sea del abusador o del (los) abusado(s). (Jose Gonzales, 2012).
- 4) **Familias disfuncionales de irrealidad:** En estas familias hay un comportamiento neurótico de parte de algunos miembros de la familia, el ser un neurótico se trata de que uno, aunque no niega la realidad, simplemente, no quiere saber nada de ella. Dentro desta neurosis podemos encontrar la histeria, las neurosis de angustia, las neurosis obsesivas y las fóbicas. (Gladys Rivadeneira, 2013).

Salud mental

Según la OMS, es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. También se puede afirmar con la colaboración de (Yolanda Torres de Galvis, 2006) quien define la misma como un estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades así como también son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, el trabajar de forma productiva-fructífera, y contribuir a sus comunidades. Por lo tanto, podemos inferir que la salud mental está direccionada en fomentar la posibilidad de desarrollo y crecimiento de competencias apropiadas en los individuos y para servicio de sus comunidades y así permitirles alcanzar sus propios objetivos, que serían los logros personales de cada individuo.

La Ley No. 375 del 4 de julio de 1997, o Ley de Juventud ampara directamente al joven desde el contexto del derecho, en la cual plantea que el Estado colombiano “debe promover la formación integral del joven que contribuya a su desarrollo físico, psicológico, social, y espiritual”. Se espera que esta construcción que realiza el adolescente como sujeto integral esté sustentada en unas condiciones posibles de salud, donde lo físico y lo mental se conjuguen y complementen. Como lo plantea esta ley, “todo joven tiene derecho a vivir la adolescencia y la juventud como una etapa creativa, vital y formativa”. Como también la Ley 1616 de 2013 o la llamada Ley de Salud Mental, que tiene por objeto garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la

Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud.

Con lo anterior podemos afirmar que una correcta salud mental provee variables que favorecen el desarrollo psíquico, social, personal, familiar entre otros, en las personas y ante esto también corroboramos que es un derecho del Estado colombiano el propiciar dicho desarrollo, por tanto siendo este un derecho y con grandes beneficios, no está de más confirmar que es una necesidad del individuo el tener un desempeño normal en su salud mental, ante todo esto, aunque es un derecho existen irregularidades en algunos casos en los que esto no se desempeña correctamente por ejemplo, Según la UNICEF (2011), se calcula que el 20% de los adolescentes tienen problemas mentales o de comportamiento (...)

Alrededor de la mitad de los trastornos mentales de una vida comienzan antes de los 14 años de edad y el 70% antes de los 24. La frecuencia de trastornos mentales entre los adolescentes ha aumentado en los últimos 20 y 30 años; dicho aumento se atribuye a la ruptura de las estructuras familiares. Por lo que es correcto afirmar que existen diferentes tipos de alteraciones mentales a los que están expuestos los adolescentes en Colombia, los cuales son:

- **La depresión:** La depresión en la adolescencia se manifiesta como un estado generalizado de infelicidad, en el que se expresa tristeza, anhedonia y falta de capacidad de respuesta; destaca una conducta inadecuada inmadurez para superar el duelo por la pérdida de la niñez, adoptando una conducta hostil hacia sus padres o hacia sí mismo. (Javier N. Zapata-Gallardo¹, 2007). Así también en la clasificación del DMS-V dentro de trastornos depresivos, encontramos al trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, que es frecuente entre los niños que acuden a las consultas de salud mental infantil. La prevalencia global del trastorno en los niños y los adolescentes, en un período

de entre 6 meses y 1 año, probablemente sea del 2 y 5%. El rasgo central del trastorno es una irritabilidad crónica, grave y persistente. Esta irritabilidad grave tiene dos manifestaciones clínicas relevantes; la primera engloba los accesos de cólera frecuentes. Estos accesos ocurren típicamente en respuesta a la frustración y pueden ser verbales o conductuales (lo último en forma de agresividad contra objetos, uno mismo y otras personas). Deben ocurrir frecuentemente (p. ej., como promedio, tres o más veces a la semana) en al menos un año y en al menos dos ambientes, como en casa y en el colegio, y deben ser inapropiados para el grado de desarrollo. La segunda manifestación de irritabilidad grave consiste en un estado de ánimo persistentemente irritable o de enfado crónico entre los graves accesos de cólera. Este estado de ánimo irritable o enfadado debe ser característico del niño, debe estar presente la mayor parte del día, casi a diario, y debe ser apreciable por otras personas del entorno del niño. (APA, EEUU).

- **Ansiedad:** Es una expresión afectiva normal, constituye una manifestación deseable de la persona como parte de un proceso de ajuste frente a una demanda de adaptación. Cuando rebasa ciertos límites y adquiere ciertas características, pasa a ser una manifestación anómala, perturbadora, des-adaptativa y generadora de disturbios funcionales y psíquicos. (Enrique Aguilar, 2006) citado por (Martinez P. J., 2016). En el DSM-V, los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas. La ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura y está más a menudo asociada con tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos. Se diferencian del miedo o la ansiedad normal propios del desarrollo por ser excesivos o persistir más allá

de los períodos de desarrollo apropiados. Se distinguen de la ansiedad o el miedo transitorio, a menudo inducido por el estrés, por ser persistentes (p. ej., suelen tener una duración de 6 meses o más). Muchos de los trastornos de ansiedad se desarrollan en la infancia y tienden a persistir si no se tratan. La mayoría aparece más frecuentemente en mujeres que en varones (aproximadamente en una proporción de 2:1). Las características principales del trastorno de ansiedad generalizada son una ansiedad persistente y excesiva y una preocupación sobre varios aspectos, como el trabajo y el rendimiento escolar, que la persona percibe difíciles de controlar. Además, el sujeto experimenta síntomas físicos, como inquietud o sensación de excitación o nerviosismo, fatiga fácil, dificultad para concentrarse o mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño. (American psychiatric association A. T., 2014).

- **Alcoholismo:** Para (Naveillan, 1981), se concibe al alcoholismo como una enfermedad, es un tipo de drogadicción o dependencia de droga y es un déficit adquirido en la capacidad para regular la propia conducta. No se toma en cuenta cualquier conducta en relación con las bebidas alcohólicas sino solo una de ellas, dentro de todas las posibles. Se busca tipificar el fenómeno de modo extremo, “objetivamente”, por lo que ocurre cuando el sujeto bebe. Como también la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo determina como “toda forma de embriaguez que excede el consumo alimenticio tradicional y corriente o que sobrepasa los linderos de costumbres sociales”. Otra fuente informativa es el DMS-V el cual afirma que el trastorno por consumo de alcohol se define como una agrupación de síntomas comportamentales y físicos, entre los que están la abstinencia, la tolerancia y el deseo intenso de consumo. La abstinencia de alcohol se

caracteriza por síntomas que se desarrollan entre 4 y 12 horas después de la reducción del consumo, tras la ingesta de alcohol de forma prolongada e intensa. Algunos de estos síntomas (p. ej., las alteraciones del sueño) pueden perdurar durante meses a baja intensidad y conllevar una recaída. Una vez que se desarrolla un patrón repetitivo e intenso de consumo, las personas con trastorno por consumo de alcohol pueden emplear gran cantidad de tiempo en obtener y consumir bebidas alcohólicas. El deseo intenso de consumo de alcohol se evidencia por una gran urgencia o necesidad de beber que dificulta el pensamiento de cualquier otra cosa y que suele desembocar en el comienzo de la ingesta afectando los rendimientos académico y laboral. La persona podría consumir alcohol incluso en circunstancias peligrosas (p. ej., al conducir un coche, nadar y operar con maquinaria). Finalmente, las personas con trastorno por consumo de alcohol pueden continuar con el consumo a pesar de que saben que dicho comportamiento les ocasiona problemas físicos significativos (p. ej., amnesia, afección hepática), psicológicos (p. ej., depresión), sociales o interpersonales (p. ej., discusiones violentas con la pareja, abuso infantil). Algunos síntomas, como los problemas de conducta, la depresión, la ansiedad y el insomnio, suelen acompañar el consumo abusivo, y en ocasiones pueden precederlo.

- **Psicosis:** Ocurre cuando una persona pierde contacto con la realidad. La persona puede: tener falsas creencias acerca de lo que está sucediendo o de quién es (delirios). Ver o escuchar cosas que no existen (alucinaciones). (Berger, 2016). Según la (American psychiatric association A. , 2014), la característica esencial del trastorno psicótico breve es una alteración que implica el inicio brusco (periodo de 2 semanas) de al menos uno de los siguientes síntomas psicóticos positivos: delirios, alucinaciones, discurso

desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente) o comportamiento psicomotor muy anómalo, incluyendo la catatonía. Un episodio del trastorno dura al menos 1 día, pero menos de 1 mes y el individuo al final retorna por completo al nivel de funcionamiento pre mórbido. Los sujetos con trastorno psicótico breve normalmente experimentan agitación emocional o una gran confusión. Pueden presentar cambios rápidos de un afecto intenso a otro. Parece haber un aumento del riesgo de comportamiento suicida, en especial durante el episodio agudo. El trastorno psicótico breve puede aparecer en la adolescencia o en la vida adulta temprana. El inicio puede tener lugar a lo largo de toda la vida, siendo la edad media de inicio la mitad de la treintena. Por definición, el diagnóstico de trastorno psicótico breve requiere la remisión completa de todos los síntomas y un retorno completo al nivel de funcionamiento premórbido antes de transcurrido 1 mes del inicio del trastorno.

- **Epilepsia:** Según la OMS, la epilepsia se define por dos o más convulsiones no provocadas. Estas convulsiones son episodios breves de movimientos involuntarios que pueden afectar a una parte del cuerpo (convulsiones parciales) o a su totalidad (convulsiones generalizadas) y a veces se acompañan de pérdida de la consciencia y del control de los esfínteres. Las personas con convulsiones tienden a padecer más problemas físicos (tales como fracturas y hematomas derivados de traumatismos relacionados con las convulsiones) y mayores tasas de trastornos psicosociales, entre ellos ansiedad y depresión. Dentro de la relación de este trastorno con la epilepsia encontramos que (Requero, 2018) explica que “existen síndromes específicos de epilepsia que característicamente comienzan durante la adolescencia y pueden implicar una carga neurológica significativa. El conocimiento de estos síndromes es importante en el

tratamiento e implicaciones pronósticas, que generalmente se extienden hasta la edad adulta”, al igual que también define cuatro tipos de epilepsia que pueden presentarse en los adolescentes, las cuales son:

- **Epilepsia mioclónica juvenil (EMJ):** La define como la más frecuente y queda inicio entre los 12-18 años de edad, donde se caracteriza por crisis a los pocos minutos de despertar, de tipo mioclónico y de predominio en hombros y manos, sin alteración de conciencia. La gran mayoría de los pacientes presentan crisis tónico-clónicas generalizadas en relación con la privación de sueño, alcohol o la menstruación. Algunos asocian también ausencias.
- **Epilepsia de ausencia juvenil (EA):** Se da inicio en torno a los 10 años, pero puede darse desde los 5 hasta los 20 años. Cursa con ausencias típicas, menos frecuentes que las de la infancia. Además, hay otros tipos de crisis asociadas: tónico-clónicas (80% de los casos) y mioclónicas (20%). El EEG ictal se caracteriza por una punta-onda lenta generalizada a más de 3 Hz. (...) Las dificultades neurocognitivas leves se presentan con relativa frecuencia e incluyen déficits cognitivos sutiles y dificultades lingüísticas, TDAH o trastornos afectivos / de ansiedad. Parece haber un riesgo mayor con la duración más larga de la enfermedad y una frecuencia de crisis más alta.
- **Epilepsia occipital de la infancia de tipo tardío (tipo Gastaut):** Dice que se inicia en torno a los 8 años con crisis frecuentes que se caracterizan por una clínica visual con alucinaciones, amaurosis, desviación ocular..., puede haber generalización secundaria y, en algunos casos, queda una cefalea residual migrañosa. El EEG interictal se suele encontrar alterado con complejos puntuando en regiones occipitales o temporales

posteriores activados con el cierre ocular. Se recomienda tratamiento con carbamacepina o clobazam.

- **Epilepsia frontal nocturna autosómica dominante:** crisis nocturnas distónicas, muy frecuentes por las noches, con manifestaciones al despertar de expresión de terror, automatismos o hiperquinetismo. Pueden generalizarse. Para diagnosticarlas es necesario hacer un EEG de sueño, en el que se objetiva alteraciones epileptiformes y crisis de origen frontal.

Disfunción familiar y salud mental

A falta de atención o abandono se crean disfunciones en el crecimiento y desarrollo de los hijos, según (Figuerola, 2008) quien también dice que, “vale la pena insistir en el proceso de autonomía y la formación de identidad del adolescente que está aparejando a una responsabilidad creciente y también pasando por momentos difíciles en alcanzar su proyecto vital. El niño que interactúa saludablemente en un clima familiar adecuado adquiere valores de sociabilidad y se es favorecido para el desarrollo cognitivo en el proceso de aprendizaje. Todo ello condiciona formación como el autoconcepto y la autoestima, la concepción de sí mismo, la valoración de sus posibilidades personales y lo que se propone alcanzar en el futuro; estas vivencias marcan su inteligencia, la orientan a un fin, lo hacen aceptarse como parte de un entorno particular y se empieza el proceso de formación de su identidad”. (...) Entonces con esto se podría confirmar las afectaciones cognitivas presentadas en los adolescentes, al igual que otras conductuales como lo dice la misma autora “Así pues, una familia mal estructurada y conflictiva, con un ambiente familiar frustrante, es un punto débil que expone a sus miembros al riesgo de aprender a

responder con agresividad e inadecuación con los iguales y a presentar mas problemas de conducta y psicopatología”. Allí mismo Duncan (1996) citado por (Figuroa, 2008) expone mediante su investigación que los adolescentes de 13 años que eran a la vez agresores y victimas con sus iguales, también tenían en casa relaciones agresivas con sus hermanos, de lo cual se puede concluir que este mismo razonamiento puede extenderse a las comunidades violentas y con interacciones agresivas frecuentes.

Se encontraron algunas investigaciones que sustentan y describen directamente las afectaciones en la salud mental de adolescentes que tienen familias disfuncionales, entre ellas están:

El estudio realizado por “ (Nilda Luz Montez & Andrea Pricila Vera Chavez, 2018)” desarrollado con 416 adolescentes de 15 y 19 años, manifiestan que dentro de los integrantes que pertenecían a familias disfuncionales, estos presentaban como signo de alarma ansiedad grave con síntomas difusos en un 38,8 % de la población, también se observó que existe relación entre la familia disfuncional y la ansiedad, lo cual significa que aquellos estudiantes 30 pertenecientes a una familia disfuncional tienen 7.9 veces mayor probabilidad de tener ansiedad, en comparación con aquellos estudiantes que tienen una familia funcional.

Por otra parte, están quienes describen la depresión en la adolescencia por la frecuencia en pacientes provenientes de familias disfuncionales que en aquellos con límites familiares claros. En el estudio realizado sobre “Disfuncionalidad familiar y su relación con la depresión en los adolescentes del ciclo diversificado en la Unidad Educativa Herlinda Toral de Cuenca” (Tapia, 2014) determinaron que de 200 adolescentes encuestados existió relación entre disfuncionalidad familiar y depresión en un 48,5%. De los adolescentes, el 50% presentó

disfuncionalidad familiar y el 43,5% depresión, entre las edades de 14-16 años, siendo el sexo femenino el que presentó mayor frecuencia para disfuncionalidad familiar y depresión con un 65% y 60% respectivamente.

Así también de acuerdo a un estudio realizado que destaca la alta correlación entre las familias disfuncionales y la exposición a la agresión que se da por los problemas de conducta de los adolescentes que no se sienten totalmente satisfechos por la ayuda que reciben de sus familias cuando presentan la necesidad de compartir algunos de sus problemas. Otro de los indicadores encontrados dentro de esta problemática, está el hecho de que no están satisfechos por la forma de como su familia brinda el tiempo para estar juntos, para expresarles afecto y responder a sus emociones tales como rabia, tristeza, amor.

Marco conceptual

La salud mental es un proceso de construcción constantemente en donde nuestro entorno favorece positiva o negativamente en la salud mental, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) describe la salud mental como: “... un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta que sus propias aptitudes, puede afrontar presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” es decir la salud mental es la base para el bienestar y funcionamiento efectivo de todo los seres humanos, en este mismo sentido un mal funcionamiento en la salud mental puede traer consigo enfermedades mentales (Posada, 2013) informa que “en Colombia, 2003, el 40 % de la población colombiana entre 18 y 65 años ha sufrido, está sufriendo o sufrirá alguna vez en la vida un trastorno psiquiátrico diagnosticado... Los trastornos de ansiedad encabezan la lista (19,5 %); luego siguen los trastornos del estado de ánimo (13,3 %), los trastornos por control de impulsos (9,3 %) y los relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas (9,4 %)” la sociedad cada día presenta en mayor cantidad trastornos mentales en los cuales los jóvenes y adolescentes no son la excepción, como los trastornos de ánimo, ansiedad, conducta entre otros.

El primer sistema social en el se encuentra el ser humano al nacer es la familia según (Eguiluz, 2003) “la familia es un conjunto organizado e interdependiente de unidades ligadas entre sí por las reglas de comportamiento y por funciones dinámicas, en constante interacción entre sí y en intercambio permanente con el exterior.” Es decir que en este sistema es donde aprendemos como pensar, sentir y comportarnos “la salud familia va más allá de las condiciones físicas y mentales de sus miembros; brinda un entorno social para el desarrollo natural y la realización personal de todos los que forman parte de ella” (CASTRO HERRERA, 2009) una familia funcional es la clave para poder transmitir y ofrecer una excelente salud a sus integrantes,

en contra parte a esto el mal funcionamiento familiar puede conllevar que sus integrantes enfermedades.

La disfunción familiar es definida como (Jose Gonzales, 2012) “Es una familia en la que los conflictos, la mala conducta, y muchas veces el abuso por parte de los miembros individuales se produce continuamente y regularmente, lo que lleva a otros miembros a acomodarse a tales acciones.” Como se puede percibir las familias disfuncionales no aportan un buen ambiente en donde puede un adolescente desarrollarse integralmente, por lo tanto, la familia puede llegar a permitir la prevalencia de trastornos mentales en los adolescentes, ciclo en donde pasan de ser niños a adulto experimentando cambios físicos, mentales y emocionales propios de la etapa, en donde la familia juega un papel fundamental en ello.

Con base en esto desarrolla una investigación para explicar cuáles son las afectaciones que la salud mental que pudieran causar la disfunción familiar en los adolescentes y como esto llega afectar sus procesos mentales.

Marco geográfico

El área geográfica donde se realizó el proyecto de investigación está situada en el departamento del Cesar el cual se encuentra al noreste del país, en las regiones andina y Caribe, la ciudad capital del departamento es Valledupar, allí mismo en la zona norte, específicamente en el barrio La Nevada (comuna V) se encuentra la Institución Educativa Ricardo Gonzalez de estrato 2 que brinda el servicio de formación educativa primaria y secundaria, a por lo menos unos 1.500 estudiantes, su ubicación referencial es Diagonal 10 # 42-163.



Marco legal

En comunión con las leyes que garantizan y protegen los derechos humanos de los habitantes de Colombia, se cita a continuación la ley 1090 del 2006 en el Título VII con Capítulo I y artículos 16, 17, 23, 26, 29 y 31:

Artículo 16. En la prestación de sus servicios, el profesional no hará ninguna discriminación de personas por razón de nacimiento, edad, raza, sexo, credo, ideología, nacionalidad, clase social, o cualquier otra diferencia, fundamentado en el respeto a la vida y dignidad de los seres humanos.

Artículo 17. El profesional en sus informes escritos, deberá ser sumamente cauto, prudente y crítico, frente a nociones que fácilmente degeneran en etiquetas de desvaloración discriminatorias del género, raza o condición social.

ARTÍCULO 23. El profesional está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razones del ejercicio de su profesión haya recibido información.

Artículo 26. Los informes psicológicos realizados a petición de instituciones u organizaciones en general, estarán sometidos al mismo deber y derecho general de confidencialidad antes establecido, quedando tanto el profesional como la correspondiente instancia solicitante obligados a no darles difusión fuera del estricto marco para el que fueron recabados.

Artículo 29. La exposición oral, impresa, audiovisual u otra, de casos clínicos o ilustrativos con fines didácticos o de comunicación o divulgación científica, debe hacerse de modo que no sea posible la identificación de la persona, grupo o institución de que se trata, o en

el caso de que el medio utilizado conlleve la posibilidad de identificación del sujeto, será necesario su consentimiento previo y explícito.

Artículo 31. Para la presencia, manifiesta o reservada de terceras personas, innecesarias para el acto profesional, tales como alumnos en prácticas o profesionales en formación, se requiere el previo consentimiento del usuario.

Puesto que esta investigación se realizó con menores de edad, primeramente, se procedió en entregar a los padres de familia el consentimiento informado el cual estaba sujeto a la decisión de los padres en permitir o no la participación de sus hijos en nuestra investigación.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

Tipo de investigación

Mixto, donde se combinaron el método cuantitativo y cualitativo ya que este nos ofrece unos resultados numéricos de las variables como también nos dio resultados de las cualidades en las variables y una explicación más detallada en los resultados.

Diseño de la investigación

La investigación se concibe de carácter descriptivo con un diseño no experimental de corte transversal. (Hernández, et al. 2010). Esta metodología se ajusta a los objetivos de la investigación debido a que nos permite exponer el fenómeno estudiado, identificando y describiendo de manera detallada sus principales características.

Método aplicado de la investigación

Explicativo, según Sampieri (2014) "su interés se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se manifiesta o por qué se relacionan dos o más variables."

Para la recolección de datos se emplearon:

1. Test SRQ: Que consta de datos sociodemográficos (edad, sexo, procedencia) preguntas cerradas dicotómicas sobre ansiedad, depresión, consumo de alcohol, síntomas psicóticos y epilepsia, los mismos que fueron enfocados de acuerdo a los objetivos antes planteados.

Puntuación e interpretación: Cada respuesta positiva equivaldrá a un (1) punto, así, si el usuario tiene mayor a 7 puntos, de las preguntas 2, 3, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, se considera que el usuario puede estar presentando depresión. La ansiedad se valora con las preguntas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 19, 20; mayor a 5 respuestas afirmativas indican ansiedad. Las preguntas 21 a 24

evalúan síntomas psicóticos, con una o más respuestas afirmativas indican síntomas serios o necesidad de ayuda. La pregunta 25 evalúa epilepsia. Y una sola respuesta positiva en las preguntas 26 a 30 significa problemas relacionados con el consumo de alcohol.

2. APGAR Familiar: Es un cuestionario de cinco preguntas, que busca evidenciar el estado funcional de la familia, funcionando como una escala en la cual el entrevistado coloca su opinión al respecto del funcionamiento de la familia para algunos temas clave considerados marcadores de las principales funciones de la familia. Se anota una de las tres posibilidades, puntuándose de la siguiente manera: Casi siempre: (2 puntos); Algunas veces. (1 punto); Casi nunca: (0 puntos). Las puntuaciones de cada una de las cinco preguntas se suman posteriormente. Una puntuación de 7 a 10 sugiere una familia muy funcional, una puntuación de 4 a 6 sugiere una familia moderadamente disfuncional y una puntuación de 0 a 3 sugiere una familia con grave disfunción.

3. Formato de caracterización: Es un formato donde se realizan preguntas para indagar las características de la población que se está investigando, como la edad, sexo, ocupación de los padres, cuantas personas viven en casa, como también preguntas sobre la percepción de la problemática frente a su vida diaria. El formato está conformado por 8 preguntas sociodemográficas y 10 preguntas relacionadas a la temática.

Población

La población utilizada son los estudiantes de bachiller de la Institución Educativa Ricardo Gonzales, situada en el barrio La Nevada con estrato socioeconómico 2 la institución cuenta con un promedio de 800 estudiantes en nivel secundario.

Muestra

La muestra está compuesta por 85 estudiantes de la Institución Educativa Ricardo Gonzales del grado 8vo 01-02-03 de bachillerato con un promedio de edad de 13 a 15 años, se seleccionaron 31 niños y 54 niñas. Se utilizó un tipo de muestra no probabilística la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador. Sampieri (2014) Se tuvo en cuenta como criterio de inclusión los estudiantes que puntuaron en el test de APGAR familiar con resultado de disfuncionalidad familiar el cual de los 85 estudiantes encuestados 31 puntuaron con disfunción familiar; por lo anterior en esta oportunidad los participantes de la muestra debían tener como requisito pertenecer a una familia disfuncional para así permitirnos evaluar la salud mental y su prevalencia de trastornos que tiene afectaciones cognitivo - conductuales y afectivas.

CAPITULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Resultados

Prueba de APGAR familiar

Tabla 1. Resultado de la aplicación del test APGAR

<i>FUNCIONAMIENTO</i>	<i>N°</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Funcionalidad</i>	<i>54</i>	<i>63.53</i>
<i>Disfuncionalidad</i>	<i>31</i>	<i>36.47</i>
<i>Total</i>	<i>85</i>	<i>100.00</i>

Se le aplicó el test APGAR a 85 estudiantes, de los cuales 54 estudiantes puntuaron con alta funcionalidad familiar, en contraparte 31 estudiantes presentaron disfuncionalidad familiar.

Tabla 2. Sexo de estudiantes con disfuncionalidad

<i>ESTUDIANTES</i>	<i>N°</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>FEMENINO</i>	<i>20</i>	<i>64.52</i>
<i>MASCULINO</i>	<i>11</i>	<i>35.48</i>
<i>TOTAL</i>	<i>31</i>	<i>100.00</i>

Los estudiantes que puntuaron con disfuncionalidad familiar se pueden analizar que el 64 % de los estudiantes son femeninos y el 35 % son masculino.

Formato de caracterización

Con base al formato de caracterización se logró analizar los siguientes datos de la población que presento disfunción familiar, en el que se pudo analizar que la mayoría de sus padres/cuidador laboran y que sus ocupaciones varían entre oficios varios o independientes, maestros de obra, mecánicos, conductores, comerciantes, manicuristas, etc. Por lo tanto, se evidencio que existe una muestra baja de padres/cuidador que tengan trabajo fijo en una empresa y estén devengando un salario estable.

Por otro parte el 58% de las mujeres encuestadas conviven en promedio con 1 a 4 personas en una misma casa y el resto de la población que serían el 42% viven con más de 5 personas en casa, a comparación con la población masculina donde el 41% habitan con 1 a 4 familiares y el 59% vive con 5 o más familiares, esto quiere decir que los estudiantes encuestados conviven en promedio de 4 a 7 personas en una misma vivienda.

En los hogares de las mujeres el 42% representan 1 persona por vivienda que consumen alcohol frecuentemente a diferencia de los hombres que solo el 16%, el cual equivale a una sola persona de toda la población que en su hogar consumen alcohol reiteradamente.

Tabla 2. Edad de los estudiantes

N°	MUJERES	HOMBRES
<i>12 años</i>	3	0
<i>13 años</i>	11	7
<i>14 años</i>	3	4
<i>15 años</i>	0	1
<i>Total</i>	17	12

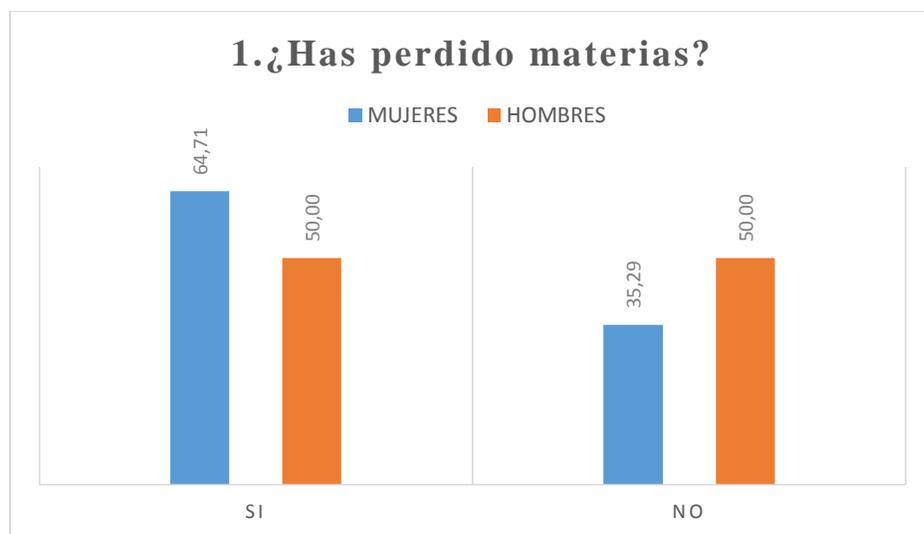
El promedio de edad de los estudiantes oscila entre 12 y 15 años siendo la edad de 13 años la más prevalente en los mismos, edad en donde empieza los cambios del ciclo vital por la transición hacia la adolescencia.

Tabla 4. Tipología de familiar

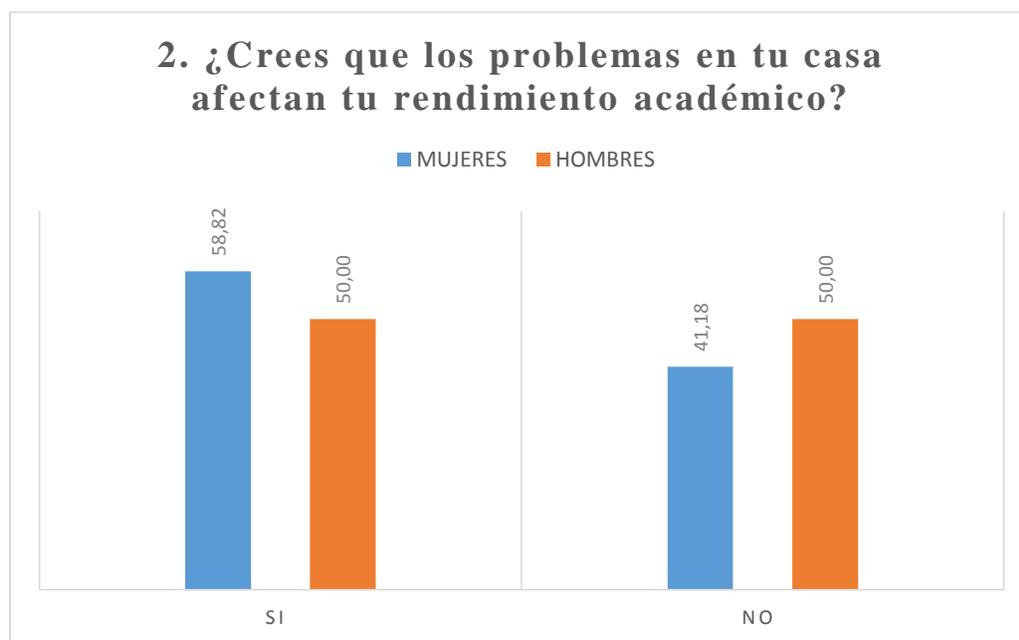
TIPOS	FEMENINO	MASCULINO
<i>Nuclear</i>	6	7
<i>Extensa</i>	1	0
<i>Monoparental</i>	3	3
<i>Monoparental Extensa</i>	3	1
<i>Reconstituida</i>	3	0
<i>No Parental</i>	1	1

Se considera que la mayoría de los estudiantes se encuentran en una familia de tipología nuclear, percibiendo de esta manera que la disfunción familiar no tiene relación directa con el tipo de familia sino más bien por el funcionamiento que ellos mismos ejecutan. El grupo de estudiantes femeninos presenta más variedad en la tipología familiar, aunque también persista el tipo nuclear existe una coincidencia en las mismas cantidades con monoparental, monoparental extensa y reconstituida.

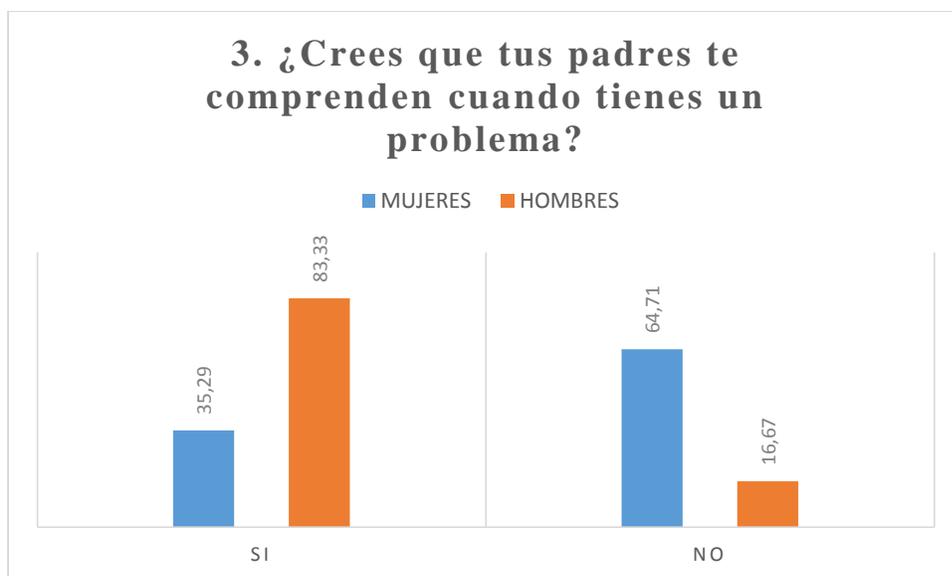
Con base a las preguntas del formato de caracterización en donde se evaluaron las consecuencias de la disfunción familiar se logró evidenciar lo siguiente:



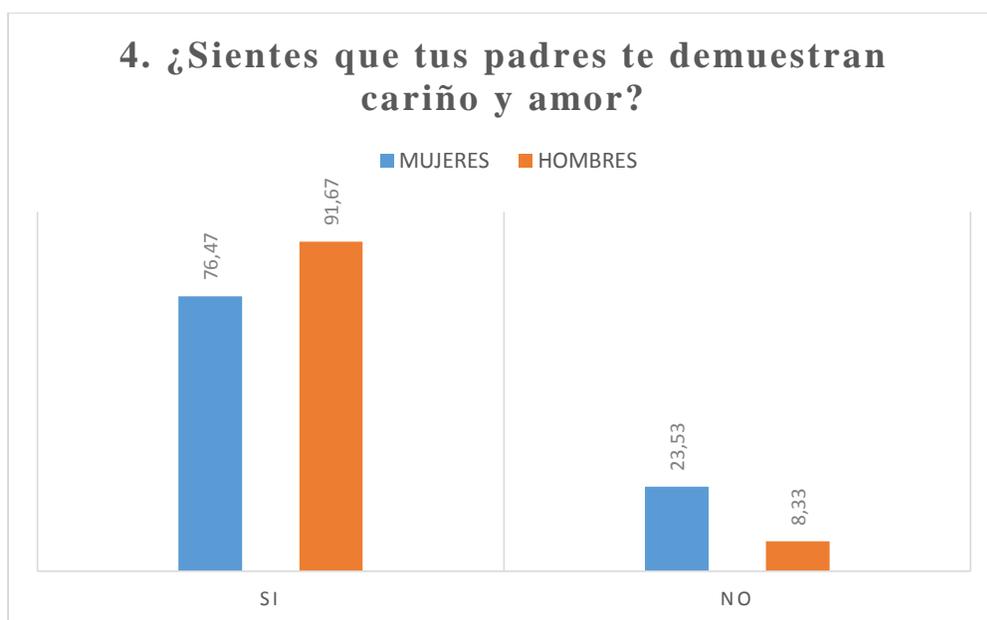
Grafica 1. La pregunta número uno del cuestionario de caracterización nos muestra que un 64,71 de las mujeres afirmar haber perdido materias, mientras que el 35,29 niegan haberlo hecho. En cuanto a la población de los hombres estos se dividen por mitad afirmando y negando dicha pregunta.



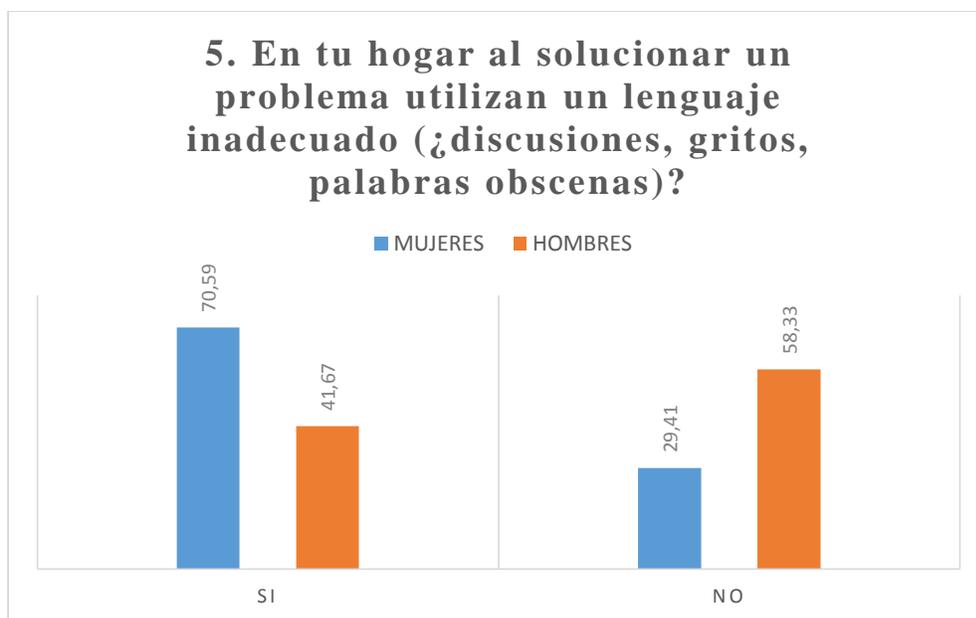
Grafica 2. En la pregunta número dos del cuestionario de caracterización se evidencia que las mujeres estudiantes perciben una relación directamente entre su rendimiento académico y los problemas en sus hogares, mientras que la mitad de la población masculina dijeron que no.



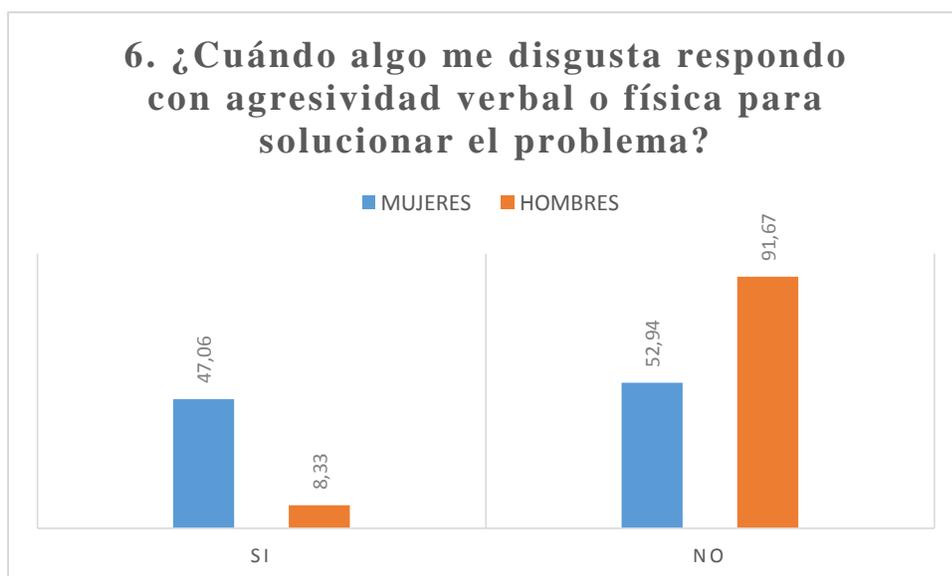
Grafica 3. El género femenino en un 64 % percibe que sus padres no las comprende y en contraparte con género masculino representa un 83% que si son comprendidos por sus padres.



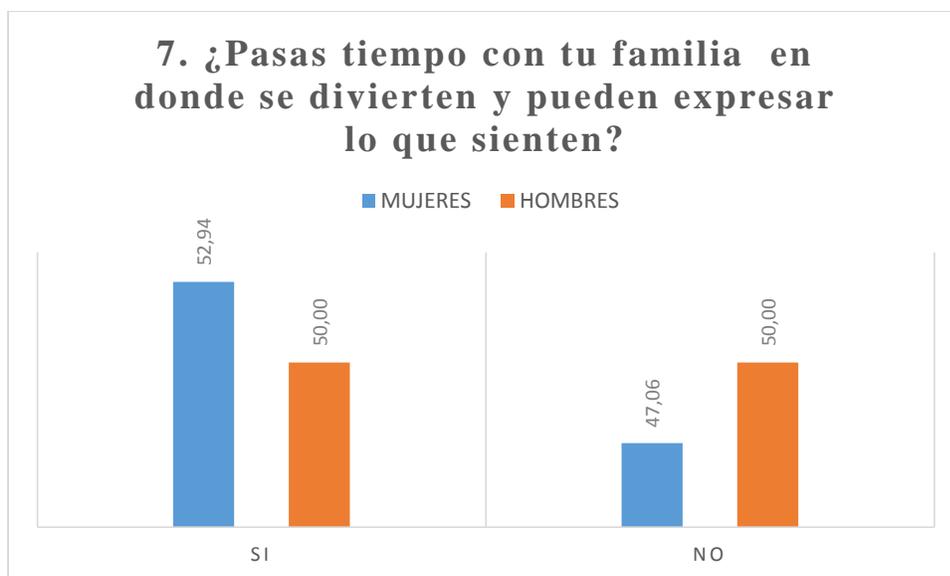
Grafica 4. Los estudiantes en su mayoría se sienten amados y queridos por sus progenitores.



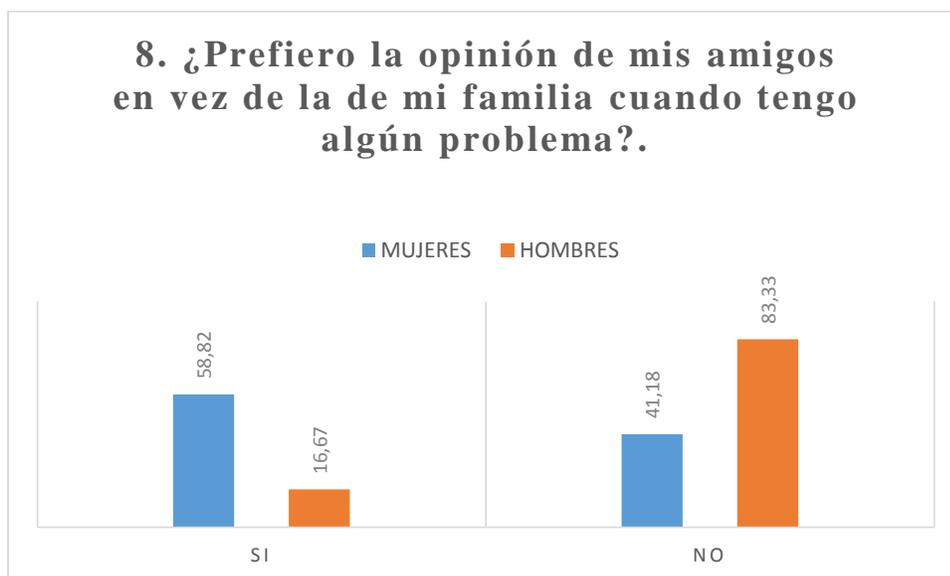
Grafica 5. El 70% de las mujeres presencia que la forma de solucionar los problemas en su hogar es por medio del lenguaje inadecuado, mientras que los hombres en 58% un poco mas de la mitad también percibe este mismo tipo de conducta.



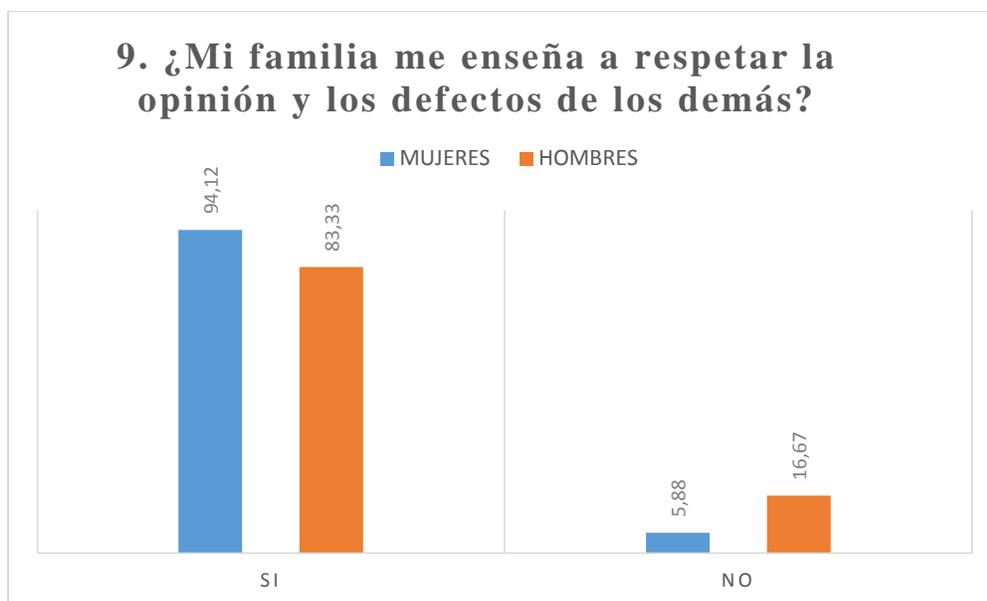
Grafica 6. Las preguntas 5 y 6 se encuentran relacionadas por lo cual se puede inferir que, aunque en sus hogares resuelven sus problemas con algún tipo de violencia, lo estudiantes no responden con agresividad frente a los problemas, aunque en el sexo femenino se presente un 47% de presencia de la conducta agresiva.



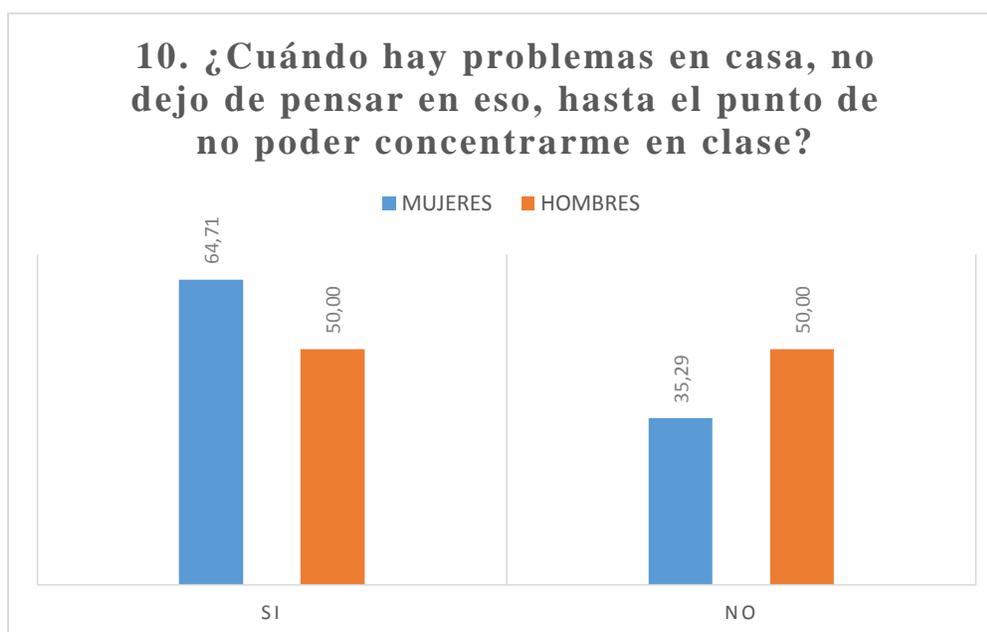
Grafica 7. El 50 % de los estudiantes en promedio pasan tiempo con sus familias en donde tienen la oportunidad de compartir y expresar sus emociones.



Grafica 8. La opinión de los amigos prevalece en un 58% en las mujeres que la opinión de su familia, por lo contrario, los hombres en un 83% prefieren la opinión de su familia antes que la de sus amigos.



Grafica 9. La mayoría de los padres de los menores encuestados enseñan a sus hijos a respetar las diferencias individuales de los demás.



Grafica 10. En la pregunta número diez del cuestionario de caracterización, al igual que la pregunta 1 y 2 se evidencia que los problemas en las familias afectan significativamente en el aprendizaje y los procesos mentales superiores de los estudiantes en las mujeres puntuando en promedio el mismo porcentaje, así mismo en los hombres estando el 50% mostrando que si hay interferencia en su concentración respecto a los problemas en su familia.

Resultados des test SRQ

Tabla 5. SRQ

	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>
<i>Depresión (DEP)</i>	<i>11</i>	<i>5</i>
<i>Ansiedad (ANC)</i>	<i>7</i>	<i>4</i>
<i>Epilepsia (EPIL)</i>	<i>1</i>	<i>3</i>
<i>Psicosis (PSICS)</i>	<i>13</i>	<i>10</i>
<i>Alcoholismo (ALC)</i>	<i>2</i>	<i>0</i>
<i>Sin Ningún Trastorno</i>	<i>0</i>	<i>1</i>

De acuerdo a los datos obtenidos se muestra que el trastorno más prevalente es la psicosis en los dos géneros, también manifiesta que las mujeres puntúan con mayor comorbilidad de trastornos los cuales son depresión, ansiedad y psicosis a comparación con el sexo masculino, aunque la cantidad de la población no es igual al de las mujeres también alcanzo con un 33% de individuos con comorbilidad, así como también que la incidencia al alcohol a nivel general no fue tan representativa.

Tabla 6. Comorbilidad de los trastornos

TRASTORNO	MUJERES	HOMBRE
<i>Dep-Alc</i>	1	0
<i>Dep- Psics</i>	0	2
<i>Dep-Psics-Epil</i>	1	0
<i>Dep- Anc- Psic</i>	6	2
<i>Dep-Anc-Epil-Psics</i>	1	1
<i>Dep-Anc-Psics-Alc</i>	1	0
TOTAL	10	5

La mayor comorbilidad se encuentra en el sexo femenino en los trastornos de depresión, ansiedad y psicosis específicamente en 6 mujeres, con respecto a los varones solo fueron dos casos que puntuaron también con depresión, psicosis y ansiedad, por otra parte, solo dos varones presentaron depresión y psicosis. Vale aclarar que en los demás grupos de comorbilidad solo se presentaban de una en cada estudiante.

Discusión de los resultados

La mayoría de los estudiantes encuestados que pertenecen a una familia disfuncional puntuaron en el test de salud mental con algún trastorno e incluso en el caso de las mujeres más de la mitad presentaron comorbilidad con otro trastorno y en los hombres casi la mitad presento comorbilidad. Con base a los resultados de los 29 estudiantes encuestados la psicosis fue el trastorno mental más prevalente en un 79% de la población, en un 55% presentaron depresión y un 37% ansiedad, mientras que solo el 10% epilepsia y por último el alcohol solo tuvo una muestra del 6% de la población. La edad donde se prestaron algunos trastornos antes mencionados fueron estudiantes con 13 años. En cuanto a la implementación se pudieron obtener algunos resultados del cuestionario de caracterización logrando identificar los tipos de familia en la población escogida, la familia nuclear representa con un 48% de la muestra, la familia monoparental con el 20%, el 13% monoparental extensa y por último 10% tendría lugar al tipo reconstituida.

Según (Nilda Luz Montez & Andrea Pricila Vera Chavez, 2018) dice que existe relación entre la familia disfuncional y la ansiedad, lo cual significa que aquellos estudiantes de los cuales 30 pertenecientes a una familia disfuncional tienen 7.9 veces mayor probabilidad de tener ansiedad. Con base a nuestros resultados y en apoyo con lo anterior podemos deducir que existe una relación directa entre la depresión y la ansiedad a manera general con todos los resultados de la población que puntuaron con disfunción familiar, puesto que el índice de estos dos trastornos es notablemente marcado, es posible que de cada 3 adolescente 1 sufra depresión y/o ansiedad si tiene disfuncionalidad en su hogar, como no los muestra (Tapia, 2014) en donde dice que existe una relación entre disfuncionalidad familiar y depresión, de los adolescentes el 50% presenta disfuncionalidad familiar y el 43,5% depresión, oscilando entre las edades de 14-16 años, siendo

el sexo femenino el que presentó mayor frecuencia para disfuncionalidad familiar y depresión con un 65% y 60% respectivamente.

Según Erik Erikson (1902-1994) citado por, (Ives, 2014) quien argumenta que el adolescente suele tener sentimientos contradictorios, pasando de sentimientos de vulnerabilidad exacerbado a tener grandes perspectivas individuales (...) Los que reciben el estímulo y refuerzo adecuados a través de la exploración personal saldrán de esta etapa con un fuerte sentido de sí mismos y una sensación de independencia y control. Los que continúan inseguros con sus creencias y deseos tienden a experimentar inseguridad y confusión acerca de su identidad y futuro. Con base en esto se puede hacer un análisis sobre la alta frecuencia en los resultados de psicosis en los menores, en las preguntas 21 a 24 de SRQ que identifican síntomas psicóticos en donde con una o dos respuesta afirmativas puntuaba en este trastornos, algunas de estas preguntas fueron ¿Sientes que alguien ha tratado de herirte de alguna forma?”, “¿Eres una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?”, “¿Has notado interferencias o algo raro en tu pensamiento?”, etc. entendiéndose que en esta etapa los adolescentes están empezando un nuevo ciclo vital lleno de cambios físicos, psicológicos y sociales por lo cual es totalmente normal que el adolescente tenga este tipos de pensamiento como manifestaciones normales de su etapa por la búsqueda de su identidad, presencia de bullying entre sus compañeros de clases, la carga horaria, cambios hormonales que pueden justificar respuesta positivas en las preguntas.

En el SRQ los resultados que puntuaron a epilepsia fueron del 13%, que, aunque no sea una muestra altamente representativa se puede explicar que las manifestaciones que afirman este 13% son debidas a lo que dice (Requero, 2018) en que existen síndromes específicos de epilepsia que característicamente comienzan durante la adolescencia y pueden implicar una carga

neurológica significativa. Haciendo relación a todos los procesos hormonales que caracterizan esta etapa.

Por otra parte, aunque el consumo de alcohol no fue alto en todos los resultados generales si se pudo evidenciar una relación notable en la población femenina puesto que se demostró en los resultados del formato de caracterización que el 42% si manifiesta que por lo menos un familiar que convive con ellas consumen alcohol frecuentemente, con esto hacemos relación que la incidencia a tomar alcohol puede surgir por modelamiento ya que en los resultados del SRQ el 11% de las mujeres puntuaron a tener tendencia a beber alcohol. Otra relación que se pudo realizar con esta misma población, se encontró que el 64% manifiesta que sus padres/cuidador no las comprenden y el 59% prefieren la opinión de sus amigos que la de sus familiares cuando tienen algún problema. (Geomaira Lopez Duque, 2012) afirma que los amigos son un referente en cuanto a las normas y los valores para el adolescente, pero si se siente aceptado y escuchado dentro de su hogar, su red social mejora y su proceso de socialización puede completarse más satisfactoriamente (...) La función familiar y el apoyo social también se relacionan con el consumo de sustancias tóxicas entre los adolescentes: En su estudio hay un incremento significativo del consumo de alcohol y tabaco en adolescentes con disfunciones familiares intensas.

A demás de la prevalencia en depresión, ansiedad y psicosis como consecuencia de la disfuncionalidad familiar también se presentan otras consecuencias cognitivas, conductuales y afectivas, las cuales podemos evaluar por medio de las pregunta número 2 que hace referencia en si creen o no, que los problemas en casa afectan su rendimiento académico y la numero 10 que consistía en afirmar o niegan, que cuando hay problemas en casa, no dejan de pensar en eso, hasta el punto de no poder concentrarse en clase, estas preguntas las realizamos con el formato

de caracterización, donde el 58% de los estudiantes respondieron que si siente que su rendimiento se ve directamente afectado por la disfuncionalidad familiar.

Aunque hubo una puntuación significativa del 58% en la pregunta número 5 del formato de caracterización, la cual hace referencia a cuestionar si sus padres utilizar un lenguaje inadecuado como discusiones, gritos y palabras obscenas al momento de solucionar un problema está en relación con la pregunta número 6 del mismo formato se evidencio que un 69% de los jóvenes si algo les disgusta no responden con agresividad verbal o física para solucionar el problema, por lo que podríamos decir que aunque exista disfuncionalidad familiar y un ambiente con lenguaje soez, los jóvenes no se ven notoriamente condicionados a responder agresivamente al momento de solucionar algún problema o situación.

CONCLUSIONES

De lo anterior podemos decir que la cantidad de estudiantes con disfunción no es tan considerable en comparación con la población total, además de esto se logra analizar por géneros, en primera instancia la población femenina tuvo mayor sensibilidad en evaluar su funcionamiento familiar, afirmando que sus problemas familiares afectan su rendimiento académico,

La relación más directa entre los trastornos y la disfuncionalidad familia se presentó en depresión y ansiedad, siendo estos los que mayor puntuación obtuvieron, puesto que los síntomas psicóticos estuvieron más relacionados a los cambios de identidad propios en la adolescencia.

El consumo de alcohol no presento puntuación en la muestra masculina, pero sin embargo en la muestra femenina las mujeres obtuvieron una puntuación de 11% en donde se encontró relación con la presencia de que sus hogares se por lo menos una persona que consume alcohol reiteradamente y el no sentirse comprendidas por sus padres durante un problema.

La presencia de agresión verbal como forma de solucionar los problemas en sus hogares no se encuentra relacionada con la manera de resolver los conflictos con conductas en los hombres, más sin embargo las mujeres si se ven influenciadas ya que presentaron que tienden a responder agresivamente frente a los problemas cotidianos. Aun así, no se presentó una muestra significativa en donde se evidencie la relación de la violencia y agresión con la disfunción familiar.

De manera general los encuestados en el formato de caracterización mostraron sentirse queridos y amados por sus familiares, puesto a esto se analiza que no se encuentra relación con la disfunción familiar y el ámbito afectivo de los estudiantes.

RECOMENDACIONES

Se recomienda hacer un estudio comparativo de salud mental en estudiantes con funcionalidad familiar y disfuncionalidad, con el objetivo de analizar si la prevalencia a algunos trastornos está relacionada con la disfunción familiar. Como también, si los cambios psicológicos y emocionales propios del ciclo vital en la adolescencia tendrían una incidencia desencadenante en la adquisición o desarrollo de algún trastorno.

Seguir investigando los síntomas relacionados con los trastornos de depresión y psicosis, pues ameritan una mayor investigación para tomar medidas a futuro a manera de prevención o intervención oportuna.

Indagar sobre los antecedentes familiares de la población con prevalencia de algún trastorno en su familia o la exposición ambiental a estos tipos de trastornos mentales.

BIBLIOGRAFÍA

- A. Pérez, M. R. (2011). El educador y la familia disfuncional. *Educere*, 629-624.
- American psychiatric association, A. (2014). *MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES DSM-5, Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos*. EEUU: American psychiatric association, A.P.A.
- American psychiatric association, A. T. (2014). *MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES DSM-5*. EEUU: American psychiatric association, A.P.A. .
- APA, A. p. (EEUU). *MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES DSM-5. Trastorno Depresivo DSM-5*, 156-158.
- Arán, J. V. (2013). *Importancia de la Parentalidad para el Desarrollo Cognitivo Infantil: una Revisión Teórica* . Argentina.
- Berger, F. K. (11 de March de 2016). *MedlinePlus enciclopedia médica*. Obtenido de MedlinePlus enciclopedia médica: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001553.htm>
- Bonilla, J. C. (2016). *El autoestima y su influencia en la adaptación familiar de los adolescentes de noveno año del colegio nacional picaihua*. Ecuador: UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO.
- Dealbert, A. (2009). *Introducción al Trabajo Familiar en casos de Vulnerabilidad*. . Cordoba.
- Dennys Paternina, M. P. (2017). Funcionalidad familiar en escolares con comportamientos de riesgo psicosocial en una institución educativa de Sincelejo (Colombia). *Revista Salud Uninorte*, 429-437.
- Dinámica de la familia: un enfoque psicológico sistémico*. (s.f.).
- E Muñoz, A. C. (2012). Terapia familiar cognitivo-conductual con cuatro adultos. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, 259-272.
- Eguiluz, L. d. (2003). *Dinamica de la familia: un enfoque psicologico sistemico*. Mexico: Pax Mexico.
- Enrique Aguilar, H. C. (2006). *Manual de atención primaria en salud mental*. Quito.
- Espina, A. (2004). *Familia, educación y diversidad cultural*. (1ª. Ed). Salamanca: KADMOS.
- Figuroa, I. d. (2008). *Violencia escolar: Maltrato entre iguales en escuelas secundarias de la zona metropolitana de guadalajara*. Mexico: Impresora Mar-Eva.
- García, B. R. (2014). *Percepción de los vínculos parentales y funcionamiento familiar en sujetos drogodependientes. Un recurso a explorar en el proceso de rehabilitación*. Peru: PsiqueMag.

- Geomaira Lopez Duque, J. J. (2012). La estructura y la dinámica familiar asociadas a la vulnerabilidad hacia el consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes de 10º y 11º jornada de la tarde en la Institución Educativa Alfonso Araujo Cotes de Valledupar. *Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD)*.
- Gladys Rivadeneira, L. T. (2013). *Incidencia de las familias disfuncionales en el proceso de la formación integral de los niños de sexto año de la unidad republica del Ecuador*. Ecuador: Universidad Politecnica Salesiana .
- Herrera, O. C. (2009). *Familia*. Mexico: VI Encuentro Nacional de las Familias.
- I Bernal., O. I. (2002). *Manual de Intervención en la Salud Familiar*. Habana, cuba: Ciencias medicas.
- Ives, E. (2014). La identidad del Adolescente. como se construye . *Mesa redonda de Salud Mental*, Volumen II.
- J C Vargas, & R. (1998). *La familia funcional y disfuncional*. <http://es.scribd.com/doc/55751513/Familia-Funcional-y-Disfuncional>.
- J Estremero, X. B. (2004). *Familia y ciclo vital familiar*. 19: Manual para la salud de la mujer.
- J Gonzales, F. R. (2013). Niveles de Disfuncion Familiar en veinte mujeres victimas de violencia intrafamiliar en el municipio de Armenia. *Scielo*, 399-410.
- Javier N. Zapata-Gallardo¹, M. F.-G.-D.-S.-B.-O. (2007). Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia. *Medigraphic*, 296.
- Jose Gonzales, E. V. (2012). *La disfunción familiar como factor de riesgo para obesidad en escolares mexicanos*. Mexico.
- Maldonado, G. L. (1998). *Educación Familiar*. Lima, Peru: Sevillano.
- Martinez, J. (2007). *IMPACTO DE LAS RELACIONES PARENTALES Y EL ENTORNO SOCIAL*. CEREBRUM.
- Martinez, P. J. (2016). *Salud mental de los alumnos de primero de bachillerato de la unidad educativa tecnico Saleceano y disfuncionalidad familiar Cuenca-Ecuador*. Cuenca-Ecuador: Universidad de Cuenca.
- Mayorga Lascano, P. R. (2013). *Influencia del abuso sexual sufrido durante la infancia, la disfuncionalidad familiar, y el maltrato infantil en los procesos por abuso sexual en el Centro de Internamiento para Adolescentes Infractores, en el período Enero-Septiembre 2011*. Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Ambato.
- Membrillo, A. (2004). *Roles Familiares y de Grupo*. *Mecanograma*. Mexico: UNAM, Departamento de Medicina Familiar.
- Mendez, J. F. (1999). Las habilidades sociales en el contexto de la psicología clínica. *Abaco*, 29-38.

- Naveillan, P. (1981). Sobre el concepto del Alcoholismo. *Bol of sanit Panam*, Panama.
- Nilda Luz Montez & Andrea Pricila Vera Chavez. (2018). *FAMILIA DISFUNCIONAL ASOCIADO A LA ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE UN COLEGIO NACIONAL DE LIMA NORTE EN EL AÑO 2016*. Lima: Universidad Catolica Sapientiae.
- Ortiz, D. (2008). *La terapia familiar sistémica*. Quito,Ecuador: Ediciones Abya-Yala/Universidad Politécnica Salesiana.
- Posada, J. A. (2013). La salud mental en Colombia. *Biomedica*, Vol. 33.
- Raules, E. (2013). *Estudio de las familias de adolescentes consumidores ocasionales de SPA de 12 a 17 años usuarios del CDID-2012. Tesis de disertación*. Ecuador: Universidad de Guayaquil.
- Requero, P. T. (2018). Epilepsia en el adolescente. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, 44-50.
- Saez, M. J. (2015). *Disfuncion familiar en adolescentes de quinto de secundaria de un colegio publico y en un colegio privado en el distrito de la molina*. Lima-Peru: Universidad de Lima.
- Tapia, A. R. (2014). *Disfuncionalidad familiar y su relación con la depresión en los adolescentes del ciclo diversificado en la Unidad Educativa Herlinda Toral*. Cuenca: Universidad de Cuenca.
- TELLO, D. M. (2017). *DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR COMO FACTOR DETERMINANTE DE LAS HABILIDADES SOCIALES EN ADOLESCENTES DE LA FUNDACIÓN PROYECTO DON BOSCO*. Ecuador: PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR.
- TELLO, D. M. (2017). *Disfuncionalidad familiar como factr determinante de las habilidades sociales en adolescentes de la fundación proyecto Don Bosco*. Ecuador: PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR.
- Yolanda Torres de Galvis, J. O. (2006). *Salud mental del adolescente*. Medellin: Artes y letras Ltda.
- Zuazo-Olaya, N. (2013). *Causas de la desintegración familiar y sus consecuencias en el rendimiento escolar y conducta de las alumnas de segundo año de la institución educativa nuestra señora de fátima de Piura*. Piura: Universidad de Piura.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Señor padre de familia.

Nosotros Peralta Osorio Maira, Vásquez solano Zharen y Hernández Solano Luisa estudiantes de Psicología de la Fundación Universitaria del Área Andina, estamos realizando una investigación titulada “AFECTACIONES COGNITIVO - CONDUCTUALES Y PSIOAFECTIVAS CAUSADAS POR LA DISFUNCION FAMILIAR EN ESTUDIANTES DE 8VO GRADO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA RICARDO GONZALEZ “que tiene como objetivo principal determinar las afectaciones cognitivo - conductuales y psicoactiva a causa de la disfunción familiar. Utilizaremos la escala APGAR familiar y el test SRQ (Estandarizado)

La presente investigación no representara daño para el alumno/a; ni costo alguno para la institución o los padres de familia (representantes). Es preciso recalcar que los datos obtenidos serán manejados con estricta confidencialidad.

Si UD. Está de acuerdo que su hijo/a forme parte de esta investigación le solicitamos colaborar con una firma en el presente documento, así como consignar su número de cédula de identidad.

Agradecemos su participación y colaboración que será para beneficio directo de los y las estudiantes.

NOMBRES Y APELLIDOS

C.C.

REPRESENTANTES:

Zharen Vásquez Solano

C.I 1124051924

Maira Peralta Osorio

C.I

Luisa Hernández Solano

TEST APGAR FAMILIAR

NOMBRE Y APELLIDO:

GRADO:

SEXO: Masculino ()

Femenino ()

INDICACIONES: Estimado estudiante este cuestionario debe ser llenado en su totalidad. Cada pregunta debe responder con 1 sola respuesta. Marque con X la respuesta con la cual se siente identificado. Gracias.

	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA
Estoy contento de pensar que puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa.			
Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de cómo compartimos los problemas			
Me agrada pensar que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección.			
Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y cómo responde a mis emociones, como cólera, tristeza y amor			
Me satisface la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos.			

FORMATO DE CARACTERIZACION

- I. Edad: _____
 - II. Sexo: _____
 - III. ¿Quiénes viven contigo?: _____
 - IV. Ocupación del padre: _____
 - V. Ocupación de la madre: _____
 - VI. Ocupación del cuidador: _____
 - VII. ¿Cuántas personas viven en casa?: _____
 - VIII. ¿Quiénes en mi familia toman bebidas alcohólicas reiteradamente? _____
1. ¿Has perdido materias?
Si () No ()
 2. ¿Crees que los problemas en tu casa afectan tu rendimiento académico?
Si () No ()
 3. ¿Crees que tus padres te comprenden cuando tienes un problema?
Si () No ()
 4. ¿Sientes que tus padres te demuestran cariño y amor?
Si () No ()
 5. En tu hogar al solucionar un problema utilizan un lenguaje inadecuado (¿discusiones, gritos, palabras obscenas)?
Si () No ()
 6. ¿Cuándo algo me disgusta respondo con agresividad verbal o física para solucionar el problema?
Si () No ()
 7. ¿Pasas tiempo con tu familia en donde se divierten y pueden expresar lo que sienten?
Si () No ()
 8. ¿Prefiero la opinión de mis amigos en vez de la de mi familia cuando tengo algún problema?.
Si () No ()
 9. ¿Mi familia me enseña a respetar la opinión y los defectos de los demás?
Si () No ()
 10. ¿Cuándo hay problemas en casa, no dejo de pensar en eso, hasta el punto de no poder concentrarme en clase?
Si () No ()

TEST SRQ

INDICACIONES: Señor, Señorita estudiante: este cuestionario debe ser llenado en su totalidad. Cada pregunta debe responder con 1 sola respuesta. Marque con X la respuesta que considere correcta.

Gracias

PREGUNTAS	SI	NO
1. ¿Tienes frecuentes dolores de cabeza?		
2. ¿Tienes mal apetito?		
3. ¿Duermes mal?		
4. ¿Te asustas con facilidad?		
5. ¿Sufres de temblor de manos?		
6. ¿Te sientes nervioso, tenso o aburrido?		
7. ¿No puedes pensar con claridad?		
8. ¿Te sientes triste?		
9. ¿Sufres de mala digestión?		
10. ¿Lloras con mucha frecuencia?		
11. ¿Tienes dificultad en disfrutar de tus actividades diarias?		
12. ¿Tienes dificultad para tomar decisiones?		
13. ¿Tienes dificultad en hacer tu trabajo - sufres con tu trabajo?		
14. ¿Eres incapaz de desarrollar un papel útil en tu vida?		
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?		
16. ¿Sientes que eres una persona útil?		
17. ¿Has tenido la idea de acabar con tu vida		
18. ¿Te sientes cansado todo el tiempo?		
19. ¿Tienes sensaciones desagradables en tu estómago?		
20. ¿Te cansas con facilidad?		
21. ¿Sientes que alguien ha tratado de herirte en alguna forma?		
22. ¿Eres tú, una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		
23. ¿Has notado interferencias o algo raro en tu pensamiento?		
24. ¿Oyes voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		
25. ¿Has tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas, con mordedura de lengua o pérdida del conocimiento?		
26. ¿Alguna vez le ha parecido a tu familia, tus amigos, tu médico o a tu sacerdote que estás bebiendo demasiado?		
27. ¿Alguna vez has querido dejar de beber, pero no has podido?		
28. ¿Has tenido alguna vez dificultades en tu trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio o faltar a ellos?		
29. ¿Has estado en riñas o te han detenido estando borracho?		
30. ¿Te ha parecido alguna vez que bebías demasiado?		