



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y LOS ALIMENTOS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ANSIEDAD RELACIONADO CON
SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN MUJERES TRABAJADORAS DE
LA UNIVERSIDAD DEL BÍO – BÍO, SEDE CHILLÁN, 2017**

AUTORES:

FERRADA MATUS, JUAN ANTONIO

FIERRO PALMA, ELIZABETH NICOLE

GODOY ESCOBAR, CAMILA DEL PILAR

HENRÍQUEZ HERRERA, KAREN JOCELYN

PROFESOR GUÍA TESIS:

MG. Henríquez Melgarejo, Aurora del Carmen

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

CHILLÁN 2017

HOJA DE AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a todos aquellos quienes hicieron posible la realización de esta tesis.

A nuestra profesora guía Mg. Sra. Aurora Henríquez Melgarejo, por su espíritu maternal, motivación, cercanía y respeto que mostró hacia nuestro trabajo, porque sus críticas siempre fueron constructivas en post de esta investigación, además de la paciencia que tenía al enseñarnos. Muchas gracias por la dedicación y ayuda prestada.

A la directora de escuela de enfermería, Sra. Pamela Montoya Cáceres, por las gestiones realizadas.

Al profesor Miguel Ángel López, por los conocimientos entregados para el desarrollo del análisis estadístico de esta investigación, además de su apoyo y paciencia en cada asesoría.

A nuestros docentes Dra. Carmen Luz Muñoz Mendoza y Dr. José Leiva Caro, por entregarnos los conocimientos necesarios para el desarrollo del anteproyecto de tesis.

A la Sra. Yenniffer Contreras Canto, jefa de Departamento de Personal de la Universidad del Bío - Bío, por las gestiones realizadas, que nos facilitó la recolección de datos, para desarrollar nuestra investigación.

A las participantes del estudio, por su amabilidad, tiempo y colaboración para el desarrollo de este proyecto.

A nuestras familias y amigos, por la preocupación y constante apoyo brindado durante la realización de la investigación.

RESUMEN

En Chile el 2015, el 44,9% de las mujeres en edad de trabajar se encontró laboralmente activa; mientras que en el 2009-2010 el 30% manifestó sentirse triste o melancólica; además el 2007 el 12,6% de la población presentó ansiedad. **Objetivo.** Relacionar funcionalidad familiar y ansiedad con sintomatología depresiva en mujeres trabajadoras de la Universidad del Bío-Bío, sede Chillán. **Materiales y métodos.** Estudio correlacional, de corte transversal cuantitativo. Se obtuvo una muestra de 96 mujeres que laboran en la Universidad del Bío-Bío, Chillán. La recolección de datos se realizó con un cuestionario de caracterización, subescala de depresión de Goldberg, subescala de ansiedad de Goldberg y APGAR familiar. **Resultados.** El 59,4% tiene una edad entre 40 y 59 años; el 54,2% presenta estudios profesionales; el 59,4% es casada; el 65,6% tiene 1 ó 2 hijos; el 67,7% percibió un sueldo \leq \$1.287.500; un 14,6% presentó disfunción familiar, ya sea grave o leve; un 49,0% arrojó ansiedad probable y el 60,4% presentó depresión probable. Al análisis bivariado las mujeres con estudios técnico de nivel superior (OR=3,938) y quienes tienen un ingreso per cápita \leq \$193.104 (OR=2,807) se asociaron estadísticamente con sintomatología depresiva ($p < 0.05$). Al análisis multivariado sólo ansiedad presentó una relación con sintomatología depresiva con un O.R.=3,400, IC 95% (1,241-9,318) ($p=0,017$). **Conclusiones:** Se demostró que a mayor ansiedad, mayor es la presencia de sintomatología depresiva; por el contrario, no se determinó que a mayor funcionalidad familiar, menor es la sintomatología depresiva.

Palabras clave: Ansiedad, funcionalidad familiar, sintomatología depresiva, mujer.

ABSTRACT

In 2005 in Chile, 44.9% of working age women were actively working; while in 2009- 2010 30% expressed feelings of sadness or melancholy; also, 12.6% of the population had anxiety in 2007. **Objective:** Relate family functionality and anxiety with depressive symptomatology in working women at Universidad del Bío Bío, campus Chillán. **Materials and methods:** Correlational, cross-sectional quantitative study. A sample was obtained from 96 women who work at Universidad del Bío Bío, Chillán. Data collection was done by means of a characterization questionnaire, Goldberg's depression subscale, Goldberg's anxiety subscale and family APGAR. **Results:** 59.4% ranges between 40 – 59 years old; 54.2% has a degree; 59,4% is married; 65.6% has 1 or 2 children; 67.7% gets a salary \leq \$1.287.500 CLP; 14,6% presented serious or mild family dysfunction; 49,0% showed probable anxiety and 60,4% showed probable depression. The bivariate analysis, showed that women with a higher technical degree (OR=3,938) and who have a per capita income \leq \$193.104 CLP (OR=2,807) were statistically associated with depressive symptomatology, showing O.R.=3,400, IC 95% (1,241-9,318) ($p=0,017$). **Conclusions:** It was demonstrated that the higher the level of anxiety, the higher the presence of depressive symptomatology; on the contrary, it was not determined if the higher the family functionality, the lower the depressive symptomatology.

Keywords: Anxiety, family functionality, depressive symptomatology, woman.

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 ANTECEDENTES INTRODUCTORIOS	1
1.2 FUNDAMENTACIÓN.....	3
1.3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	5
1.4 PROBLEMATIZACIÓN	5
1.5 MARCO TEÓRICO	6
1.6 MARCO EMPÍRICO	15
1.7 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
1.7.1 OBJETIVO GENERAL:	18
1.7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
1.8 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
2. MATERIALES Y MÉTODOS.....	19
2.1 TIPO DE DISEÑO:	19
2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO:	19
2.3 MUESTRA	19
2.4 UNIDAD DE ANÁLISIS:.....	20
2.5 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD:.....	20
2.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:	20
2.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:.....	20
2.6 LISTADO DE VARIABLES:	20
2.6.1 VARIABLE DEPENDIENTE:	20
2.6.2 VARIABLES INDEPENDIENTES:	21
2.7 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO RECOLECTOR:.....	21
2.7.1 CUESTIONARIO DE CARACTERIZACIÓN DE LAS PARTICIPANTES DE ESTUDIO.	21
2.7.2 ESCALA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DE GOLDBERG (E.A.D.G):	22
2.7.3 APGAR FAMILIAR (Anexo 3).....	23
2.8 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS:.....	24
2.9 ASPECTOS ÉTICOS:.....	24
2.10 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS.	25

3. RESULTADOS	27
4. DISCUSIÓN	34
4.1 DISCUSIÓN.....	34
4.2 LIMITACIONES	40
4.3 SUGERENCIAS.....	40
4.4 CONCLUSIONES	40
5. BIBLIOGRAFÍA.....	42
6. ANEXOS	49
ANEXO 1: MATRIZ DE VARIABLES	49
ANEXO 2: CUESTIONARIO DE CARACTERIZACIÓN DE LAS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO	55
ANEXO 3: SUBESCALA DE DEPRESIÓN DE GOLDBERG, SUBESCALA DE ANSIEDAD DE GOLDBERG Y APGAR FAMILIAR.....	56
ANEXO 4: CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR SEGÚN EL MÉTODO DE “DIVISIÓN EN MITADES” (“SPLIT – HALF”).....	57
ANEXO 5: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	58
ANEXO 6: APROBACIÓN DE COMITÉ DE BIOÉTICA	60

1. INTRODUCCIÓN

1.1 ANTECEDENTES INTRODUCTORIOS

En Chile la inserción de las mujeres al mercado del trabajo es relativamente tardía y una de las más bajas de América Latina, representado menor masa laboral que los hombres y concentrándose en empleos de menor calificación y remuneración. Las mujeres que se incorporan al mundo laboral, generalmente no abandonan los roles tradicionalmente asignados, por tanto, junto con el trabajo siguen siendo las principales responsables de la mantención de la casa y el cuidado de los hijos (1).

A nivel nacional según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) de la población en edad para trabajar (PET) femenina el año 2015 el 44,9% se encuentra laboralmente activa (2) y de ellas, el 14,2% se desempeña en el área de enseñanza (3).

En las mujeres que trabajan según los datos de la Primera Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de Vida de los Trabajadores y Trabajadoras en Chile (ENETS 2009-2010), el 30% de las mujeres trabajadoras refiere haberse sentido melancólica, triste o deprimida por un periodo de dos semanas los últimos 12 meses, mientras que en los hombres solo el 16,7% manifestó dicha condición (4). Estos datos son consistentes con la Encuesta Nacional de Salud (ENS 2011) con datos 2009-2010, que estableció que, para personas de 15 años y más, con una muestra de 5.434 participante, el promedio nacional de prevalencia de síntomas depresivos el último año fue de 17,2%; en el caso de los hombres esta cifra alcanzó un 8,5% y en el caso de las mujeres la prevalencia se mostró más alta, llegando a un 25,7% (5).

En el caso de la ansiedad, la revisión de la literatura, no arrojó prevalencia de la ansiedad como síntoma, sino como trastorno de ansiedad, llegando a un 12,6% de la población general de Chile (6).

La Universidad del Bío - Bío, es heredera de la más antigua tradición de la educación superior estatal y pública en la Región del Bío - Bío, Chile. El origen de la institución se remonta

al año 1947 como Universidad Técnica del Estado (UTE), pero no fue hasta el año 1988, que debido a la fusión de la Universidad de Bío -Bío y el Instituto Profesional de Chillán, se dio origen a la que es hoy la Universidad del Bío - Bío (7).

Según información del anuario estadístico de la Universidad del Bío - Bío, con datos del año 2014, respecto a la dotación de académicos, las mujeres representaron el 33% de la dotación de las sedes Chillán y Concepción. Por el contrario, respecto a la dotación de personal administrativo de las sedes de Chillán y Concepción, las mujeres representaron una mayor proporción, llegando a un 54% (8).

El objetivo de este estudio será determinar la relación entre funcionalidad familiar y ansiedad con sintomatología depresiva en mujeres trabajadoras de la Universidad del Bío - Bío, sede Chillán.

1.2 FUNDAMENTACIÓN

De acuerdo a la información proporcionada por la Organización Mundial de la Salud, la salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales, sino un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (9).

La última Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 reveló que la prevalencia de sintomatología depresiva en mujeres chilenas es de 25,7% (7), en tanto, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo y Salud (ENETS) 2009-2010 el 30% de las mujeres trabajadoras refirió sentirse melancólica, triste o deprimida por un periodo de 2 semanas o más en el último año (6).

Un estudio de factores asociados con la sintomatología depresiva en adolescentes reveló que el 42% de la varianza de la sintomatología depresiva puede explicarse por los siguientes factores de riesgo: ser mujer, las dificultades para manejar la tristeza y el enojo, así como la incapacidad para buscar ayuda con la red de apoyo social. (10)

En virtud de la revisión bibliográfica se ha visto que no existen estudios que relacionen las variables ansiedad y funcionalidad familiar con sintomatología depresiva de manera simultánea. Se encontraron estudios que relacionan funcionalidad familiar con sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados (11), en adultos mayores (12), y en mujeres embarazadas (13). Otros estudios relacionan ansiedad con sintomatología depresiva en estudiantes de medicina de manera aislada (14), en niños (15) y en mujeres (16).

En cuanto al rol de enfermería, la investigación es de gran importancia debido a la escasez de estudios en la población objetivo. Cabe destacar que dentro del ámbito de la salud hay un enfoque de género en el que la mayoría de las mujeres de la sociedad asumen la responsabilidad de la crianza de los hijos y el cuidado de ancianos y enfermos, además de la mayor parte del trabajo doméstico. La vida de la mujer es afectada fuertemente por su

vida reproductiva, la cual tiene una clara y directa influencia en su estado de salud, las oportunidades de acceso a la educación y al empleo, y en los ingresos propios y de su familia (17). Además, la mujer toma un papel predominante en el cuidado de la salud frente a alguna situación de enfermedad (18). Por lo tanto, es importante evidenciar como la ansiedad y la funcionalidad familiar influye en la aparición de sintomatología depresiva cuando la mujer trabaja fuera del hogar.

1.3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué relación existe entre funcionalidad familiar y ansiedad con sintomatología depresiva en mujeres trabajadoras de la Universidad del Bío - Bío, Sede Chillán?

1.4 PROBLEMATIZACIÓN

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas (edad, escolaridad, estado civil, número de hijos, ingreso económico) de las participantes del estudio?
- ¿Cuáles son las características laborales (ocupación, salario, horas de trabajo semanal y tipo de contrato) de las participantes del estudio?
- ¿Cuál es el nivel de funcionalidad familiar, ansiedad y presencia de sintomatología depresiva de las participantes del estudio?
- ¿Qué relación existe entre las características sociodemográficas y laborales con la sintomatología depresiva en las participantes del estudio?
- ¿Qué relación existe entre funcionalidad familiar y sintomatología depresiva en las participantes del estudio?
- ¿Qué relación existe entre ansiedad y sintomatología depresiva en las participantes del estudio?

1.5 MARCO TEÓRICO

La inserción laboral de la mujer en Chile fue tardía en relación a otros lugares del mundo como Europa y Estados Unidos, comenzando de manera progresiva a finales de siglo XIX y comienzos del XX por la creciente urbanización e industrialización en Chile. Pero no fue hasta la década de los 80' que esta inserción se hizo más masiva hasta la actualidad (19).

El Instituto Nacional de Estadística (INE) en Chile indica que al año 2015 la población general era de 18.006.407 habitantes, dividiéndose en 8.911.940 en hombres (49,49%) y 9.094.467 en mujeres (50,51%), siendo la población femenina predominante (20). De las mujeres 7.292.380 (80,18% de la población femenina) tiene una edad igual o mayor a 15 años (21) constituyendo la Población en edad de trabajar (PET) (2).

En una evaluación realizada entre los años 2010 y 2015 se puede apreciar que la tasa de ocupación de las mujeres aumentó desde un 41,0% en 2010 a un 44,9% aumentando así 3,9 puntos porcentuales y disminuyendo también la brecha con los hombres desde un 25,9% en 2010 a un 22,4% en 2015. Durante el mismo periodo se indica que la tasa de desocupación de las mujeres disminuye de un 9,6% en 2010 hasta un 6,8% en 2015, recortando de igual manera la brecha con los hombres de 2,5 puntos porcentuales a 1,1. Aun así esta estadística sigue siendo superior en la población femenina (3). Estos 2 estatus conforman en suma la fuerza de trabajo femenina que en total constituye el 51,7% de la PET en mujeres, mientras que el polo opuesto es la población inactiva que asciende al 48,3% de la PET.

Si se analizan los datos otorgados por el CENSO entre los años 1982 al 2002 indican que la PET que se entiende a la población mayor de 15 años (2) y su respectiva tasa de participación (TP), que se entiende como las personas en la fuerza de trabajo expresado en porcentaje, fue 3.972.839 (24,15%) en 1982, de 4.866.159 (28,06%) en 1992 y de 5.760.651 (35,57%) en el 2002 (22) (23) (24). Contrastando con los datos más recientes se establece que la participación de la mujer en el mundo laboral ha aumentado en los últimos 43 años, pero aún se mantiene una brecha importante con el trabajo masculino (3).

De acuerdo a la PET, en el año 2015, en las mujeres que se encuentran ocupadas un 11,7% se desempeñó en hogares privados con servicios, un 9% en industria, un 8,7% en servicios sociales y de salud, un 23% en comercio, un 14,2% en enseñanza y un 33,4% refirió otro tipo de trabajo, como labores de agricultura, pesca, transporte, servicios hoteleros, entre otros. Si se desglosa su nivel educacional, el 17,2% tiene un nivel de educación primario, el 42,7% nivel secundario, el 14,8% nivel técnico, el 23,5% nivel universitario y el 1,8% refiere que nunca estudió, tiene estudios preescolares o ignora el nivel (3).

Las mujeres que se encuentran inactivas en el año 2015 fueron 3.775.108 y se destaca que fue por razones familiares permanentes (36,49%), razones de estudio (20,48%) y razones de salud permanentes (11,46%) dentro de las más importantes (3).

Contextualizando las variables, la sintomatología y trastornos depresivos y ansiosos son los problemas de salud mental más comunes y que pueden afectar la calidad de vida de las personas, por lo que es importante que se precisen estimaciones de prevalencia de estos trastornos en la población (25).

De acuerdo a datos que estableció la Encuesta Nacional de Salud con datos del 2009-2010, en nuestro país la prevalencia de síntomas depresivos es de un 17,2%, siendo en mujeres una prevalencia del 25,7%, mayor a la media nacional (7), mientras que la literatura señala un 12,6% en la prevalencia de trastorno de ansiedad (8).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la depresión como un trastorno mental muy frecuente en la población a nivel mundial, que puede alterar la calidad de vida de las personas dificultando su desempeño laboral o escolar y la capacidad de afrontar su vida diaria (26).

La sintomatología depresiva, que caracteriza a los cuadros depresivos, se define como un conjunto de síntomas que pueden abarcar:

- Irritabilidad, tristeza o llanto frecuente, nivel bajo de energía, fatiga, mala concentración o aburrimiento.

- Pensamientos acerca de la muerte o el suicidio.
- Disminución en la capacidad para disfrutar de sus actividades preferidas.
- Quejas frecuentes de malestares físicos, como dolores de cabeza o estomacales. Además de cambios en los patrones alimentarios y del sueño (27).

El trastorno depresivo, en el cuál se identifica esta sintomatología depresiva, se caracteriza por un descenso en el humor o estado anímico del sujeto que la presenta, y es según su gravedad que presenta en diversos grados la sintomatología antes mencionada. Será, también, de acuerdo a los episodios en los que el sujeto presente esta sintomatología en que se pudiera detectar la depresión como un diagnóstico establecido (28).

Los trastornos mentales causan problemas en el comportamiento de las personas, pero también en sus familias. La persona manifiesta la sintomatología propia que presenta un cuadro depresivo, pero también le afecta a su vida laboral además son incapaces de llevar su vida familiar (29).

El trabajo presenta para las personas algunos factores protectores que hacen frente a la aparición de sintomatología depresiva y un posterior trastorno depresivo, proporcionando estabilidad económica, integración social y relacionarse con el medio. Este permite que la persona se asiente y tenga independencia económica. De acuerdo a los factores protectores que presenta es en ellos a los que la persona debe aferrarse, puesto que el deterioro de las relaciones socio laborales e interpersonales lo que desencadena en cuadros depresivos en la persona. Los problemas que presente en el trabajo afectarán su desempeño, su eficiencia al realizar labores asignadas, se aíslan del grupo y presentan conflictos con las demás personas (30).

Como ya se definió anteriormente, las familias también se ven afectadas cuando un integrante de esta presenta sintomatología depresiva, teniendo que ser un sustento para el afectado, psicológica y afectivamente. Son estos los que deben estar al lado del afectado, puesto que es esta figura la que está en el centro de la persona, tratando de minorizar la

presencia de síntomas físicos y psicológicos intentando normalizar la situación de la persona que padece la sintomatología (29).

La ansiedad también puede definirse como la anticipación a un daño o una desgracia futura, que va acompañada de un sentimiento desagradable y/o síntomas somáticos y tensión. Es una señal de alerta en la persona, que sugiere un peligro inminente y que permite que ésta adopte medidas necesarias para enfrentar dicha amenaza (31).

Se puede entender también como una sensación o un estado emocional normal ante ciertas situaciones y que corresponde a una respuesta habitual frente a diversas acciones cotidianas estresantes, por lo que cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias a las que se enfrentan los individuos día a día. Sin embargo, cuando ésta sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, se convierte en patológica, provocando malestar y síntomas que pueden afectar el plano físico, psicológico y/o conductual (31).

Los síntomas físicos que pueden aquejar a la persona pueden ser de origen vegetativo (sudoración, mareo, inestabilidad), neuromuscular (temblores, tensión muscular, cefaleas, parestesias), cardiovasculares (como palpitaciones, taquicardia o dolor precordial), respiratorios (disnea), además de digestivos (náuseas, vómitos, dispepsia, estreñimiento o diarrea) y genitourinarios (micción frecuente y problemas en la esfera sexual) (31).

Por otra parte, los síntomas psicológicos y conductuales que suelen afectar al individuo corresponden a preocupación, aprensión, sensación de agobio, miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente. También se incluye la falta de concentración, quejas de pérdida de memoria, inquietud, conductas de evitación y obsesiones o compulsiones (31).

De lo anterior se entiende que la ansiedad puede dividirse en fisiológica cuando hay una respuesta a una amenaza real, hay activación proporcionada a un estímulo y en el tiempo, teniendo un menor componente somático y una respuesta adaptativa. Por el contrario, en

la ansiedad patológica existe una respuesta a una amenaza no real ni peligrosa, activación desproporcionada al estímulo y en el tiempo, provocándose un mayor componente somático y una respuesta desadaptativa en el individuo (32). La ansiedad además de malestares físicos puede llegar a provocar un significativo deterioro en las relaciones familiares, sociales, laborales o de otras áreas importantes de la actividad de la persona (33).

Para hablar de funcionalidad familiar, primero se debe comprender el concepto de familia. De acuerdo a la Real Academia Española familia corresponde a un Grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas o a un conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje (34).

Por otra parte, la OMS define familia como "Los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos, a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial". La familia es la institución básica que influye en el desarrollo emocional y brinda los cimientos para el desarrollo social de cada uno de los integrantes (11).

El concepto de familias funcionales se atribuye a las familias en las que se permite el desarrollo personal de cada uno de sus miembros, en las que cada uno de ellos posee un rol claro y establecido, quienes además los aceptan, no existen crisis ni alguna alteración en ellas, no hay una sobrecarga de roles ni funciones. En estas familias también debe haber complementariedad en los roles. Debe existir además una comunicación efectiva dentro del sistema familiar, también deben ser capaces de hacer frente a los cambios y adaptarse fácilmente a los cambios, ya sea en su orden jerárquico, funciones o roles (35) (36).

En relación a las definiciones de familia y familia funcional, se enmarca el concepto de funcionalidad familiar. Esto se refiere al conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia (37).

La funcionalidad familiar se expresa por la forma en que el sistema familiar, como grupo, es capaz de enfrentar las crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros, y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro (38). La funcionalidad familiar se asocia a diferentes características de este sistema familiar, como, por ejemplo: niveles de cohesión, flexibilidad, comunicación, estrés, conflictos, emociones, vínculos, etc. (35).

De acuerdo al grado en el cual una familia cumpla o deje de cumplir sus funciones básicas se hablará de funcionalidad o disfuncionalidad familiar (11).

Toda familia funcional puede ser protectora, por el solo hecho de generar lazos de afecto; cada una tiene su sello particular, su dinámica y estilo propio. La historia de la familia, la forma de demostrar el cariño, los valores que transmite; constituyen la identidad de esta familia, y es protectora en la medida que podemos reconocerla, apreciarla y nutrirnos de ella (39).

La teoría de enfermería que se empleará en esta investigación es el Modelo de Sistemas de Betty Neuman (40), enfermera nacida en 1924 en Ohio, Estados Unidos. Estudió en la Escuela de Enfermería del Peoples Hospital en Akron, Ohio. Es en California donde comienza a trabajar como enfermera hospitalaria, directora, enfermera en una escuela, en una empresa e instructora clínica. Se licenció con honores en salud pública y psicología (1957), y completó un master en salud mental y salud pública (1966) en la UCLA. Se doctoró en psicología clínica en la Pacific Western University en 1985.

Neuman publicó por primera vez a principios de la década de 1970 su modelo (figura 1); y en 1982 publicó la primera edición de *The Neuman System Model: Application to Nursing Education and Practice*, donde desarrolló y revisó el modelo. Es miembro de la *American Association of Marriage and Family Therapy* y de la *American Academy of Nursing*.

Betty Neuman, para establecer su modelo, se basa en diversas fuentes teóricas con el que lo desarrolla y lo lleva a cabo. La primera figura en la que basa su modelo es en Ludwig von

Bertalanffy (1968) quien desarrolla la Teoría General de Sistemas, en donde se refleja la naturaleza de los organismos como sistemas abiertos. Además extrae conceptos de la Teoría de Gestalt (Perls, 1963) en la que describe la homeostasis como un proceso a partir del cual un organismo mantiene el equilibrio.

Emplea opiniones filosóficas de Chardin y Marx, que señalan que las propiedades de las partes dependen, en cierta medida, de los conjuntos más grandes de los sistemas dinámicamente organizados. En la misma línea, Betty Neuman utiliza la definición de estrés planteada por Selye que consiste en la respuesta no específica del cuerpo a cualquier demanda que se le haga; estableciendo además que los elementos estresantes pueden ser positivos. El concepto de niveles de prevención de Caplan es adaptado por Neuman a la práctica de enfermería.

Conceptualización modelo (40):

La visión holística o integral establece que el cuidado del paciente está dado por un sistema dinámico y abierto, la atención debe ser dada por un centro unificador definiendo el problema y como el cliente interactúa con el entorno estableciéndolo como un sistema: persona, familia, grupo, comunidad u objeto de estudio. El cliente es considerado como un todo abarcando las áreas que afectan el sistema: fisiológica, psicológica, socioculturales, de desarrollo y espirituales.

En un *sistema abierto* los elementos se intercambian la energía de la información en una organización compleja. El estrés y la reacción al estrés son elementos básicos de un sistema abierto. También plantea que *entorno* son las fuerzas internas y externas que afectan y se ven afectadas por el cliente en cualquier momento.

Para hablar del *sistema cliente* debemos saber que este consta de 5 variables en interacción con el entorno, éstas son las 5 áreas que se consideran abarcan y afectan al sistema.

La *salud* incluye un movimiento continuo pleno del bienestar a la enfermedad. Es dinámica y cambia constantemente. El bienestar óptimo se alcanza cuando se satisfacen plenamente

todas las necesidades del sistema. Los *elementos estresantes* son estímulos productores de tensión que se generan dentro de los límites del sistema del cliente y que dan lugar a un resultado que puede ser positivo o negativo. Pueden ser consecuencia de 3 fuerzas: intrapersonales, interpersonales y extra-personales. El *grado de reacción* representa la inestabilidad del sistema que tiene lugar cuando los elementos estresantes invaden la línea normal de defensa.

Para Betty Neuman las intervenciones son acciones determinadas que ayudan a que el cliente retenga la estabilidad del sistema, la consiga y/o la mantenga. Es por ello que las intervenciones se basan en el grado real de reacción, los recursos, los objetivos y el resultado previsto. Es por esto que Neuman establece 3 niveles de intervención: *Prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria*.

Reconstitución tiene lugar después del tratamiento de las reacciones de los elementos estresantes; representa el retorno del sistema a la estabilidad, que puede ser a un nivel superior o inferior de bienestar antes de la invasión del elemento estresante.

El objetivo del modelo de sistemas es situar al cliente como un sistema, que puede ser un individuo, familia, grupo o comunidad, y cómo responde este cliente frente a factores estresantes. El sistema del cliente incluye las 5 variables, y se conceptualiza como un núcleo interno (recursos energéticos básicos), rodeado de círculos concéntricos que incluyen líneas de resistencia, una línea normal de defensa y una línea flexible de defensa. Cada una de las cinco variables forma parte de cada uno de los círculos concéntricos. Los factores estresantes son estímulos que producen tensión y pueden ser de naturaleza intrapersonal, interpersonal o extra personal.

El modelo plantea tres niveles en cuales los profesionales de enfermería podemos intervenir, estos son prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria; basados en los conceptos de Caplan de niveles de prevención (1964). El propósito de la prevención como una intervención es conseguir el máximo nivel posible de estabilidad del sistema cliente.

El uso del modelo en la práctica enfermera facilita la elaboración de planteamientos totales, unificados y dirigidos a un objetivo por el cuidado del cliente.

Neuman describe el ajuste como el proceso que permite al organismo satisfacer sus necesidades. Dado que existen muchas necesidades y cada una de ellas puede provocar la pérdida de equilibrio o de estabilidad del paciente, el proceso de ajuste es dinámico y continuo. “Cuando el proceso estabilizador falla hasta cierto punto, o cuando el organismo permanece en un estado no armónico durante demasiado tiempo puede producirse la enfermedad. Si el organismo no puede compensar la enfermedad, muere”.

Contextualizando el modelo al presente estudio, se considera como nuestro sistema de interés la mujer trabajadora de la universidad del Bío – Bío, Sede Chillán, la cual estará rodeada por las líneas de defensa que serían las 5 variables, fisiológica, psicológica, socioculturales, de desarrollo y espirituales. Los factores estresantes en este caso serían la alteración de la funcionalidad familiar y la aparición de la ansiedad, que traspasarían las líneas de defensa y afectarían al sistema, causando una reacción, que en este caso es la sintomatología depresiva (figura 1).

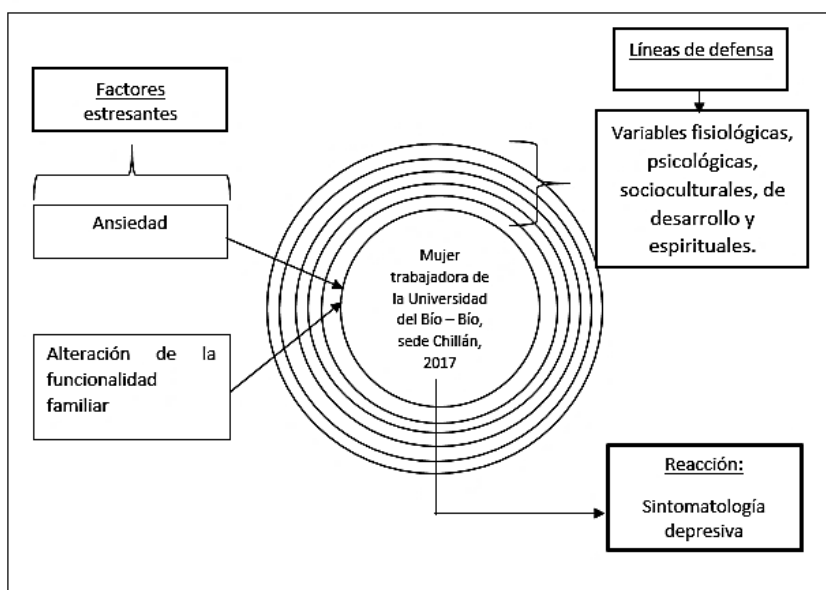


Figura 1: Aplicación del Modelo de Sistemas de Betty Neumann

1.6 MARCO EMPÍRICO

Realizada una revisión bibliográfica se dio cuenta de que no existen estudios que relacionen ansiedad y funcionalidad familiar con sintomatología depresiva de manera simultánea. Si bien es cierto, existen publicaciones recientes de los últimos 5 años que abordan las variables de interés, estos siguen siendo escasos, por lo que se consideraron estudios de mayor antigüedad (año 2004 y 2011), con el fin de obtener mayor evidencia científica.

Existen estudios que relacionan la funcionalidad familiar con la sintomatología depresiva, sin embargo, estos estudios se enfocan mayormente a adolescentes, pacientes que sufren algún padecimiento crónico y mujeres embarazadas y no a la población estudio de esta investigación.

Gómez EM, Castillo-Ávila M, Cogollo Z. (11), el año 2011, planteó como objetivo establecer los predictores de disfunción familiar en adolescentes escolarizados de Cartagena, Colombia. El estudio fue de tipo analítico observacional transversal. La muestra fue de al menos 1.025 estudiantes. Los resultados arrojaron que las personas con disfunción familiar tienen 3,88 veces más probabilidad de generar sintomatología depresiva, que aquellos que no presentan disfunción familiar.

Souza RA, da Costa GD, Yamashita CH, Amendola F, Correa J, Martins Mr, *et al.* (12), el año 2014 establecieron como objetivo clasificar familias de adultos mayores con síntomas depresivos según funcionalidad y verificar la presencia de la asociación entre tales síntomas, la funcionalidad familiar y las características de los adultos mayores. El estudio fue de tipo analítico observacional transversal. La muestra estaba constituida por 186 pacientes mayores de 60 años. Los resultados revelaron que las personas con disfunción familiar tienen 5,36 veces más probabilidad de generar sintomatología depresiva, que aquellos que no presentan disfunción familiar, con un p-valor significativo.

Dois A, Uribe C, Villarroel L, Contreras A (13), el año 2013, tuvieron objetivo analizar los factores asociados a la incidencia de síntomas depresivos en mujeres con bajo riesgo obstétrico. El estudio fue de tipo analítico observacional de corte transversal. Se seleccionó

una muestra no aleatoria de 306 mujeres mayores de 15 años que cursaron embarazos de bajo riesgo, que dieron a luz a recién nacidos únicos, sanos y de término. Los resultados, al relacionar las variables funcionalidad familiar y sintomatología depresiva, evidenciaron que a medida que la funcionalidad familiar disminuye, la sintomatología depresiva aumenta.

En cuanto a la asociación entre ansiedad y sintomatología depresiva, la literatura es aún más escasa, ya que los estudios encontrados mayormente relacionan las variables mencionadas con alguna condición de una patología crónica y no entre ellas. Por otra parte, los estudios encontrados tampoco se desarrollaron en la misma población de interés.

Guerrero LJ, Heinze MG, Ortiz LS, Cortés MJ, Barragán PV, Flores-Ramos M (14), el año 2012, tuvo como objetivo identificar los factores que predicen la presencia de síntomas depresivos de acuerdo con la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en estudiantes de primer año de medicina. La población del estudio fueron estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de México. Los resultados de este estudio revelaron que al asociar las variables ansiedad y sintomatología depresiva, se observó que, a mayor puntuación en la escala de estado de ansiedad, mayor puntuación en la CES-D (de sintomatología depresiva).

Wu Y, Zhao X, Lia Y, Dingc X, Yanga H, Bid P, et al. (15), el año 2016, tuvo como uno de sus objetivos explorar longitudinalmente los factores asociados a los síntomas de ansiedad social para determinar las relaciones entre factores sociodemográficos, familiares y psicosociales (entre ellos la sintomatología depresiva) con síntomas de ansiedad social durante la infancia. El estudio fue de tipo analítico observacional de corte longitudinal prospectivo. Para la muestra se constituyó de un total de 1047 niños respondieron a la evaluación inicial. Durante el seguimiento se perdió el 22,1% de los sujetos. Los resultados de este estudio revelaron que las personas con ansiedad social presentan 1,04 veces más posibilidad de presentar síntomas depresivos, con un p-value significativo.

Alvarado R, Numhauser J (16), en el año 2004, establecieron como objetivo describir la tasa de prevalencia instantánea de cuadros depresivos en mujeres de la Isla de Chiloé, la

asociación con sintomatología y trastornos de tipo ansioso; y estudiar la asociación con un conjunto de factores sociales. El estudio es de corte transversal, con una muestra poblacional de tipo probabilística compuesta por 153 mujeres adultas, de 18 a 64 años. Se encontró una prevalencia de 5,9% para trastornos depresivos y de 20,3% para cuadros subclínicos. Además, se observó una fuerte asociación entre los síntomas depresivos y los de tipo ansioso.

1.7 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1 OBJETIVO GENERAL:

Relacionar funcionalidad familiar y ansiedad con sintomatología depresiva en mujeres trabajadoras de la Universidad del Bío - Bío, sede Chillán

1.7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las características sociodemográficas (edad, escolaridad, estado civil, número de hijos e ingreso económico) de las participantes del estudio.
2. Describir las características laborales (ocupación, salario, horas de trabajo semanal y tipo de contrato) de las participantes del estudio.
3. Conocer el nivel de funcionalidad familiar, ansiedad y sintomatología depresiva de las participantes del estudio.
4. Determinar la relación entre características sociodemográficas y laborales con sintomatología depresiva en las participantes del estudio.
5. Conocer la relación entre funcionalidad familiar con sintomatología depresiva en las participantes del estudio.
6. Determinar la relación entre ansiedad con sintomatología depresiva en las participantes del estudio.

1.8 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

1. A mayor funcionalidad familiar, menor es la sintomatología depresiva en la mujer trabajadora de la Universidad del Bío - Bío, sede Chillán.
2. A mayor ansiedad, mayor es la sintomatología depresiva en la mujer trabajadora de la Universidad del Bío - Bío, sede Chillán.

2. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 TIPO DE DISEÑO:

Estudio correlacional, de corte transversal cuantitativo

2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Se constituye por 253 mujeres que laboran en la Universidad del Bío Bío, Chillán (105 académicas, 148 administrativas).

2.3 MUESTRA

Se obtuvo una muestra de 96 mujeres, determinada en base a un 99% de confianza, 90% de poder estadístico y una correlación estimada de (-0,38) del estudio de Dois A, Uribe C, Villarroel L, Contreras A (13), tuvieron como objetivo analizar los factores asociados a la incidencia de síntomas depresivos en mujeres con bajo riesgo obstétrico. La expresión para el cálculo de tamaño muestral se indica a continuación:

$$n \geq \left(\frac{z_1 - \frac{a}{2} + z_1 - b}{\frac{1}{2} \ln \left(\frac{1+r}{1-r} \right)} \right)^2 + 3$$

Reemplazando se tiene:

$$n \geq \left(\frac{2,58 + 1,282}{\frac{1}{2} \ln \left(\frac{1 + (-0,38)}{1 - (-0,38)} \right)} \right)^2 + 3$$

Las mujeres fueron seleccionadas mediante un muestreo aleatorio simple.

2.4 UNIDAD DE ANÁLISIS:

Mujer trabajadora de la Universidad del Bío - Bío, sede Chillán.

2.5 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD:

2.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Tener contrato laboral a plazo fijo (contrata) o indefinido (de planta) vigente durante el primer semestre del año 2017 en la Universidad del Bío - Bío.
- Tener su unidad de trabajo en los campus Fernando May, La Castilla o el Centro de Extensión de la universidad.
- Vivir con al menos con un familiar y querer participar voluntariamente del estudio.

2.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Se excluyen aquellas que tengan diagnóstico o se encuentren en tratamiento por un trastorno ansioso o depresivo.
- Todas las trabajadoras que presenten licencia médica, estén en periodo de pre o postnatal, año sabático, asignación o pasantía al momento de aplicar los instrumentos.
- Docentes que participaron en la formulación del proyecto y profesora guía.

2.6 LISTADO DE VARIABLES:

Se especifica la definición nominal y operacional en la matriz de variables (anexo 1)

2.6.1 VARIABLE DEPENDIENTE:

- Sintomatología depresiva

2.6.2 VARIABLES INDEPENDIENTES:

- Funcionalidad familiar
- Ansiedad

2.6.3 COVARIABLES:

- Ocupación
- Salario
- Horas de trabajo semanal
- Tipo de contrato
- Edad
- Escolaridad
- Estado civil
- Número de hijos
- Ingreso económico

2.7 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO RECOLECTOR:

2.7.1 CUESTIONARIO DE CARACTERIZACIÓN DE LAS PARTICIPANTES DE ESTUDIO.

Ficha elaborada por los autores de este estudio para la recolección de datos sociodemográficos y laborales. En cuanto a los antecedentes sociodemográficos, considera: edad, escolaridad, estado civil, número de hijos e ingreso económico. Respecto a los antecedentes laborales, abarca: ocupación, salario, horas de trabajo semanal y tipo de contrato (Anexo 2).

El cuestionario consta de 11 preguntas, de ellas se desglosan 4 preguntas abiertas (preguntas 1, 4, 8 y 9 de cuestionario), 6 preguntas tipo Likert (preguntas 2, 3, 5, 6, 7 y 10 de cuestionario) y 1 pregunta dicotómica (pregunta 11 del cuestionario). Las primeras 10 preguntas son para establecer las covariables a estudiar en la investigación, mientras que

la pregunta final es para evaluar si la persona tiene diagnóstico o se encuentra en tratamiento por trastorno ansioso o depresivo, y de esa manera establecer el criterio de exclusión.

2.7.2 ESCALA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DE GOLDBERG (E.A.D.G):

Es un instrumento modificado por D. Goldberg en 1988 a partir de la escala *“Psychiatric Assessment Schedule”*, con el fin de lograr una entrevista de menor duración que pudiera ser utilizada por médicos no psiquiatras como instrumento de tamizaje. Fue validada en España por Montón, Echeverría y Campos en 1993. Se divide en dos subescalas, cada una consta de 9 ítems de respuesta dicotómica (SI/NO) estructurados en 4 ítems iniciales de despistaje y 5 ítems que se formulan si se obtiene al menos 1 (en la subescala de depresión) o 2 (en la subescala de ansiedad) respuestas positivas en las preguntas de despistaje. La escala global tiene una sensibilidad del 83,1%, una especificidad del 81,8% y un valor predictivo de un 95,3% (41).

Su aplicación es heteroadministrada (modalidad entrevista o autoadministrada), en la que se indaga si la persona ha presentado en las últimas dos semanas algunos de los síntomas a los que hacen referencia los ítems; no se puntúan los síntomas que duren menos de dos semanas o que sean de leve intensidad. El instrumento está diseñado para detectar “probables casos”, no para diagnosticarlos (42).

2.7.2.1 SUBESCALA DE DEPRESIÓN DE GOLDBERG (Anexo 3)

El puntaje de corte de la escala indica que con 2 o más respuestas afirmativas, existe Depresión probable. La subescala de depresión muestra una alta sensibilidad para captar a los pacientes diagnosticados de trastornos depresivos (85,7%), con una capacidad discriminante para los trastornos de ansiedad algo baja (66% de los pacientes con trastornos de ansiedad) (42).

2.7.2.2 SUBESCALA DE ANSIEDAD DE GOLDBERG (Anexo 3)

El puntaje de corte de la escala indica que con 4 o más respuestas afirmativas, existe Ansiedad probable. La subescala de ansiedad tiene una sensibilidad de un 72%, pero mayor capacidad discriminante (sólo detecta un 42% de los trastornos depresivos) (42).

2.7.3 APGAR FAMILIAR (Anexo 3).

Fue diseñado en 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein, quien basándose en su experiencia como Médico de Familia propuso la aplicación de este test como un instrumento para los equipos de Atención Primaria, en su aproximación al análisis de la función familiar. Este instrumento muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global. Es auto administrado de tamizaje con 5 preguntas cerradas (38). Las preguntas del cuestionario evalúan 5 áreas de la funcionalidad familiar:

1. Adaptabilidad: capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas o situaciones de crisis.
2. Participación: capacidad de compartir los problemas y comunicarse para explorar fórmulas de resolución de problemas. Cooperación en las responsabilidades del mantenimiento familiar y toma de decisiones.
3. Desarrollo (Growth): capacidad de apoyar y asesorar en las distintas etapas del ciclo vital familiar permitiendo la individuación y separación de los miembros de la familia.
4. Afectividad: Capacidad de experimentar cariño y preocupación por cada miembro de la familia y de demostrar distintas emociones como amor, pena o rabia.
5. Capacidad de resolución: capacidad de instrumentalizar los elementos anteriores, entendida como compromiso de dedicar tiempo de atender necesidades físicas y emocionales de los demás miembros, generalmente asociable al compromiso de compartir ingresos y espacios (43).

La escala de respuesta de este instrumento es Likert con 3 opciones (casi siempre/ a veces/ casi nunca). Los puntajes de corte son de 0 – 3 puntos disfunción grave, de 4 – 6 disfunción leve y de 7 – 10 puntos normofuncionales. La escala ha sido traducida y validada en castellano, se ha estudiado la validez de constructo, la validez factorial. La consistencia interna de la escala es de 0,81 y la fiabilidad test –retest es de 0.81 (42).

La validación inicial del APGAR familiar mostró un índice de correlación de 0.80 entre este test y el instrumento previamente utilizado (Pless-Satterwhite Family Function Index). Posteriormente, el APGAR familiar se evaluó en múltiples investigaciones, mostrando índices de correlación que oscilaban entre 0.71 y 0.83, para diversas realidades (43). La escala fue validada en Chile en 1987 por Maddaleno, Horwitz, Jara, Florenzano y Salazar, siendo ampliamente utilizado en el marco de la atención primaria (44) (Anexo 4).

2.8 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la recolección de datos, se acudió en duplas de investigadores a la unidad de trabajo de cada mujer seleccionada en el muestreo, se les informó el objetivo de la investigación y se les preguntó qué momento tenían disponible para responder los instrumentos. En la fecha acordada se les hizo entrega del consentimiento informado (Anexo 5), luego se les entregaron los cuestionarios para que los contestara de manera autoadministrada, se les informó que en caso de cualquier duda la aclarara inmediatamente con alguno de los investigadores presentes.

2.9 ASPECTOS ÉTICOS:

Se solicitó la autorización para la investigación al Comité de Bioética de la Universidad del Bío - Bío, mediante la entrega de una solicitud de investigación científica y una carta por parte de la Directora de Escuela de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío, la cual fue autorizada mediante una certificación (Anexo 6). De conformidad con la Ley chilena 20.120

sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana, en su artículo 11 se declara que “toda investigación científica en un ser humano deberá contar con su consentimiento previo, expreso, libre e informado, o, en su defecto, el de aquel que deba suplir su voluntad en conformidad con la ley”. Por lo tanto, todo individuo antes de someterse a la investigación deberá firmar su consentimiento informado de manera libre e informada (45).

De acuerdo con la declaración de Helsinki, se declara tomar toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal (46). Además, se garantiza la protección de datos de carácter personal por medio de la ley 19.628 (47).

2.10 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS.

La descripción de las variables cualitativas del estudio se hará con frecuencias absolutas (número de casos) y frecuencias relativas (porcentajes).

Con el objetivo de evaluar las hipótesis del estudio, se efectuó un análisis bivariado y multivariado.

El análisis bivariado se realizó mediante la prueba de Chi-cuadrado para evaluar la presencia de asociaciones entre las variables; esta prueba se complementó con el cálculo de Odds Ratios (OR) con el fin de medir la magnitud de las asociaciones que presentan las variables, que considera un intervalo de confianza del 95%. En casos donde más del 20% de sus celdas contenía frecuencias esperadas inferiores a cinco o celdas con frecuencias observadas de cero casos, se utilizó la prueba exacta de Fisher.

Para el análisis multivariado se utilizó una regresión logística multivariante que permitió asociar de manera conjunta las variables independientes con la variable dependiente para obtener resultados desde una perspectiva biológica, el cuál entrega un O.R. ajustado y su respectivo intervalo de confianza calculado al 95%.

Los datos recolectados serán procesados en los programas estadísticos SPSS (Statistical Package for the Social Sciencies) versión 24.0 (en español) y Epidat versión 3.1 (en español).

3. RESULTADOS

Se entrevistaron a 111 mujeres que laboran en la Universidad del Bío - Bío, Sede Chillán, de las cuales 15 no cumplieron con los criterios de elegibilidad previstos en este trabajo, por lo que quedó una muestra de 96 trabajadoras.

La tabla 1 informa que el 59,4% tiene una edad entre 40 y 59 años; el 54,2% manifestó tener estudios profesionales o de postgrado; el 59,4% es casada; el 65,6% tiene 1 ó 2 hijos; el 72,9% percibe un ingreso per cápita mayor o igual a \$193.105.

Tabla 1. Distribución de mujeres trabajadoras de la Universidad del Bío-Bío según sus características sociodemográficas

Características sociodemográficas	n	%
Edad (años)		
≤ 39	36	37,5
40 a 59	57	59,4
≥ 60	3	3,1
Escolaridad		
Media completa	9	9,4
Técnico de nivel superior	35	36,4
Profesional o postgrado	52	54,2
Estado civil		
Soltera	28	29,1
Casada	57	59,4
Viuda	2	2,1
Divorciada	4	4,2
Unión libre	5	5,2
Número de hijos		
0	18	18,8
1 – 2	63	65,6
3 o más	15	15,6
Ingreso per cápita (peso chileno)		
≤ 193.104	26	27,1
≥ 193.105	70	72,9

En relación a las características laborales de la muestra (Tabla 2), el 67,7% de la muestra informó que pertenece a la planta administrativa; el 67,7% percibió un sueldo menor o igual a \$1.287.500; el 94,8% trabaja a jornada completa; el 63,5% indicó estar contratada a plazo fijo.

Tabla 2. Distribución de mujeres trabajadoras de la Universidad del Bío-Bío según sus características laborales

Características laborales	N	%
Ocupación		
Académicas	31	32,3
Administrativas	65	67,7
Salario (peso chileno)		
≤ \$515.000	34	35,4
\$515.001 - \$1.287.500	31	32,3
≥ \$1.287.501	31	32,3
Horas de trabajo semanal		
Jornada parcial	5	5,2
Jornada completa	91	94,8
Tipo de contrato		
A contrata	61	63,5
Planta	35	36,5

La Tabla 3 señala que el 60,4% de la muestra presentó depresión probable; el 14,6% manifestó disfunción familiar, ya sea grave o leve. El 49,0% arrojó ansiedad probable.

Tabla 3. Distribución de mujeres trabajadoras de la Universidad del Bío-Bío según nivel de sintomatología depresiva, funcionalidad familiar y ansiedad

Características	N	%
Sintomatología depresiva		
Depresión probable	58	60,4
Normal	38	39,6
Funcionalidad familiar		
Disfunción grave	6	6,3
Disfunción leve	8	8,3
Normofuncionales	82	85,4
Ansiedad		
Ansiedad probable	47	49,0
Normal	49	51,0

Con respecto a las variables independientes que se estudiaron como potenciales factores asociados a sintomatología depresiva (Tabla 4), se encontró que edad, estado civil y número de hijos no se asociaron estadísticamente con sintomatología depresiva. Ahora, las mujeres con estudios técnico de nivel superior (OR=3,938) y las que informaron un ingreso per cápita menor o igual que \$193.104 pesos (OR=2,807) fueron factores que se asociaron estadísticamente con sintomatología depresiva (ambos con $p < 0.05$).

Tabla 4. Asociación entre las características sociodemográficas y sintomatología depresiva.

Características sociodemográficas	Sintomatología depresiva		p-valor	O.R.*
	Depresión probable (n= 58)	Normal (n=38)		
Edad (años)				
≤ 39	24 (41,4%)	12 (31,6%)	0,496†	
40 a 59	34 (58,6%)	23 (60,5%)	Ref	
≥ 60	0 (0%)	3 (7,9%)	n/c	
Escolaridad				
Media completa	7 (12,1%)	2 (5,3%)	0,081‡	
Técnico de nivel superior	27 (46,5%)	8 (21,0%)	0,040†	3,938
Profesional o postgrado	24 (41,4%)	28 (73,7%)	Ref	
Estado civil				
Soltera	17 (29,3%)	11 (28,9%)	Ref	
Casada	33 (56,9%)	24 (63,2%)	0,804†	
Viuda	2 (3,4%)	0 (0,0%)	n/c	
Divorciada	3 (5,2%)	1 (2,6%)	0,515‡	
Unión libre	3 (5,2%)	2 (5,3%)	0,669‡	
Número de hijos				
0	11 (19,0%)	7 (18,4%)	Ref	
1 – 2	41 (70,7%)	22 (57,9%)	0,757†	
3 y más	6 (10,3%)	9 (23,7%)	0,227†	
Ingreso per cápita (peso chileno)				
≤ \$193.104	20 (34,5%)	6 (15,8%)	0,044†	2,807
≥ \$193.105	38 (65,5%)	32 (84,2%)	Ref	

* O.R. (Odds Ratio). † Prueba de chi-cuadrado ‡ Prueba de Fisher (unilateral)

La Tabla 5 señala que horas de trabajo semanal y tipo de contrato no se asociaron estadísticamente con sintomatología depresiva, pero sí con la ocupación administrativa (OR=3,115) y salario (OR=3,467).

Tabla 5. Asociación entre las características laborales y sintomatología depresiva.

Características laborales	Sintomatología depresiva		p-valor	O.R.*
	Depresión probable (n=58)	Normal (n=38)		
Ocupación				
Académicas	13 (22,4%)	18 (47,4%)	Ref	
Administrativas	45 (77,6%)	20 (52,6%)	0,011†	3,115
Salario (peso chileno)				
≤ \$515.000	26 (44,8%)	8 (21,1%)	0,019†	3,467
\$515.001 - \$1.287.500	17 (29,3%)	14 (36,8%)	0,611†	
≥\$1.287.501	15 (25,9%)	16 (42,1%)	Ref	
Horas de trabajo semanal				
Jornada parcial	4 (6,9%)	1 (2,6%)	0,339‡	
Jornada completa	54 (93,1%)	37 (97,4%)	Ref	
Tipo de contrato				
A contrata	38 (65,5%)	23 (60,5%)	0,619†	
Planta	20 (34,5%)	15 (39,5%)	Ref	

* O.R. (Odds Ratios). † Prueba de chi-cuadrado. ‡ Prueba de Fisher (unilateral)

En relación a la funcionalidad familiar y ansiedad con sintomatología depresiva, la tabla 6 informa que los dos factores testeados se asociaron estadísticamente, con OR=4,017 (p=0,002) y OR=10,689 (p=0,007), respectivamente.

Tabla 6. Asociación entre la funcionalidad familiar y ansiedad con sintomatología depresiva.

Características	Sintomatología depresiva		p-valor	O.R.*
	Depresión probable (n= 58)	Normal (n=38)		
Funcionalidad familiar				
Disfunción grave + leve	13 (22,4%)	1 (2,6%)	0,007†	10,689
Normofuncionales	45 (77,6%)	37 (97,4%)	Ref	
Ansiedad				
Ansiedad probable	36 (62,1%)	11 (28,9%)	0,002†	4,017
Normal	22 (37,9%)	27 (71,1%)	Ref	

* O.R. (Odds Ratios). † Prueba de chi-cuadrado

Al realizar regresión logística multivariante que incluye 8 variables independientes evaluadas y su relación con la sintomatología depresiva; de ellas sólo ansiedad presentó una relación estadísticamente significativa con la sintomatología depresiva con un O.R.=3,400, IC 95% (1,241-9,318) (p=0,017).

Tabla 7. Regresión logística multivariante entre variables independientes y sintomatología depresiva.

Características	B	Error típico	Test de Wald	p-valor	O.R.*	IC (95%)	
						L.I.†	L.S.‡
Edad (en años)	-0,041	0,036	1,270	0,260			
Escolaridad							
Media completa	0,940	1,186	0,629	0,428			
Técnico nivel superior	1,450	0,804	3,251	0,071			
Profesional o postgrado	Ref						
Ocupación							
Académicas	-1,415	1,212	1,363	0,243			
Administrativas	Ref						
Ingreso per cápita (peso chileno)							
≤ \$193.104	0,003	0,726	0,000	0,997			
≥ \$193.105	Ref						
Salario (peso chileno)							
≤ \$515.000	-1,676	1,490	1,266	0,260			
\$515.001 - \$1.287.500	-1,609	1,224	1,729	0,188			
≥ \$1.287.501	Ref						
Tipo de contrato							
A contrata	0,042	0,688	0,004	0,952			
Planta	Ref						
Ansiedad							
Ansiedad probable	1,224	0,514	5,661	0,017	3,400	1,241	9,318
Normal	Ref						
Funcionalidad familiar							
Disfunción (grave + leve)	1,659	1,105	2,255	0,133			
Normofuncionales							

* O.R. (Odds Ratios). †L.I.: Límite inferior. ‡L.S.: Límite superior

4. DISCUSIÓN

4.1 DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue relacionar funcionalidad familiar y ansiedad con sintomatología depresiva en mujeres trabajadoras, evaluando condiciones laborales y sociodemográficas.

En cuanto a las características sociodemográficas de la muestra, el 59,4% de las mujeres tiene una edad entre 40 y 59 años, lo que concuerda con los datos otorgados por el INE en la Encuesta Nacional de Empleo (ENE 2015) (3).

El 54,2% de las mujeres tiene título profesional o postgrado, 36,4% técnicos de nivel superior y 9,4% media completa; esto se contrapone a las cifras otorgadas por el INE según la ENE 2015 donde predomina la escolaridad media completa en mujeres trabajadoras con un 42,7% (3).

El 59,4% de las mujeres estudiadas es casada, estos datos difieren de los otorgados por el INE en el 2013, los que establecen que el 44,3% de las mujeres que trabajan son casadas. (48)

El 65,6% de mujeres trabajadoras de la Universidad del Bío - Bío tienen entre 1 y 2 hijos, lo que concuerda con datos de Chile, pues en el año 2015 la tasa global de fecundidad fue de 1,82 hijos por mujer, según proyecciones del INE para los años 2002-2020 (49). Además, en virtud de la revisión bibliográfica no se encontraron estudios en los últimos 5 años que relacionen estas variables, sin embargo, el más reciente data del año 2004 por Alvarado R, Numhauser J, que utilizaban variables sociodemográficas similares a las de este estudio, estableciendo que las mujeres en Chiloé tenían en promedio 2 hijos (16), realidad que pudiese homologarse puesto que se estudió dentro del mismo país.

El 72,9% del total de mujeres encuestadas, percibe un ingreso per cápita \geq \$193.105, situación que las ubica dentro de los quintiles socioeconómicos 4° y 5° (50). Esto difiere a

los datos aportados por la ENETS 2009-2010, que indican que el 43,3% de las mujeres trabajadoras en Chile percibe un ingreso per cápita \geq \$181.000.

El 67,7% de las mujeres que laboran son administrativas. En Chile el 8% de la población que trabaja realiza actividades de oficina, según información obtenida por la ENETS 2009-2010. Sin embargo, no se encontraron datos específicos para la población femenina (4).

El 32,3% de las mujeres encuestadas tiene un salario \geq \$1.287.500, al contrastar con la realidad de Chile, datos otorgados por el INE, 2015, indican que el 1,3% de las mujeres tiene un salario promedio similar a la población de estudio (51). La universidad al ser una institución de educación superior, por características propias debe tener trabajadores con un nivel educacional mayor, teniendo grado de profesional o técnico en nivel superior lo que les permite optar a ingresos económicos mayores.

El 94,8% de las trabajadoras de la institución trabajan a jornada completa, es decir, 44 horas semanales. Al evaluar las cifras en Chile, según la ENE 2015, solo el 35,2% de las mujeres trabajan a jornada completa (3).

El 63,5% de la población de estudio tiene contrato a plazo fijo, lo que se contradice con los datos obtenidos por la ENETS durante el período 2009-2010, en donde el 15% de las mujeres señala tener un contrato de trabajo de menos de un año (4).

En relación a la funcionalidad familiar, un 85,4% de las participantes del estudio tienen familias normofuncionales y un 4% presentan disfunción severa, situación que se asemeja a lo encontrado por Ulate - Gómez D, el 2013, en un estudio en adolescentes de Costa Rica, donde un 68,6% tiene familias normofuncionales y un 6,3% de las familias de los jóvenes de Costa Rica presentaron disfunción grave (52).

Por otra parte, el 49% de la población en estudio presenta ansiedad probable, lo que se contrasta con la prevalencia de trastornos ansiosos en Chile, que, de acuerdo a Llanos K, en 2007, es de un 12.6% (6). Esto se debe a que los trastornos de ansiedad es una condición

diagnosticada por un psiquiatra, en cambio la ansiedad probable sólo considera síntomas o rasgos ansiosos y no representa un diagnóstico médico como tal.

En cambio, el 60,4% de las trabajadoras presentan sintomatología depresiva, lo que es discordante con la media de Chile, que fue 25.7% según la ENS (2009 – 2010) (5); también se contrasta con la información obtenida por la ENETS (2009-2010), ya que el 30% de las mujeres trabajadoras refirió haberse sentido melancólica, triste o deprimida (4).

Las mujeres con escolaridad técnico en nivel superior presentan 3,938 veces más riesgo de desarrollar sintomatología depresiva que mujeres profesional o postgrado con $p=0,040$; quienes tienen un ingreso per cápita $\leq \$193.104$ tiene 2,807 veces más probabilidad de presentar sintomatología depresiva que quienes tienen un ingreso superior con $p=0,044$; respecto a la ocupación, las mujeres que se desempeñan como administrativas tienen 3,115 veces más posibilidad de manifestar sintomatología depresiva que las académicas con $p=0,011$; en cuanto al salario, las mujeres que perciben sueldos $\leq \$515.000$ tienen 3,467 veces más riesgo de presentar sintomatología depresiva en comparación a las que reciben un salario $\geq \$1.287.501$ con $p=0,019$; finalmente para las variables de interés, las mujeres que presentan algún grado de disfunción familiar, ya sea grave o leve, tiene 10,689 veces más posibilidad de desarrollar sintomatología depresiva que las mujeres con familias normofuncionales con $p=0,007$; mientras que las mujeres que presentan ansiedad probable tienen 4,017 veces más probabilidad de manifestar sintomatología depresiva que quienes no presentan ansiedad con $p=0,002$; lo anterior de acuerdo al análisis bivariado.

Por otra parte, de acuerdo al Modelo de sistemas de Betty Neuman, el ser un humano es un ente complejo, que debe ser considerado como un sistema y que responde a diversos factores en su entorno, que actúan simultáneamente en él (40). Es por ello que no se puede analizar cada variable de manera independiente, sino como un conjunto de factores que determinan la aparición de sintomatología depresiva. Debido a lo anterior es que se analizaron algunas variables independientes mediante un análisis multivariante, a través de una regresión logística.

De acuerdo a los resultados, se encontró que la edad no presenta una asociación estadísticamente significativa con $p=0,260$, situación que es compartida por Alvarado R, Numhauser J, en 2004, que no encontró asociación entre esta variable y la presencia de cuadros depresivos con $p=0,214$ (16). También Dois A, Uribe C, Villarroel L, Contreras A, en 2012, al analizar las variables no se estableció una relación estadística significativa (13). Cabe destacar que en el estudio las mujeres con edad ≥ 60 años no presentaron depresión probable; y de acuerdo al Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos el hecho de dejar de trabajar o jubilarse provoca en las personas sensación de tristeza o aflicción (53), es por ello que el hecho de tener trabajo después de los 60 años no desarrollaría sintomatología depresiva.

La escolaridad tampoco presenta una asociación estadística significativa ante la presencia de sintomatología depresiva en la población de estudio, donde media completa y técnico de nivel superior presentaron $p>0,05$, respecto a profesional o postgrado. Sin embargo, se contraponen a la evidencia científica, ya que el estudio de Alvarado R, Numhauser J, en 2004, reveló que existe relación entre un menor nivel de escolaridad y la aparición de un cuadro depresivo clínico o subclínico, con $p=0,002$ (16). Serra J, Irizarry-Robles C, en 2015, establecieron que las personas con mayor escolaridad presentan menores posibilidades de desarrollar depresión (54). Giacomani C, *et al.*, en el año 2011, también encontraron que las personas con menor escolaridad mostrarían más síntomas depresivos que quienes presentan un nivel educacional mayor (55).

En relación a la ocupación no se logró una relación estadísticamente significativa, obteniendo un $p=0,243$. Al consultar la literatura, sólo se halló un estudio descriptivo con variables similares realizado por Velázquez-Pérez L, *et al.*, el 2010, en donde se estudiaban las variables síntomas depresivos y agotamiento en trabajadores de una institución de salud, en el que al evaluar por categoría de trabajador, las secretarias se encontraron dentro de las que obtuvieron mayor frecuencia de síntomas depresivos (56)

En cuanto a salario e ingreso per cápita no se estableció una asociación estadística significativa, para ninguna de las 2 variables con la presencia de sintomatología depresiva, donde ambas presentaron $p > 0,05$. Illanes E, *et al.*, en 2002 realizaron un análisis multivariado entre las variables ingreso económico y sintomatología depresiva, no encontrando una asociación significativa entre estas con $p = 0,065$ (57).

Con respecto al tipo de contrato no se determinó una relación estadísticamente significativa, presentando un $p = 0,619$. Al revisar la literatura, no se encontró evidencia científica respecto al efecto de esta variable con la aparición de sintomatología depresiva.

En cuanto a la ansiedad el análisis si estableció una relación significativa con la aparición de sintomatología depresiva en la población de estudio, donde mujeres con ansiedad probable presentan 3,400 veces más probabilidad de desarrollar sintomatología depresiva con $p = 0,017$. Esto es consistente con Guerrero LJ, *et al.*, en 2012, establecieron que, a mayor puntuación en la escala de estado de ansiedad, mayor puntuación en la CES-D (de sintomatología depresiva) (14). Mientras Wu Y, *et al.*, en 2016, hallaron que las personas con ansiedad social presentan 1,04 veces más posibilidad de presentar síntomas depresivos, con un $p < 0,05$ significativo (15). De igual manera Alvarado R, Numhauser J, en 2004, estableció que, a mayor puntaje en la escala de ansiedad, más intensos son los cuadros depresivos con $p < 0,0001$ (16).

Respecto a la funcionalidad familiar, no se encontró asociación estadística significativa con sintomatología depresiva con $p = 0,133$; sin embargo, al consultar la literatura los resultados se contraponen a la evidencia encontrada. Gómez EM, *et al.*, en 2011, encontraron que las personas con disfunción familiar tienen 3,88 veces más probabilidad de generar sintomatología depresiva que aquellas que no la presenten (11). De igual manera Souza RA, *et al.*, en 2014, revelaron en su estudio que las personas con disfunción familiar tienen 5,36 veces más probabilidad de generar sintomatología depresiva con $p < 0,05$ (12). También Dois A, *et al.*, en el 2013, establecieron que al relacionar las variables funcionalidad familiar y

sintomatología depresiva, evidenciaron que a medida que la funcionalidad familiar disminuye, la sintomatología depresiva aumenta (13).

Estas diferencias encontradas se pueden explicar porque los instrumentos utilizados para detectar sintomatología depresiva fueron distintos y la población objetivo no fue la misma a la utilizada en este estudio. Si bien en el estudio de Gómez EM, et al., (11) el procesamiento de datos fue similar, al realizar la regresión logística multivariante utilizaron como variable dependiente la funcionalidad familiar y no la sintomatología depresiva. Por otra parte, en el estudio de Dois A, et al., (13) realizaron en el procesamiento de datos solo un análisis bivariado. Cabe destacar que en el caso de este estudio al efectuar el análisis bivariado la asociación fue estadísticamente significativa, sin embargo, al realizar la regresión logística la variable funcionalidad familiar se vio enmascarada por la variable ansiedad, o posiblemente por otras variables que no fueron consideradas en esta investigación.

De acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación al realizar la regresión logística multivariante, la hipótesis “A mayor funcionalidad familiar, menor es la sintomatología depresiva en la mujer trabajadora de la Universidad del Bío - Bío, sede Chillán” se rechaza, mientras que la hipótesis “A mayor ansiedad, mayor es la sintomatología depresiva en la mujer trabajadora de la Universidad del Bío - Bío, sede Chillán” se acepta.

4.2 LIMITACIONES

- Escasa existencia de bibliografía científica en los últimos 5 años, respecto a las variables y población de estudio.
- Difícil acceso a las académicas de la Universidad del Bío - Bío para realizar la recolección de datos debido a sus compromisos académicos.

4.3 SUGERENCIAS

- Realizar un estudio con variables similares en población femenina que trabaje en la comunidad.
- Realizar un estudio con variables similares en mujeres que no tengan actividad laboral.
- Realizar un estudio con variables similares comparativo entre mujeres que trabajen y aquellas que no tengan actividad laboral.
- Realizar un estudio con variables similares comparativo entre mujeres y hombres que trabajen en la comunidad.
- Incluir variables de salud como posibles factores asociados.

4.4 CONCLUSIONES

De acuerdo a los datos obtenidos en esta investigación, la mayoría de las participantes informó tener entre 40 y 59 años, título profesional o postgrado, son casadas, con 1 ó 2 hijos y con un ingreso económico per cápita mayor o igual a \$193.105, desempeñan labores administrativas, con salario menor o igual a \$1.287.500, trabajan a jornada completa, y tienen contrato a plazo fijo.

Con respecto al nivel de funcionalidad familiar la mayoría tiene familia normofuncional, existe similitud entre la presencia de ansiedad probable y ausencia de ansiedad, mientras que prevalecen las mujeres con sintomatología depresiva.

La mayor prevalencia de sintomatología depresiva se evidenció en el grupo de 40 a 59 años, con título técnico de nivel superior, casadas, con 1 o 2 hijos, con ingreso económico per cápita mayor o igual a \$193.105, con cargo administrativo, con salario menor o igual a \$515.000, trabajan a jornada completa y contrato a plazo fijo.

En el caso de la edad, destaca que no se observa depresión probable en mujeres mayores de 60 años, lo que se condice con información entregada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos.

Al realizar el análisis bivariado entre funcionalidad familiar y ansiedad con sintomatología depresiva se estableció que la mayoría de las mujeres con depresión probable tienen familias normofuncionales y presentan ansiedad probable.

Mientras que al efectuar el análisis multivariado solamente se estableció una relación estadísticamente significativa entre la presencia de ansiedad probable y existencia de sintomatología depresiva en la población de estudio, estableciéndose como un factor de riesgo.

De acuerdo a lo anterior, no se determinó relación entre mayor funcionalidad familiar, menor la sintomatología depresiva, rechazando la primera hipótesis del estudio. Sin embargo, si se estableció que, a mayor ansiedad, mayor es la presencia de sintomatología depresiva, aceptando la última hipótesis de investigación.

5. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Dt.gob.cl. La mujer y el trabajo [Sede Web]. Santiago: Dt.gob.cl [Acceso 21 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.dt.gob.cl/1601/w3-article-59923.html>
- (2) Instituto Nacional de Estadísticas. Glosario nueva encuesta nacional de empleo [Internet]. Santiago: INE; 2010 [Acceso 21 de septiembre de 2016]
- (3) Instituto Nacional de Estadísticas. Enfoque estadístico: Género y empleo. Santiago: INE; 2016.
- (4) Ministerio de salud, Dirección del trabajo, Instituto de seguridad laboral. Primera encuesta nacional de empleo, trabajo, salud y calidad de vida de los trabajadores y trabajadoras en Chile (ENETS 2009-2010). Santiago; 2011.
- (5) Ministerio de salud. Encuesta nacional de salud ENS 2009-2010. Santiago; 2010.
- (6) Llanos K. Aproximación a los trastornos de ansiedad y trastornos de ansiedad generalizada. Viña del Mar: Sociedad chilena de salud mental; 2007.
- (7) Ubiobio.cl. Historia [Sede Web]. Concepción: Ubiobio.cl [Acceso 20 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.ubiobio.cl/w/#Historia>
- (8) Universidad del Bío – Bío. Anuario estadístico institucional 2014. Concepción: Universidad del Bío – Bío, Dirección general de análisis institucional; 2015.
- (9) Who.int. Salud mental: un estado de bienestar [Sede Web] Ginebra: Who.net [Actualización diciembre de 2013; acceso 24 de octubre de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- (10) Rivera-Heredia ME, Martínez-Servín LG, Obregón-Velazco N. Factores asociados con la sintomatología depresiva en adolescentes michoacanos. El papel de la migración familiar y los recursos individuales, familiares y sociales. Salud Ment. 2013; 36: 115-122.
- (11) Gómez EM, Castillo-Ávila M, Cogollo Z. Predictores de disfunción familiar en adolescentes escolarizados. Rev Colomb Psiquiatr. 2013; 42: 72-80.

- (12) Souza RA, da Costa GD, Yamashita CH, Amendola F, Correa J, Martins Mr, *et al.* Funcionalidad familiar de adultos mayores con síntomas depresivos. Rev. esc. enferm. USP. 2014; 48: 469-476.
- (13) Dois A, Uribe C, Villarroel L, Contreras A. Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público. Rev Med Chile. 2012; 140: 719-725
- (14) Guerrero LJB, Heinze MG, Ortiz LS, Cortés MJ, Barragán PV, Flores-Ramos M. Factores que predicen depresión en estudiantes de medicina. Gac Med Mex. 2013; 149 (6): 598 – 604.
- (15) Wu Y, Zhao X, Lia Y, Dingc X, Yanga H, Bid P, *et al.* El riesgo y los factores protectores en el desarrollo de los síntomas de ansiedad social infantil entre los niños chinos. Psychiatry Research. 2016; 240: 103-109.
- (16) Alvarado R, Numhauser J. Prevalencia de cuadros depresivos y factores asociados en mujeres adultas de la Isla de Chiloé, Rev Chil Salud Pública. 2004, Vol 8 (1): 7-17
- (17) Ministerio de Salud. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Santiago; 2013.
- (18) Cubillos X. Visita domiciliaria integral para actuar en salud familiar. Medwave 2007 Ago;7(7): e949 doi: 10.5867/medwave.2007.07.949
- (19) Memoriachilena.cl. Mujeres y trabajo [Sede Web] Santiago: Memoriachilena.cl [acceso 21 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-94488.html>
- (20) INE.cl. Estadísticas demográficas y vitales [Sede Web] Santiago: INE.cl [Actualizado septiembre de 2016, acceso 21 de septiembre de 2016]
- (21) INE.cl. Estadísticas demográficas y vitales [Sede Web] Santiago: INE.cl [Actualizado septiembre de 2016, acceso 21 de septiembre de 2016]
- (22) Instituto Nacional de Estadísticas. Organización del XV censo nacional de población y IV de vivienda. Santiago: INE; 1982.

- (23) Instituto Nacional de Estadísticas. Censo de población y vivienda Chile 1992. Santiago: INE; 1992.
- (24) Instituto Nacional de Estadísticas. Resultados Censo 2002: Volumen I Población País-Región. Santiago: INE; 2002.
- (25) Cova F, Melipillán R, Valdivia M, Bravo E, Valenzuela B. Sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de enseñanza media. Rev Chil Pediatr 2007; 78 (2): 151-159
- (26) Who.int. Depresión [Sede Web] Ginebra: Who.net [Acceso 15 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- (27) Psicomag.com. Síntomas depresivos [Sede Web] Buenos Aires: Psicomag.com [Actualizado 17 de octubre de 2015, acceso 19 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://www.depresion.psicomag.com/sinto_depre.php
- (28) Irrazabal N. Evaluación de sintomatología depresiva y ansiosa en los estudiantes de medicina de la Universidad de Chile [Sede Web]. Santiago, Chile: Universidad de Chile - Facultad de Ciencias Sociales; 2012 [Acceso 16 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.repositorio.uchile.cl/handle/2250/117100>
- (29) Pezo MC, Komura L, Costa M. La depresión incluida en la historia familiar. Texto contexto - enferm. [online]. 2004, vol.13, n.4, pp.511-518. ISSN 0104-0707.
- (30) Mingote JC, Gálvez M, del Pino P, Gutierrez MD. El paciente que padece un trastorno depresivo en el trabajo. Med. segur. trab. vol.55 no.214 Madrid ene./mar. 2009
- (31) Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid, 2008.
- (32) Martínez S, Sáiz P, García-Portilla MP. Trastornos de ansiedad en atención primaria. Jano: Medicina y humanidades, ISSN-e 0210-220X, Nº. 1714, 2008 (Ejemplar dedicado a: Salud mental en atención primaria), págs. 9-14
- (33) Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak. Protocolo de Atención Ambulatoria del Trastorno de Ansiedad. Santiago: Servicio de Salud Metropolitano Norte; 2012.
- (34) RAE.es. Familia [Sede Web] Madrid: RAE.es [Acceso 19 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=HZnZiow>

- (35) González F, Gimeno A, Meléndez JC, Córdoba A. La percepción de la funcionalidad familiar. Confirmación de su estructura bifactorial. Escritos de Psicología vol.5 no.1 Málaga ene./abr. 2012
- (36) Herrera P. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Rev Cubana Med Gen Integr v.13 n.6 Ciudad de La Habana nov.-dic. 1997
- (37) Castellón S. El funcionamiento familiar y su relación con la socialización infantil. Proyecciones para su estudio en una comunidad suburbana de Sancti Spíritus, Cuba. Contribuciones a las Ciencias Sociales. 2012 ISSN: 1988-7833
- (38) Suárez E. Calidad de vida y funcionamiento familiar en adolescentes con depresión en centros de salud pública [Internet]. Santiago, Chile: Universidad de Chile - Facultad de Ciencias Sociales; 2013 [acceso 3 de octubre de 2016]
- (39) Romagnoli C, Kuzmanovic V, Kuzmanovic L. La familia y su rol en la prevención de conductas de riesgo: Factores protectores. Ficha VALORAS UC. 2015.
- (40) Alligood M, Marriner Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. 7° ed. Barcelona: Elsevier; 2011.
- (41) Carbonell MM, Pérez R, Riquelme A. Valor diagnóstico de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EAD-G) en adultos cubanos. Univ. Psychol. Bogotá, Colombia. 2016; 15: 177-192
- (42) Generalitat Valenciana. Escalas e instrumentos para la valoración en Atención Domiciliaria. Valencia: Generalitat Valenciana, Consellería de sanitat; 2004.
- (43) Suárez M, Alcalá M. APGAR Familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. Rev. Méd. La Paz. 2014; 20: 53-57.
- (44) Maddaleno M, Horwitz N, Jara C, Florenzano R, Zalazar D. Aplicación de un instrumento para calificar el funcionamiento familiar en la atención de adolescentes. Rev Chil Pediatr, Vol. 58, no. 3 (mayo-jun. 1987) p.246-9
- (45) Leychile.cl. Sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana (Ley 20.120) [Sede Web] Valparaíso: Leychile.cl [Acceso 3 de

- noviembre de 2016]. Disponible en:
<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=253478>
- (46) Wma.net. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Sede Web] Ferney-Voltaire: Wma.net [Acceso 3 de noviembre de 2016]. Disponible en:
<http://www.wma.net/es/30publications/10policias/b3/>
- (47) Leychile.cl. Sobre protección de la vida privada (Ley 19.628) [Sede Web] Valparaíso: Leychile.cl [Acceso 15 de diciembre de 2016]. Disponible en:
<http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=141599>
- (48) Instituto Nacional de Estadística. Mujeres en Chile y mercado del trabajo: Participación laboral femenina y brechas salariales. Santiago: INE; 2015.
- (49) Instituto Nacional de Estadística. Enfoque estadístico: Enfoque demográfico de género. Santiago: INE; 2015.
- (50) Ministerio de Educación. Becas y créditos. Santiago: MINEDUC; 2016.
- (51) Instituto Nacional de Estadística. Enfoque estadístico: Género e ingresos. Santiago: INE; 2016.
- (52) Ulate-Gomez D. Riesgo biopsicosocial y percepción de la función familiar de las personas adolescentes de sexto grado en la Escuela Jesús Jiménez. Acta Médica Costarricense, vol. 55, núm. 1, marzo, 2013, pp. 18-23
- (53) Nimh.nih.gov. Las Mujeres y la Depresión: Descubriendo la Esperanza [Sede Web]. Bethesda: Nimh.nih.gov [Actualización 2011; acceso 3 de mayo de 2017]. Disponible en <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-mujeres-y-la-depresion/index.shtml>
- (54) Serra J, Yrizarry-Robles C. Factores protectores de la depresión en una muestra de adultos mayores en Puerto Rico: autoeficacia, escolaridad y otras variables socio-demográficas. Acta. colomb. psicol. 18 (1): 125-134, 2015.
- (55) Giacomani C, Funes C, Guzmán L, Montiel T. Depresión y escolaridad en adultos mayores. Diálogos sobre educación. Año 1, Núm. 2, enero -junio 2011

- (56) Velázquez-Pérez L, González M, Contreras G. Síntomas Depresivos y Agotamiento en Personal Trabajador del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento, 2010, Vol. 2, N°2, 60-67
- (57) Illanes E, Bustos L, Lagos X, Navarro N, Muñoz S. Factores asociados a síntomas depresivos y síntomas somáticos en mujeres climatéricas de la ciudad de Temuco. Rev Méd Chile 2002; 130: 885-891
- (58) RAE.es. Ansiedad. [Sede Web] Madrid: RAE.es [Acceso 22 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=2l0oQtn>
- (59) RAE.es. Edad. [Sede Web] Madrid: RAE.es [Acceso 19 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=EN8xffh>
- (60) Ministerio de salud. Manual de Aplicación del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor. Santiago: Ministerio de Salud, Subsecretaria de Salud Pública.
- (61) Ministerio de Desarrollo Social. CASEN 2011: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional. Ministerio de Desarrollo Social; 2012
- (62) Registrocivil.cl. ¿Cuántos "estados civiles" existen y qué significan? [Sede Web] Santiago: Registrocivil.cl [Acceso 3 de octubre de 2016]. Disponible en: http://www.registrocivil.cl/PortalOI/html/faq/Cod_Area_5/Cod_Tema_36/pregunta_204.html
- (63) Definiciónabc.com, Ingreso familiar [Sede Web] Definiciónabc.com [Acceso 4 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/economia/ingreso-familiar.php>
- (64) RAE.es. Ocupación [Sede Web] Madrid: RAE.es [Acceso 20 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=Qu0oRKT>
- (65) RAE.es. Salario [Sede Web] Madrid: RAE.es [Acceso 20 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=X1gL4YQ>
- (66) Dirección del trabajo. ENCLA 2011: Remuneraciones. Santiago: Dirección del Trabajo; 2011.

- (67) Dt.gob.cl. ¿Cuáles son los límites que la ley establece para la jornada de trabajo?
[Sede Web] Santiago: Dt.gob.cl [Acceso 3 de octubre de 2016]. Disponible en:
<http://www.dt.gob.cl/consultas/1613/w3-article-60058.html>
- (68) Chileatiende.gob.cl. Contrato de trabajo: aspectos formales [Sede Web] Santiago:
Chileatiende Pymes [Actualizado 2 de julio de 2014, acceso 3 de octubre de 2016].
Disponible en: <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/ver/24452>

6. ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE VARIABLES

Dimensión	Variables	Definición	
		Conceptual	Operacional
Variable dependiente	Sintomatología depresiva	<p>Conjunto de síntomas que pueden abarcar:</p> <p>Irritabilidad, tristeza o llanto frecuente, pensamientos acerca de la muerte o el suicidio, disminución en la capacidad para disfrutar de sus actividades preferidas, quejas frecuentes de malestares físicos, como dolores de cabeza o estomacales, nivel bajo de energía, fatiga, mala concentración o aburrimiento, cambio notable en los patrones de comer o de dormir (27).</p>	<p>Según la escala de depresión de Goldberg (41) se clasifican en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <2: normal • ≥2: depresión probable

VARIABLES INDEPENDIENTES	Funcionalidad familiar	Forma en que el sistema familiar, como grupo, es capaz de enfrentar las crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros, y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro (38).	Según la escala de APGAR familiar se clasifica (41) en: <ul style="list-style-type: none"> • Normofuncionales de 7 - 10 puntos. • Disfunción leve de 4 - 6 puntos. • Disfunción grave de 0 - 3 puntos.
	Ansiedad	Estado de agitación, inquietud o zozobra (Inquietud, aflicción y congoja), que no deja sosegar, del ánimo. Medicamente la RAE la define como angustia que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a ciertas neurosis, y que no permite sosiego a los enfermos (58).	Según la escala de ansiedad de Goldberg (41) se clasifica en: <ul style="list-style-type: none"> • < 4: normal • ≥ 4: ansiedad probable

Covariables	Edad	Tiempo que ha vivido una persona (59).	Número de años vividos al momento de realizar la encuesta. <ul style="list-style-type: none"> • ≤ 39 • 40 - 59 • ≥ 60
	Escolaridad	Corresponden a los años realizados en forma continua en la educación formal. Se considera años de escolaridad a los realizados en forma completa. No se contabilizan los años de capacitación o regularización de estudios en etapa adulta (60).	Se clasifican en (61): <ul style="list-style-type: none"> • Media completa • Técnico de nivel superior • Profesional o postgrado
	Estado civil	El estado civil es el lugar permanente que ocupa una persona en la sociedad que depende de sus relaciones de familia y que lo habilita para ejercer derechos y contraer obligaciones (62).	Los estados civiles son: <ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Viuda • Divorciada • Unión libre

	Número de hijos	Cantidad de hijos vivos que tenga la persona objeto de estudio.	Número de hijos vivos que la persona objeto de estudio al momento de realizar la encuesta. <ul style="list-style-type: none"> • No tiene • 1 – 2 • 3 y más
	Ingreso económico	Todos aquellos ingresos económicos con los que cuenta una familia, esto obviamente incluye al sueldo, salario, de todos aquellos miembros de la misma que trabajan y que por ello perciben un sueldo y todos esos otros ingresos que puede considerarse extras (rentas, emprendimientos) (63).	Se clasificará según quintil socioeconómico (50): <ul style="list-style-type: none"> • 1°, 2° y 3° quintil: \$0 - \$193.104 ingresos por persona. • 4° y 5° quintil: Mayor a \$193.105 por persona.
	Ocupación	Trabajo, empleo, oficio que ejerce una persona (64).	Cargo en que el que se desempeña dentro de la Universidad del Bío-Bío: <ul style="list-style-type: none"> • Académicas • Administrativas.

	<p>Salario</p>	<p>Cantidad de dinero con que se retribuye a los trabajadores por cuenta ajena (65).</p>	<p>Tramos de remuneración bruta mensual expresados en unidades de ingreso mínimo mensual (66).</p> <ul style="list-style-type: none"> • ≤ 2 IMM: ≤ \$515.000 • > 2 - 5 IMM: \$515.001 - \$1.287.500 • ≥ 5 \$1.287.501
	<p>Horas de trabajo semanal</p>	<p>De conformidad con lo establecido en los artículos 22 y 28 del Código del Trabajo, la jornada ordinaria de trabajo se encuentra sujeta a límites que las partes deben respetar al convenirla en el contrato de trabajo, siendo éstos los siguientes: a) no puede exceder de 45 horas semanales; b) el máximo legal, esto es, las 45 horas, debe ser distribuido en la semana en no menos de cinco ni en más de seis días, y c) no puede</p>	<p>Se clasificará según las horas que trabaje a la semana la persona:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jornada Parcial: < 44 horas semanales • Jornada completa: 44 horas semanales

		exceder de 10 horas diarias (52).	
	Tipo de contrato	El contrato de trabajo es un acuerdo entre un trabajador que se compromete a prestar servicios bajo la subordinación y dependencia de un empleador, a cambio de una remuneración. Sólo puede existir si ambas partes están de acuerdo en las obligaciones y los derechos que dan origen a la relación laboral (68).	Se clasificará en: <ul style="list-style-type: none"> • A contrata • De planta

ANEXO 2: CUESTIONARIO DE CARACTERIZACIÓN DE LAS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO



UNIVERSIDAD DEL BÍO - BÍO
CAMPUS FERNANDO MAY
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y LOS ALIMENTOS
ESCUELA DE ENFERMERÍA



CUESTIONARIO DE CARACTERIZACIÓN DE LAS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

Aplicar posterior a la firma del consentimiento informado por parte de las mujeres trabajadoras de la Universidad del Bío-Bío sede Chillán. Marcar con una **X** la respuesta según corresponda y escribir las respuestas numéricas en el recuadro disponible para ello:

1. Edad en años cumplidos : ____
2. ¿Qué nivel de escolaridad tiene usted?
 - Media completa : ____
 - Técnico de nivel superior : ____
 - Profesional o postgrado : ____
3. ¿Cuál es su estado civil?
 - Soltera : ____
 - Casada : ____
 - Viuda : ____
 - Divorciada : ____
 - Unión libre : ____
4. Número de hijos vivos : ____
5. ¿Qué cargo desempeña dentro de la Universidad del Bío-Bío sede Chillán?
 - Académica : ____
 - Profesional de apoyo : ____
 - Administrativa : ____
6. ¿Qué tipo de contrato de trabajo tiene usted con la Universidad del Bío-Bío?
 - Plazo fijo (contrata) : ____
 - Indefinido (de planta) : ____
7. ¿A qué tramo de remuneración bruta mensual (expresadas en unidades de ingreso mínimo mensual) corresponde su salario?
 - ≤ \$257.500 : ____
 - \$257.501 - \$515.000 : ____
 - \$515.001 - \$1.287.500 : ____
 - \$1.287.501 - \$2.060.000 : ____
 - > \$2.060.001 : ____
8. ¿Cuál es el ingreso total aproximado de todas las personas que viven en su hogar?

9. ¿Cuál es el número de personas que viven en su hogar?

10. ¿Cuántas horas de trabajo desempeña a la semana en la Universidad del Bío-Bío?
 - 11 horas semanales : ____
 - 22 horas semanales : ____
 - 33 horas semanales : ____
 - 44 horas semanales : ____
11. Actualmente ¿Presenta algún diagnóstico o se encuentra en tratamiento por un trastorno ansioso o depresivo? Sí: ____ No: ____
Si su respuesta es **sí**, seleccione que tipo de tratamiento presenta:
Tratamiento psicológico : ____
Tratamiento farmacológico : ____

ANEXO 3: SUBESCALA DE DEPRESIÓN DE GOLDBERG, SUBESCALA DE ANSIEDAD DE GOLDBERG Y APGAR FAMILIAR



UNIVERSIDAD DEL BÍO - BÍO
 CAMPUS FERNANDO MAY
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y LOS ALIMENTOS
 ESCUELA DE ENFERMERÍA



SUBESCALA DE DEPRESIÓN DE GOLDBERG

Subescala de depresión (Si ha manifestado estos síntomas en las últimas 2 semanas).	Si	No
1. ¿Se ha sentido con poca energía?		
2. ¿Ha perdido el interés por las cosas?		
3. ¿Ha perdido la confianza en usted mismo?		
4. ¿Se ha sentido desesperanzado, sin esperanzas?		
Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar		
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?		
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
Total		

SUBESCALA DE ANSIEDAD DE GOLDBERG

Subescala de ansiedad (Si ha manifestado estos síntomas en las últimas 2 semanas).	Si	No
1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?		
3. ¿Se ha sentido muy irritable?		
4. ¿Ha tenido dificultades para relajarse?		
Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar		
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
7. ¿Ha tenido los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?		
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?		
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para quedarse dormido?		
Total		

APGAR FAMILIAR

	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.			

ANEXO 4: CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR SEGÚN EL MÉTODO DE “DIVISIÓN EN MITADES” (“SPLIT – HALF”)

Tabla 4.
Confiabilidad del cuestionario de funcionamiento familiar según el método de “División en mitades” (“Split-Half”)

ITEM*	R ** (Coeficiente de correlación de Pearson)
1.-	
2.-	0,663
3.-	0,656
4.-	0,521
5.-	0,563
	0,875

* Según Tabla 1.
** p 0,01

ANEXO 5: CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO
CAMPUS FERNANDO MAY, CHILLÁN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DE LOS ALIMENTOS
ESCUELA DE ENFERMERIA

Consentimiento Informado

Estimado participante:

Quienes suscriben, Juan Ferrada Matus R.U.N. 18.771.513-k, Elizabeth Fierro Palma R.U.N. 18.771.902-k, Camila Godoy Escobar R.U.N. 18.773.415-0, Karen Henríquez Herrera R.U.N. 18.772.420-1 estudiantes de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío, están realizando la investigación titulada: "Funcionalidad familiar y ansiedad relacionada con sintomatología depresiva en mujeres trabajadoras de la Universidad del Bío-Bío, sede Chillán, 2017", siendo dirigida por la académica Sra. Aurora Henríquez Melgarejo del Departamento de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío.

El objetivo del estudio es determinar la relación entre funcionalidad familiar y ansiedad con sintomatología depresiva en mujeres trabajadoras de la Universidad del Bío- Bío, sede Chillán, 2017.

Su participación consiste en contestar el cuestionario sobre caracterización de las participantes del estudio, subescala de depresión de Goldberg, subescala de ansiedad de Goldberg y APGAR familiar. Es muy importante que conteste estos 4 cuestionarios por una sola vez. Esto le tomara aproximadamente 15 minutos.

La información obtenida a través de este estudio será mantenida bajo estricta confidencialidad. Su nombre no será utilizado y la información será sólo almacenada por los investigadores en dependencias institucionales, no existiendo copias de ésta. Esta información será sólo utilizada en esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación, por tanto, serán anónimas. Ningún informe o publicación que se genere como resultado de ese estudio lo identificará de ninguna manera.

Participar en este estudio de investigación depende de usted. Puede decidir no participar o abandonar el estudio en el momento que usted lo decida, incluso posterior al inicio del estudio. Por ello, NO recibirá ninguna penalización ni perderá los beneficios de salud que recibe actualmente ni los que tengan derecho a recibir.

El estudio no conlleva ningún riesgo para su salud ni recibe ningún beneficio. No recibirá compensación por participar. Los resultados grupales estarán disponibles en el Escuela de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío, si así desea solicitarlos. Si tiene alguna pregunta sobre esta investigación, se puede comunicar con la académica Mg. Aurora Henríquez Melgarejo, (42) 246 3091 o al correo ahenriquez@ubiobio.cl

Este consentimiento se firmará en dos ejemplares, quedando uno en poder del participante.

Agradeciendo su participación, le saluda atentamente,

Juan Ferrada Matus
Elizabeth Fierro Palma
Camila Godoy Escobar
Karen Henríquez Herrera
Alumnos tesistas

ACEPTACIÓN

Yo, _____, he leído el procedimiento descrito arriba. Los investigadores me han explicado el estudio y han contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio de los estudiantes de Enfermería sobre “Funcionalidad familiar y ansiedad relacionada con sintomatología depresiva en mujeres trabajadoras de la Universidad del Bío-Bío, sede Chillán, 2017”. He recibido copia de este consentimiento.

Firma participante

Nombre y firma de la persona que
obtiene el consentimiento

Nombre y firma del académico
Chillán, __/__/2017

ANEXO 6: APROBACIÓN DE COMITÉ DE BIOÉTICA



Universidad del Bío-Bío

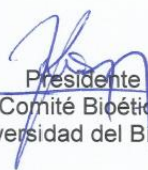
CERTIFICACION

El Comité de Bioética de la Universidad del Bío-Bío, presidio por el Dr. Sergio Acuña N. (Director de Investigación, Docente), con fecha 18 de Abril de 2017, ha revisado el Proyecto titulado **“Funcionalidad familiar y ansiedad relacionada con sintomatología depresiva en mujeres trabajadoras de la Universidad del Bío-Bío, Sede Chillán, 2017”**, que está siendo realizado por los estudiantes de 5^{to} año de la carrera de Enfermería, Juan Ferrada Matus, R.U.T.: 18.771.513-K, Elizabeth Fierro Palma, R.U.T.: 18.771.902-K, Camila Godoy Escobar, R.U.T.: 18.773.415-0, Karen Henríquez Herrera, R.U.T.: 18.772.420-1, y guiado por la Mg. Aurora Henríquez Melgarejo del Departamento de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío.

Este Comité basa lo que a continuación se señala, en la revisión de los documentos presentados por la Mg. Henríquez:

1. Se ha tenido a la vista el documento de consentimiento informado que firmarán los participantes de la investigación.
2. La metodología utilizada, cuestionarios, no vulnera la dignidad de las personas involucradas, por lo tanto no constituye una amenaza bajo ninguna circunstancia ni causa daño emocional ni moral a los investigados.
3. Este comité garantizará el derecho a la privacidad y al anonimato de los sujetos de investigación.
4. El investigador y la académica establecen y garantizarán la confidencialidad de los datos de investigación, en los casos que así lo ameriten.
5. El Comité ha comprobado que la investigación cumple con el respeto a los derechos humanos de los participantes y se ajusta a estándares científicos y éticos propios de la disciplina y de la Institución, los modelos de consentimiento toman en consideración los elementos señalados, con las garantías que se otorgan a sujetos vulnerables.

La presente certificación se extiende para los fines que se estimen pertinentes.


Presidente
Comité Bioética
Universidad del Bío-Bío

Comité Asesor de Bioética y
Biosseguridad
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
Universidad del Bío-Bío

Sede Concepción

Avda. Collao N° 1202 Casilla 5-C Fonos: (56-41) 261200 Fono/Fax: (56-41) 322883 –VIII Región – Chile

Sede Chillán

Avda. Andrés Bello s/n Casilla 447 Fono/Fax: (56-42) 253000 / Departamento Ciencias Básicas Fono: 253049 –VIII Región – Chile

E- mail: ubb@ubiobio.cl

www.ubiobio.cl