UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

Área de la Salud Humana

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TEMA:

DEPRESIÓN Y RELACIÓN CON FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DEL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO" DE LOJA

TESIS DE GRADO PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO GENERAL

AUTORA:

Ortiz Cango Diana Gabriela

DIRECTORA:

Dra. Ruiz Bustán Elvia Raquel

Loja - Ecuador

2014

CERTIFICACIÓN

Dra. Mg. Sc.
Elvia Raquel Ruiz Bustán
DOCENTE DE LA UNL Y DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que el presente trabajo investigativo titulado: **DEPRESIÓN Y RELACIÓN CON FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DEL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO" DE LOJA**, de autoría de la estudiante de la carrera de Medicina Humana, señorita Diana Gabriela Ortiz Cango, previo a optar el título de Médico General; ha sido revisado y dirigido permanentemente hasta su conclusión, por lo que autorizo su presentación.

Atentamente:

…….

Dra. Mg. Sc. Elvia Ruiz Bustán
DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo Ortiz Cango Diana Gabriela declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

Autor: Ortiz Cango Diana Gabriela

Firma:

Cédula: 1105033490

Fecha: 08 de octubre del 2014

CARTA DE AUTORIZACION DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCION PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACION ELCETRONICA DEL TEXTO COMPLETO

Yo Ortiz Cango Diana Gabriela declaro ser autora de la tesis titulada: DEPRESIÓN Y RELACIÓN CON FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DEL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO" DE LOJA, como requisito para optar al grado de Médico General; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los ocho días del mes de Octubre del dos mil catorce, firma el autor.

Firma:

Autor: Ortiz Cango Diana Gabriela

Cédula: 1105033490

Dirección: Barrio Héroes del Cenepa.

Correo Electrónico: dianisgat_1725@hotmail.es

Teléfono: 2547084 Celular: 0981829545

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Director de tesis: Dra. Mg. Sc. Elvia Raquel Ruiz Bustán

Tribunal de Grado: Dr. Patricio Aguirre (Presidente del Tribunal)
Dr. Germán Vélez (Miembro del Tribunal)
Dra. Ana Puertas (Miembro del Tribunal)

DEDICATORIA

Me permito dedicar este trabajo primeramente a Dios quien me ha brindado salud, sabiduría y perseverancia para poder concluir este trabajo de manera oportuna y satisfactoria

También dedico mi investigación a mis padres y hermanos quienes han sido mi apoyo incondicional tanto económico como motivacional

A los jóvenes del Instituto Superior Tecnológico “Daniel Álvarez Burneo” por haber colaborado con el desarrollo de mi trabajo

A mis amigas y compañeros de la Universidad con quienes he vivido y compartido muchos momentos especiales e inolvidables de mi vida durante mis estudios superiores.

Finalmente esta investigación también está dedicada a todas las demás personas que me aprecian y apoyan, y a quienes guardo inmensa gratitud

AGRADECIMIENTO

Por medio de este trabajo investigativo, me permito expresar el más sincero agradecimiento a Dios, por brindarme la capacidad y constancia para concluir satisfactoriamente la presente investigación.

Así también agradezco a la Universidad Nacional de Loja, por brindarme la apertura necesaria para mi formación intelectual, profesional y humanitaria

A mi directora de tesis, la Dra. Elvia Raquel Ruiz, por el profesionalismo y dedicación en la orientación del presente trabajo.

A las autoridades del Instituto Superior Tecnológico Daniel Álvarez Burneo por permitirme realizar mi investigación

A los psicólogos del plantel educativo mencionado por su apoyo y colaboración en la orientación psicológica de los adolescentes que necesitaban de su ayuda

A los adolescentes que conformaron la muestra de estudio, por colaborar con el llenado de las encuestas y por participar en las charlas brindadas

A mi familia por la gran motivación para alcanzar mis anhelos.

INDICE GENERAL

a.	Titulo	2
b.	Resumen en castellano y traducido al inglés	3
c.	Introducción	5
d.	Revisión de literatura	9
e.	Materiales y métodos	46
f.	Resultados	58
g.	Discusión	75
h.	Conclusiones	79
i.	Recomendaciones	81
j.	Bibliografía	83
k.	Anexos	89

a. TÍTULO:

DEPRESIÓN Y RELACIÓN CON FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DEL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO" DE LOJA

b. RESUMEN

El presente estudio se realizó en estudiantes adolescentes del Instituto Superior Tecnológico “Daniel Álvarez Burneo” de Loja, con el objeto de conocer: los niveles de Depresión y Disfuncionalidad familiar y la relación entre ellas.

Este estudio es de tipo cuanti-cualitativo, descriptivo y transversal, siendo el periodo de estudio de Febrero a Julio del 2013. El universo de estudio estuvo constituido por 3060 estudiantes de dicha institución. Para determinar el número de muestra se utilizó el sistema estadístico Open Epi versión 3 (la calculadora de código abierto SSPropor) y para escoger a los integrantes del estudio se utilizó el tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia; teniendo finalmente como muestra a 619 adolescentes.

Los datos de esta investigación se obtuvieron mediante la aplicación del test de Depresión de Beck para determinar los niveles de Depresión y el cuestionario de APGAR Familiar para establecer los niveles de funcionalidad familiar

Los resultados fueron procesados en cuadros y gráficos estadísticos de Microsoft Excel, siendo para la estadística descriptiva tabla de frecuencias y porcentajes. Así mismo se estableció si existe relación entre la depresión y la funcionalidad familiar, para lo cual se utilizó el test estadístico chi cuadrado o X^2, ejecutado con el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 21.0

Los principales resultados demuestran que la disfuncionalidad se presenta en la mayoría de las familias de los adolescentes encuestados y que la depresión ventajosamente se presenta en menos del 50% de adolescentes. En cuanto a la relación entre las dos variables se determinó que no existe dependencia entre ellas.

Luego de obtenidos los resultados estos fueron socializados con la comunidad educativa, con la finalidad de contribuir a la prevención de nuevos casos de depresión y disfuncionalidad familiar.

Palabras claves: adolescentes del Instituto Superior Tecnológico “Daniel Álvarez Burneo”, depresión, disfuncionalidad familiar

SUMMARY

The present studio was realized in adolescent students of the Technological Superior Institute Daniel Álvarez Burneo, of Loja, with the aim of knowing: the Depression and family dysfunction levels and the relation among them.

This studio is of cuanti-qualitative, descriptive and traverse type, being the period since February to Julio the 2013. The universe was constituted by 3060 students of this Institution. To determine the sample number was used to the statistical system, Open Epi version 3 (the calculator of open code SSPropor) and to choose the members of this studio was used the type of sampling non probabilistic for convenience; finally having as sample to 619 teenagers.

The data of this researching were obtained through of the application of Test of Depression of Beck" to determine the Depression levels and the questionnaire of APGAR to establish the family functionality levels.

The results were processed in pictures and statistical graphics of Microsoft Excel being for the statistic descriptive chart of frequency and percentages. So that was settled down if there is a relationship between the depression and the family functionality, for which was used the statistical test Chi cuadrado or X2, it was executed with the statistical package Statistical Package for Social the Science (SPSS), version 21.0

The main results demonstrate that the dysfunction is presented in most of the families of the teenagers interviewed and that the depression advantageously is presented in less than 50% of adolescents. As for the relation between the two variables were determined that there isn´t dependence of them.

After we had obtained the results these were socialized with the educational community, with the purpose to contributing for the prevention of new cases of depression and family dysfunction.

Keywords: adolescent of the Technological Superior Institute Daniel Álvarez Burneo, depression, family dysfunction

c. INTRODUCCIÓN

En la actualidad nos vemos involucrados en una vida urbana moderna, en la cual abundan factores que distraen la atención de lo importante, como entender lo esencial del vivir y el sentir, así como el resolver estos problemas a nivel intrafamiliar, resultando evidente que cada día hay menos comunicación entre padres e hijos, aun entre hermanos. Todo este no vivirse y sentirse en una relación humana entorpece y en ocasiones aniquila la función familiar.

La adolescencia es una etapa de transición que supone importantes transformaciones a nivel biológico, cognitivo y social (Craig, 1997)[1]. Para el adolescente los cambios físicos, así como en las relaciones que establece con su grupo de referencia y amigos, implican un proceso de transformación en el concepto de sí mismo, que lo llevará a adquirir nuevas ideas, valores y prácticas y por lo tanto a construir una identidad propia (Fize, 2007)[2].

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. Como sistema social, estimula y promueve el estado de salud y bienestar de los miembros que hacen parte de ella. Del grado en el cual una familia cumpla o deje de cumplir sus funciones básicas se hablará de funcionalidad o disfuncionalidad familiar[3].

Haciendo referencia a la relación que existe entre la familia y los adolescentes se puede mencionar que la construcción de la personalidad de los jóvenes está relacionada con los modelos parentales de educación. Cuando dicha etapa está influenciada por situaciones que crean inestabilidad al adolescente como el divorcio, la violencia familiar, abandono entre otros; se puede desencadenar síntomas de ansiedad, inseguridad y/o depresión en diversos niveles (Barna, Concha, Florenzano, Gonzales, Horwitz, Maddaleno, Romero, Salazar, Segovia, Valdés, Ventuini, Villaseca y Ringeleng, 1986)[4]. Por tal razón la importancia de la familia en la vida de las personas, no se remite únicamente a ser la primera fuente de socialización de los hijos, sino que se convierte en la principal fuente de apoyo a pesar de los conflictos que puedan suscitarse.

Con respecto a los niveles de funcionalidad familiar, se dice que una familia es funcional cuando existe un efectivo desenvolvimiento de la conducta de sus

miembros para satisfacer las necesidades básicas de la familia y las necesidades individuales; mientras que una familia es disfuncional cuando la inefectividad llega al grado de insatisfacción en una familia comenzando a distorsionar su función principal ante la sociedad y anteponiendo a ello los conflictos[5].

En el Instituto Superior Tecnológico "Daniel Álvarez Burneo" de la ciudad de Loja, se comenta que cada día en el departamento de Psicología de esta institución se recibe a estudiantes que acuden por estados depresivos relacionados con divorcio de los padres, falta de empleo de los padres, (alcohol, tabaco, fármacos) problemas financieros en el hogar, violencia, entre otros; evidenciándose en ellos sentimientos de tristeza, inutilidad, molestias físicas, irritabilidad, ansiedad, trastornos del sueño, falta de atención, abuso de drogas legales (alcohol y tabaco) y otras molestias[6].

Pocos estudios muestran la relación entre funcionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica; los pocos estudios disponibles informan que la disfuncionalidad familiar incrementa el riesgo de síntomas depresivos con importancia clínica, pero aun cuando no existe la suficiente cantidad de datos como para profundizar en la relación depresión – funcionalidad familiar a nivel nacional, con la presente investigación se procuró abordar la problemática pertinente, presentando referencias que permiten calcular la magnitud del fenómeno buscando también transformarse en el fundamento teórico para un futuro lineamiento de investigación que enfrente la realidad por la que atraviesan varios adolescentes[7].

De igual manera el Ministerio de Salud Pública del Ecuador también toma medidas ante la magnitud de este problema mediante las políticas y lineamientos del Plan del Buen Vivir, quien pretende ejecutar acciones de atención integral a problemas de salud mental y afectiva y fortalecer las acciones de promoción de la salud mental, especialmente para prevenir comportamientos violentos[8]; razón por la cual a través del presente estudio nos sumamos a estos propósitos, procurando contribuir al cumplimiento de los mismos en grupos vulnerables como son los adolescentes del Instituto Superior Tecnológico "Daniel Álvarez Burneo" de Loja

Además como estudiante de la carrera de Medicina Humana, siendo conocedora de la problemática expuesta y teniendo en cuenta que una de las metas de la Universidad Nacional de Loja y precisamente del Área de la Salud Humana, es la vinculación con la sociedad y la solución de sus problemas más frecuentes; estimamos trascendental efectuar el trabajo de tesis enfocado a la Relación entre Depresión y Funcionalidad familiar en adolescentes del Instituto Superior Tecnológico "Daniel Álvarez Burneo", ya que en este colegio acontece una situación similar.

La meta general de la presente investigación fue conocer la depresión en los adolescentes y su relación con el nivel de funcionalidad de sus familias, cuyos resultados obtenidos nos permitieron aportar con sugerencias prácticas al Departamento de Psicología de dicha Institución, para el tratamiento y prevención de la problemática descrita. Además se informó a padres de familia, maestros y estudiantes de este colegio, los resultados obtenidos, transmitiendo también recomendaciones puntuales e importantes que nos pueden ayudar en la terapéutica y prevención de la Depresión en la adolescencia y la Disfuncionalidad familiar.

En la presente investigación se planteó como objetivo general: Determinar la relación entre Depresión y Funcionalidad familiar en adolescentes del Instituto Superior Tecnológico "Daniel Álvarez Burneo", de Loja; y como objetivos específicos: Identificar la existencia de depresión en los adolescentes, de acuerdo al sexo y edad, Determinar el nivel de funcionalidad familiar de las familias de los adolescentes, por sexo y edad, Establecer la relación entre depresión y funcionamiento familiar por sexo y edad, y Ejecutar un programa de prevención para disminuir los niveles de depresión y disfuncionalidad familiar, en los adolescentes de dicho plantel educativo.

El presente estudio es de tipo cuanti-cualitativo y descriptivo. De acuerdo al tiempo de estudio es transversal, ya que el mismo fue realizado de febrero a agosto del 2013. El trabajo fue ejecutado en el Instituto Superior Tecnológico "Daniel Álvarez Burneo de la ciudad de Loja, el mismo que cuenta con 3060 estudiantes quienes conformaron el universo de estudio de los cuales 619 constituyeron el total de la muestra cuyo número fue establecido mediante el

sistema estadístico Open Epi, versión 3, la calculadora de código abierto SSPropor y los participantes fueron escogidos por muestreo no probabilístico por conveniencia. Para la recolección de la información se empleó una encuesta con las preguntas correspondientes al cuestionario de depresión de Beck y el Apgar familiar, previo consentimiento informado. Para la tabulación de los resultados se utilizó tablas y gráficos de Microsoft Excel y para determinar la relación entre depresión y funcionalidad familiar de los adolescentes se aplicó el test estadístico chi cuadrado por medio del programa estadístico SPSS versión 21.0. Posterior a ello se procedió a realizar la respectiva discusión, conclusiones y recomendaciones.

En esta investigación se obtuvo como resultado principal que no existe relación significativa entre depresión y disfuncionalidad familiar en los adolescentes del Instituto Tecnológico Superior Daniel Álvarez Burneo de la ciudad de Loja, con cifras alarmantes de depresión y disfuncionalidad familiar de manera aislada.

d. REVISION DE LITERATURA

CAPITULO UNO

1. ADOLESCENCIA

1.1. Definición:

Se describe la adolescencia como el período del ciclo de vida humano comprendido entre la niñez y la juventud, durante el cual se observan cambios significativos en la vida de las personas: en la maduración sexual, en el orden fisiológico, en el pensamiento lógico y formal, así como en el relacionamiento social. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años, que incluye cambios biológicos, sicológicos y sociales. En cambio, el Código de la Niñez y Adolescencia del Ecuador considera que adolescente es la persona de ambos sexos entre 12 y 18 años[9].

Desde una perspectiva etimológica, el vocablo “adolescencia” proviene del verbo latino “adolescere” que significa "crecer hacia", o "crecer". Ese crecimiento al que alude la raíz verbal involucra tanto los aspectos físicos como también el desarrollo intelectual, emocional, etc., del individuo. En lo que concierne a lo somático, implica alcanzar los rasgos físicos que caracterizan como adulto a los miembros de la especie. En lo intelectual, durante el curso de la adolescencia se logran las capacidades del razonamiento, que serán definitivas para el individuo. Fuentes (1989)[10]

Parra (2007)[11] considera que por tener diversos cambios a todo nivel la adolescencia no debe catalogarse como un periodo unitario y homogéneo, sino un conjunto de fases por las cuales la persona va formando identidad y personalidad. Por ello existen 3 fases a las que se hace frente: La adolescencia inicial, la adolescencia media y la adolescencia tardía.

La adolescencia inicial, comprende desde la pubertad hasta los 13 o 14 años. Es la fase en la que se despierta la necesidad de interrelacionarse entre compañeros del mismo sexo y el sexo opuesto, con la finalidad de validar su autoconocimiento y valorarse. Ello coincide con el proceso de aceptación de su

apariencia física, por cambios hormonales, fisiológicos y morfológicos distintos entre varones y mujeres[11].

La adolescencia media, se caracteriza por la curiosidad de experimentar sensaciones de índole sexual y al mismo tiempo empieza el deseo de ganar autonomía emocional. Las señoritas y jóvenes comienzan a sentir la necesidad de sentir fuerza emocional en lugar de depender infantilmente de los padres, la necesidad de tomar decisiones propias en temas personales y cuidar de sí mismo. En efecto los adolescentes en esta etapa intentan marcar su independencia para afrontar retos por sí mismos pero aún necesitan depender emocionalmente de sus padres, así mismo los padres al ver que los jóvenes exigen igualdad en el trato, proponen soluciones más elaboradas y demandan "controlar sus vidas", supervisan más el comportamiento pero de forma indirecta para evitar que se rebelen. Cuando las familias no realizan este control o exceden en el mismo se cae en malas relaciones con los hijos y ellos pueden adoptar conductas poco asertivas buscando apego y confianza con los amigos, y personas externas a la familia[11].

La adolescencia tardía, es la etapa en la cual las relaciones interpersonales se tornan más profundas dado a que el adolescente ha evolucionado en el criterio para elegir con autonomía en base a valores y principios aprendidos. Es común ver que el deseo de independencia empieza primero en las mujeres[11].

1.2. Características:

1.2.1. Cambios Biológicos:

La adolescencia se anuncia con una serie de cambios físicos importantes, entre ellos el incremento rápido tanto en peso como en estatura, el cual es considerado como un signo temprano de maduración. Dicho crecimiento, comienza en las niñas entre los 9 y los 14 años (generalmente alrededor de los 10 años); mientras que en los niños ocurre entre los 10 y los 16 años (generalmente alrededor de los 12 o 13 años). Este crecimiento dura normalmente dos años, e inmediatamente después de que concluye, la persona alcanza su madurez sexual (Behrman y Vaughan, 1983, en: Papalia y Wendkos, 1992)[12].

Antes de este crecimiento, conocido comúnmente como el "estirón", los varones son por lo general 2% más altos que las mujeres; de los 11 a los 13 años de edad, las mujeres son más altas, más pesadas y más fuertes, después del “estirón" los hombres son de nuevo más altos, pero ahora en un 8% aproximadamente. Dicho crecimiento en los hombres es más intenso ya que su aparición es más tardía, lo cual permite un periodo extra de crecimiento. En ambos sexos, durante este periodo se produce un alargamiento del tronco y piernas.

Durante este periodo también cambian otras características físicas: El cuerpo de los niños comienza a hacerse más fuerte, con más musculatura en relación con los dimensiones del cuerpo, crece el corazón, la presión sistólica se eleva al igual que la capacidad de oxigenación en la sangre. Las niñas comienzan a acumular una cantidad proporcional de grasa en brazos, pecho, caderas y piernas, y su cuerpo empieza a ser el de una mujer adulta joven. (Petersen y Taylor, 1980, en: Morris, 1992)[13]

- **Características sexuales primarias**

Otro aspecto importante dentro de los cambios físicos por los que atraviesa el adolescente, es la aparición de las características sexuales primarias; es decir, los órganos necesarios para la reproducción. En la mujer, las estructuras del cuerpo involucradas son los ovarios, el útero y la vagina; en el varón son los testículos, el pene, la glándula prostática y las vesículas seminales. Durante la pubertad, estos órganos se agrandan y maduran. El signo principal y más dramático de la madurez sexual en las mujeres es la aparición de la primera menstruación ("menarquia"), es decir, el derramamiento mensual del tejido de la superficie interna de la matriz. Dicha etapa, es vivida por las adolescentes con gran ambivalencia y vergüenza[14]

Por otra parte, en los varones la primera señal de la pubertad es el crecimiento de los testículos y el escroto, y el signo principal de la madurez sexual es la presencia del esperma en la orina[14].

- **Características sexuales secundarias**

Éstas se refieren a los signos fisiológicos de madurez sexual que no implican directamente los órganos reproductivos, sino a cambios corporales visibles. Dichos cambios incluyen características tales como los senos en las mujeres y los hombros anchos en los varones. Algunas otras son: cambios en la voz, textura de piel y vello púbico, facial, en las axilas y en el cuerpo, característicos de un varón o mujer adultos[15].

1.2.2. Desarrollo Cognoscitivo

Piaget en 1963, (citado en: Mckinney, Fitzgerald y Strommen, 1977)[16], se refiere al funcionamiento intelectual como una adaptación, una analogía con el desarrollo evolucionista de las estructuras y funciones biológicas que permiten a los organismos adaptarse al ambiente. Para Piaget, la inteligencia ocupa un papel central en los procesos psíquicos y existe una continuidad total entre los procesos superiores y la organización biológica. La inteligencia como la vida, es una creación continua de formas que se prolongan unas a otras, pero esa continuidad hay que buscarla en el aspecto funcional y no en el aspecto estructural de los contenidos del conocimiento. Piaget explica el desarrollo cognoscitivo a través de 4 etapas: sensoriomotriz, preoperacional, operaciones concretas y operaciones formales.

Etapa Sensoriomotriz (desde el nacimiento hasta los 2 años), el niño comienza su vida con unos cuantos esquemas hereditarios de tipo y reflejo y, a medida que lo requiere el ambiente, desarrolla respuestas y hábitos más complejos. Durante este periodo el funcionamiento cognoscitivo está restringido a sucesos específicos[16].

Etapa Preoperacional (de los 2 a los 7 años), los niños construyen conceptos que poseen símbolos, como el lenguaje, para comunicarse. Estas imágenes se limitan a su experiencia personal inmediata (egocéntrico). Sus nociones de causa y efecto son muy limitadas, a veces "mágicas", y tienen problemas para clasificar objetos y eventos[16].

Etapa de Operaciones Concretas (de los 7 a los 11 años), los niños empiezan a pensar con lógica, a clasificar en varias dimensiones y a comprender conceptos matemáticos siempre que puedan aplicar estas operaciones a objetos o eventos concretos[16].

Etapa de Operaciones Formales (de los 11 a los 15 años), los individuos pueden aplicar soluciones lógicas tanto a conceptos concretos como abstractos. Pueden pensar sistemáticamente todas las posibilidades, proyectarse hacia el futuro o recordar el pasado, y razonar mediante analogías y metáforas. Es a partir de la adquisición de las operaciones formales, cuando el adolescente puede ampliar su mundo y es capaz de filosofar y pensar libremente en hechos que quedan fuera de sus circunstancias inmediatas y experiencias del pasado. Las operaciones formales tienen cuatro características interrelacionadas: a) la relación de lo real, con lo posible b) la capacidad para hacer análisis combinatorios c) la capacidad para el razonamiento proposicional y d) la capacidad para el pensamiento hipotético deductivo. En esta etapa las palabras son multipotenciales porque pueden simbolizar otros símbolos, además el adolescente puede dedicarse a la labor de autoestructuración, empleando algunos aspectos de sí mismo como símbolos de otros aspectos, o incluso utilizándose a sí como símbolo de su propia persona[16].

1.2.3. Desarrollo Psicológico

Dentro de los cambios que se presentan en los adolescentes, Aberastury (1977)[17], considera que la adolescencia es un momento crucial en la vida del hombre y constituye una etapa decisiva de un proceso de desprendimiento. Caracteriza el síndrome normal de la adolescencia por los siguientes aspectos:

- Búsqueda de sí mismo y de la identidad: Los cambios constantes que permiten adquirir el conocimiento de la individualidad biológica y social, el conocimiento de sí mismo, y de la propia personalidad.
- Tendencia grupal: La relación con el grupo de pares se intensifica, de tal forma que se distingue como un proceso de sobre identificación masiva. Se transfiere al grupo la dependencia que anteriormente se tenía con la familia y en especial con los padres.

- Necesidad de intelectualizar y fantasear: Estas tendencias se utilizan como mecanismos de defensa frente a las situaciones de pérdida del cuerpo, del rol de niño y a los padres de la infancia. La búsqueda de la identidad genera angustia y obliga a un refugio interno, que permite un reajuste emocional, en el que se da un incremento de la intelectualización, surge así la preocupación por principios éticos, filosóficos, sociales, movimientos políticos, las ideas de salvar a la humanidad, etc. También surge el interés por las actividades literarias, artísticas, etc.
- Crisis religiosas: El individuo se manifiesta como un ateo exacerbado o como un místico muy fervoroso, como situaciones extremas, lo cual refleja el intento de solución a la angustia que vive en la búsqueda de su identidad, de tal forma que la figura de una divinidad, de cualquier tipo de religión, puede representar una salida mágica.
- Desubicación temporal: Es característico que convierta el tiempo en presente y activo como un intento de manejarlo. Los duelos experimentados durante esta etapa permiten conceptualizar el tiempo, que implica la noción discriminada de pasado, presente y futuro, con la aceptación de la muerte de los padres y la pérdida definitiva de su vínculo con ellos.
- Evolución sexual manifiesta que va desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad genital adulta: Se caracteriza por actividad masturbatoria y los comienzos del ejercicio genital, de tipo exploratorio y preparatorio. Se inicia la búsqueda de la pareja.
- Actitud social reivindicatoria con tendencias asociales de diversa intensidad: La familia es la primera expresión de la sociedad que influye y determina gran parte de la conducta de los adolescentes. La aceptación de la identidad está determinada por un condicionamiento entre individuo y medio. La sociedad impone restricciones a la vida del adolescente, quien con su actividad y con la fuerza reestructuradora de su personalidad, trata de modificarla, ante esto, los adultos se sienten amenazados por los jóvenes que van a ocupar un lugar como adultos, por tanto se sienten desplazados, entonces, tratan de dominarlos y controlarlos. El adolescente tiene que adaptarse, sometiéndose a las necesidades que el mundo adulto le impone. Al no encontrar el camino para su expresión vital trata de superarlo mediante crisis violentas.

- Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta: La conducta del adolescente está dominada por la acción, que constituye la forma de expresión conceptual más típica de este período de la vida, de tal forma que, no puede mantener una línea de conducta rígida, permanente y absoluta.
- Una separación progresiva de los padres: Los padres no son ajenos a las ansiedades que despiertan la genitalidad, al desprendimiento real, a los celos que esto implica en los hijos y en ellos mismos. La evolución de la sexualidad depende en gran parte de que los padres acepten los conflictos y el desprendimiento de los hijos. En ocasiones los padres niegan el crecimiento de los hijos ocasionando que estos se sientan perseguidos.
- Constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo: Los sentimientos de ansiedad y depresión se encuentran comúnmente en la adolescencia. La cantidad y la calidad de la elaboración de los duelos de la adolescencia determinan la mayor o menor intensidad de estos sentimientos. El individuo se refugia en sí mismo, en su mundo; la intensidad y frecuencia de estos internamientos pueden obligar al adolescente a realizar rápidas modificaciones de su estado de ánimo, ya que se ve de pronto sumergido en las desesperanzas más profundas.

Rappoport (1986)[18], menciona cinco áreas de la conducta adolescente e indica que para comprender el significado psicológico de estas áreas es necesario analizar el impacto que provocan en el sí mismo del adolescente. Estas áreas son:

- Los cambios fisiológicos: Los cambios durante la pubertad provocan cambios en la imagen corporal que ocasionan modificaciones en el concepto de sí mismo. Los adolescentes que pasan rápidamente por los cambios de la pubertad suelen conservar una imagen corporal positiva, lo que favorece una mayor confianza en sí mismos. Este proceso se refleja en el campo de las emociones a través de sentimientos de inadecuación.
- Las relaciones familiares: Es inevitable el surgimiento de conflictos en mayor o menor grado, entre los adolescentes y sus padres, más los resultados de estos son variados, de tal manera que, cuando no encuentran una vía

satisfactoria hacia la autonomía, es probable que su impulso hacia esta encuentre una salida explosiva o se deteriore progresivamente, lo que origina posponer o impedir por completo el establecimiento de un concepto de sí mismo que sea suficientemente fuerte como para permitir la plena realización de sus potencialidades.

- Las relaciones con los pares del mismo sexo y del sexo opuesto: La divide en tres tópicos:
  - ✓ La Popularidad o aceptación en los grupos de pares del propio sexo, permite aumentar la autoestima
  - ✓ Las relaciones personales con amigos individuales del mismo sexo, ayudan a explorar nuevas áreas de sí mismo
  - ✓ Las relaciones personales en proceso de desarrollo con los pares del sexo opuesto, van a servir como puente para las actividades con el sexo opuesto, estas actividades proporcionan un medio de aprender nuevos roles sociales y el progreso hacia relaciones heterosexuales más serias.
- El crecimiento cognitivo o intelectual: La mayoría de las diferencias en cuanto a habilidad y aptitud entre los sexos se manifiestan durante la adolescencia. Estas diferencias se originan en las presiones culturales que influyen directamente en la adopción de roles sexuales estereotipados; se advierte con esto, que el rol sexual y el desarrollo intelectual puede estar en íntima relación, en la que el primer factor ejerce una importante influencia sobre el segundo.
- La identidad personal: A la identidad puede comprendérsela, por una parte, como el resultado de experiencias que influyen sobre diferentes facetas del sí mismo, y por la otra, como a una fuerza integradora que unifica esas facetas para constituir con ellas una totalidad unitaria. En cualquier caso, hacia el fin de la adolescencia comienza, aparentemente, a desarrollarse un sentido continuo de la identidad, que sirve de allí en adelante como núcleo esencial y directivo de la personalidad.

De esta manera Rappoport identifica que el adolescente enfrenta al inicio de la adolescencia dos aspectos críticos: la pubertad y un status social inferior, esto porque no cuenta con los privilegios de los niños pero tampoco con el de los

adultos, por lo que se presentan problemas emocionales y sociales durante la mayor parte de la estadía en esta etapa[18].

1.2.4. Desarrollo Emocional

“La palabra emoción, sugiere un estado de ánimo agitado, exaltado” (Gesell, 1958)[19]. Las emociones no constituyen entes inmutables, sino que cambian con la edad a través de la infancia, de la niñez y de la adolescencia.

De acuerdo con Gesell, el crecimiento emocional es un proceso progresivo de formación de patrones que tiñe las múltiples situaciones de la vida cotidiana. Este proceso involucra, ante todo, una intrincada red de relaciones interpersonales que se extienden a las rutinas del cuidado personal, a los intereses y actividades del hogar, la escuela, y la comunidad, a la ética de la conducta diaria, a los conceptos y actitudes filosóficas que emanan del yo en expansión[19].

También afirma que las emociones forman parte inseparable del sistema de acción unitario y que dicho complejo sistema de acción adopta constantemente cambiantes patrones de tensión y de preparación motriz. De esta manera, para Gesell, una emoción es esencialmente el sentimiento de una actitud motriz, ya sea bajo la forma de la ira, del miedo, del cariño o de la calma[19].

De acuerdo con dicho autor, la vida emocional del adolescente abarca una innumerable cantidad de situaciones en que surgen o son reprimidos muchos sentimientos sin nombre, sentimientos que de forma discreta o constante, intensa o atemperada, tiñen toda la vida del adolescente. Los sentimientos registran y dirigen las reacciones del individuo. Ellos reflejan y modifican tanto las funciones fisiológicas como las psicológicas, formando parte de los procesos mentales y morales de la percepción, el juicio, la decisión y la estimación; y operan casi sin cesar en la formación del carácter[19].

1.2.5. Desarrollo Social

De acuerdo con Gesell (1958)[19], los niños entre los 10 y los 12 años se encuentran muy ligados a su familia y participan generalmente con agrado en cualquier actividad familiar. Les gusta sentirse parte de la familia, la aprecian y la prefieren por encima de los amigos. Aunque a los 12 años se interesan menos por las actividades familiares y comienza un retraimiento “me gusta pasar cierto tiempo con mi familia, pero también me gusta estar con mis amigos” (Gesell y cols., 1958, p.427). A los 13 años aparece un marcado retraimiento de todas las actividades familiares y disminuye el tiempo que el individuo pasa con su familia.

Cuando se llega a los 14 años la mayoría de ellos se sienten hostigados por su familia y experimentan una fuerte necesidad de desligarse de la misma. A los 15 años, la familia suele pasar a segundo término. Se evidencia el retraimiento, la hostilidad y el adolescente suele ser muy reservado, en ocasiones se muestra bastante distante de la familia. Desean ser libres e independientes, pues para muchos, los amigos son todo y la familia, nada.

A los 16 años, generalmente se produce un tipo de reconciliación familiar, hay menos discusiones, menos hostilidad y más aprecio. Muchos adolescentes se sienten satisfechos con el grado de libertad que han alcanzado. Las relaciones se tornan suaves y amistosas, aunque siguen considerando que su familia no los comprende y no tienen nada en común. La compañía de los amigos continúa prefiriéndose en lugar de la de los padres[19].

Lo mencionado anteriormente, pone de manifiesto que la separación de los padres es un evento sumamente importante en la vida del adolescente. Para que esta transición de dependencia hacia los padres a la propia independencia tenga lugar, el adolescente debe desarrollar un sentido de sí mismo estable o de identidad (Erickson, 1968, citado en: Morris, 1992)[13]. Además, una de las tareas a realizar por el niño en el período de desarrollo de la infancia a la adolescencia es la conquista de una función satisfactoria dentro de un grupo de compañeros. Un fracaso en este sentido provoca un problema de gravedad para el adolescente. He aquí algunos hechos relacionados con los contactos del niño y de sus compañeros[20].

- Todo niño ansia su aceptación por parte de sus amigos.

- La importancia de esta aceptación va en aumento a lo largo de toda la adolescencia.
- Los pre adolescentes y los adolescentes tienden a imitar a sus compañeros u a otros ligeramente mayores que ellos en algunos casos.
- Un buen equilibrio en las relaciones con los amigos durante la pre adolescencia forman buenas relaciones en la adolescencia y post adolescencia.
- Los inicios de la adolescencia se caracterizan por la formación de grupos de compinches o pares, los cuales desempeñan un importante papel en la satisfacción de ciertas exigencias de los adolescentes.
- Los problemas de la aceptación social, de la conquista de amigos y de su simpatía, son una realidad auténtica que preocupa a todos los adolescentes.
- Al ver que sus padres no llegan a comprenderlos o no los aprecian haciéndolos objetos de sus censuras en todas sus actividades, y al no sentirse protegidos y seguros de que sus profesores habrán de prestarles la ayuda necesaria en un momento de apuro, se dirigen hacia sus compañeros en busca de ayuda y simpatía.
- La madurez de los impulsos sexuales durante ese tiempo se ven seguidas por un cambio de idea entre los miembros del sexo opuesto. De ahora en adelante, el muchacho ya no mirará a la chica como algo que le es indiferente, sino como una persona cuya simpatía hay que interesarle como sea. Este cambio de actitud es natural debido a la maduración de los impulsos y deseos sexuales.
- Uno de los problemas más importantes del desarrollo adolescente es su total identificación con la función masculina o femenina. Característica de su sexo; identificación consigo mismo ya que se inició en la infancia, al ser objeto de una simple distinción de trato por parte de padres y amigos. Es necesario que el adolescente se acostumbre a su función sexual que es característica si aspira a una aceptación de los miembros del sexo contrario.

1.3. Problemas del adolescente:

1.3.1. Problemas internos

Están relacionados con sus emociones y la expresión de las mismas. El aumento de la producción de hormonas altera el ánimo y el humor del adolescente; situación que es conocida por todos, sobre todo por los padres, y la que más se asocia con la etapa[21].

Además de ellos la relación entre el incremento de hormonas sexuales, el deseo y la actividad sexual los motiva a satisfacer la necesidad de relacionarse con personas del sexo opuesto e interactuar, para ello el adolescente busca tener independencia en su elección de amistades y busca un propio espacio; lo que genera mayor control y atención de los padres. Esto supone que habría más incidencias de disputas y conflictos familiares por el estrés que atraviesan los adolescentes, sin embargo existen otros factores que pueden ser desencadenantes de conflicto como la falta de cohesión y comunicación o la resistencia de los padres para aceptar que los hijos empiezan a crecer (Olivia y Parra. citados por Arranz, 2004, Barna y cols., 1986)[21-4].

Parra (2007)[11] comenta que los cambios que afronta el adolescente pueden relacionarse con trastornos como la depresión mayor y existen diversas investigaciones al respecto por los casos de suicidios, intentos de suicidios y conductas relacionadas con el desequilibrio emocional. La sensibilidad que demuestran los adolescentes puede tener sus causas en factores genéticos (temperamento), la alteración hormonal explicada líneas arriba o estilos cognitivos disfuncionales que ponen más vulnerable a la persona. A ello se suma el estereotipo de la etapa, catalogando a los jóvenes como problemáticos y en muchas ocasiones predisponiendo a los padres a las discusiones y debates sobre la forma en que la familia debe tomar esta etapa de los hijos.

1.3.2. Problemas externos

Pueden afectar el desarrollo del adolescente y están relacionados con factores de riesgo que evidencian una mala conducta. Parra (2007)[11] investigó acerca de la conducta de adolescentes y diferencias por género, llegando a la conclusión de que no existe más o menos incidencia en problemas de conducta entre

hombre y mujer, lo que se observa es que hay más prejuicios para considerar a los varones problemáticos en su comportamiento antes que a las mujeres.

Los problemas psicosociales que más atañen al adolescente son el pandillaje, consumo de drogas y alcohol; se sabe que los focos de inicio de estas complicaciones parten de crisis en la familia y algunos indicadores de ellos son los trastornos emocionales, la deserción escolar por bajo rendimiento y la frustración, la baja autoestima por influencia de muchos factores internos y familiares, la sobre protección, entre otras situaciones[22].

Esos problemas no se distribuyen de manera homogénea en relación al género. Calvete y Cardenoso (2005)[23] consideran que los adolescentes del sexo femenino presentan más problemas de internación, tales como ansiedad y problemas relacionados con la afectividad, mientras que los del sexo masculino reciben en mayor parte de la atención en problemas como agresividad y abuso de drogas tanto lícitas como ilícitas.

1.4. Relaciones del adolescente con la familia

Barna y cols. (1986)[4] explican que la adolescencia es un periodo en el que los cambios biológicos de la pubertad inician una readecuación psicológica, en el cual el adolescente pasa a separarse más claramente de su familia y a plantearse preguntas acerca de su identidad. Define esta readecuación como el sentido de continuidad y estabilidad de la persona a lo largo del tiempo, esto se consolida a través de la elección vocacional y de pareja, si no se llega a consolidar existe el síndrome de difusión de identidad, lo cual genera que las llamadas “crisis de adolescencia” y las “brechas generacionales” sean más evidentes. La adolescencia es una etapa llena de cambios no sólo para quien la vive sino también para la familia de la que es parte, a pesar del deseo adolescente de liberarse de la autoridad y del control adulto, la mayoría de los jóvenes reportan un deseo de mantener una relación cercana con sus padres. (Maccobby y Martín, 1983, citados por Zarate, 2003)[24]

La perturbación de las relaciones entre padres y adolescentes como ya se dijo anteriormente se debe en primer lugar a los cambios hormonales propios de la pubertad, que suelen tener consecuencias sobre los estados emocionales del adolescente. Además, el aumento del deseo y de la actividad sexual que conllevan los cambios hormonales puede inclinar a los padres a mostrarse más restrictivos y controladores con respecto a las salidas y amistades del chico y, sobre todo, de la chica adolescente, en un momento en el que éstos buscan una mayor autonomía, con lo que los enfrentamientos serán más frecuentes. Igualmente los cambios que tienen lugar a nivel cognitivo como consecuencia del desarrollo del pensamiento operatorio formal, llevarán a chicos y chicas a mostrarse más críticos con las normas y regulaciones familiares y a desafiar a la autoridad parental. Además, serán capaces de presentar argumentos más sólidos en sus discusiones, llevando en muchas ocasiones a que sus padres se irriten y pierdan el control. También es importante destacar el tiempo que pasan con el grupo de iguales que va a permitir al adolescente una mayor experiencia en relaciones simétricas o igualitarias con toma de decisiones compartidas, y que le llevarán a desear un tipo de relación similar en su familia, lo que no siempre será aceptado de buen grado por unos padres que se resisten a perder autoridad (Smetana, 2005)[25]. (Levinson, 1978)[26]

Al margen de los valores y costumbres culturales de cada familia, las características principales para fomentar un clima familiar saludable son el afecto y el apoyo en conexión con un control y monitorización adecuados según la edad del adolescente para fomentar autonomía en su desenvolvimiento personal. Además de ello es indispensable la comunicación asertiva, por medio de la cual se establezcan normas de convivencia y límites justos para que los hijos se sientan libres y autónomos en su toma decisiones (Olivia y Parra, citados por Arranz, 2004, p. 122)[21].

CAPITULO DOS

2. LA FAMILIA

2.1. Definición:

La palabra familia, de origen romano, estaba íntimamente relacionada con la palabra *domus* (casa) y designaba los hijos, el patrimonio, los aprendices y esclavos que habitaban en la casa. La esposa era considerada parte del patrimonio en cuanto no formaba parte de la heredad como sí lo constituían los hijos[27].

La familia, según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado[28].

"La familia es un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan. Naturalmente pasa por el nacimiento, luego crecimiento, multiplicación, decadencia y trascendencia. A este proceso se le denomina ciclo vital de vida familiar. Tiene además una finalidad: generar nuevos individuos a la sociedad"[29].

2.2. Funciones de la Familia

La vida familiar es el pilar del desarrollo individual, pues los hijos adquieren las creencias, los valores, las costumbres que serán la pauta de su comportamiento a lo largo de su vida (Mendoza, 1993, citado por Zarate, 2003, p. 42)[30]. Además considera a la familia una matriz social, porque en ella se produce el nacimiento físico y psicológico del individuo, construye su identidad y se afirma, configura su personalidad y socializa a la persona, además de ello se le incorporan los mecanismos de adaptación necesarios para que se integre a la sociedad y a la cultura.

Las funciones básicas de la familia son[30]:

- Función biológica
- Función educativa o social
- Función nutritiva y económica
- Función solidaria o sicológica

Además de estas funciones Navarro y cols., (2007)[31] agregan que la familia también cumple funciones que le permiten garantizar supervivencia y perpetuación de la cultura en la sociedad, siendo sus funciones principales las siguientes:

- Desarrollo de la identidad: Las primeras personas que inculcan y enseñan el autoconocimiento, la autovaloración y la formación de un buen nivel de autoestima en los hijos, son los padres. Se conoce que una autoestima adecuada en los miembros de una familia es reflejo de buen clima familiar, basada en comunicación y cohesión familiar. La misión de los padres o apoderados de los menores en el hogar implica orientarlos para evitar malas conductas, bajo rendimiento académico y mayor seguridad para tomar decisiones y no hacer en problemas sociales como la drogadicción, pandillaje, etc.
- Agente de Socialización: La familia es el primer agente socializador de los hijos. Desde que la madre está en periodo de embarazo inicia la comunicación del menor con ella a través de las sensaciones, luego al nacer y crecer los primeros en enseñarle a comunicarse son los padres y las personas que conviven con él en el hogar. Cada familia va transmitiendo a los menores el lenguaje, los elementos culturales del medio en que se desenvuelve, valores y principios, etc. También existen aquellas familias que no basan su educación en normas y su estilo de formación se torna permisivo, lo que genera malos comportamientos en niños y adolescentes pudiendo convertirse en personas de mal vivir.
- Agente de protección y apoyo: La familia como agrupación de seres humanos unidos por vínculos afectivos, tiene un rol importante en la vida de cada persona ya que la interrelación entre los miembros está basada en sentimientos de apego y amor. Cuando una pareja acepta a los hijos como suyos y les brinda apoyo, orientación y guía constante, expresado en afecto

empatía y comprensión incondicional genera confianza en los hijos y sentimiento de pertenencia al hogar. En cambio, en hogares donde los padres demuestran rechazo a los hijos a través de sus actos y no reflejan protección hacia ellos, es difícil que los menores construyan una buena imagen de sí mismos.

2.3. Tipos de familia

Por otra parte Navarro y cols., (2007)[31] plantean la existencia de tipologías familiares que giran en torno a la distribución de las tareas asignadas a los miembros, los roles familiares, las estructuras de poder y el funcionamiento familiar. A nivel mundial las familias son diferentes por factores socio cultural como la esperanza de vida, los niveles de educación, el rol de la mujer en el mundo laboral, etc.; todo ello influye en la formación de familias, por ello en estas épocas la mayoría de familias no mantienen un estilo nuclear y existe diversidad; planteando tipos de familia:

- Familia nuclear: formada por padres e hijos.
- Familia extendida: formada por parientes cuyas relaciones no son únicamente padres o hijos. Puede incluir abuelos, tíos, primos y otros parientes consanguíneos.
- Familia compleja: incluye parientes consanguíneos y allegados no consanguíneos.
- Familia monoparental: sólo hay un padre o madre e hijos.
- Familia monoparental extendida: un progenitor, hijos y otros parientes consanguíneos.
- Familia monoparental compleja: hay un progenitor, hijos y personas allegadas no consanguíneas.
- Familia unipersonal: es una familia formada por un solo componente.
- Familia homoparentales: hijos que viven con una pareja homosexual.
- Familia ensamblada: compuesta por agregados de dos o más familias.
- Familia de hecho: pareja sin enlace legal

2.4. Funcionalidad de la familia

Olivia y Parra (citados por Arranz, 2004)[21], mencionan que todo adolescente afronta cambios tanto físicos como psicológicos con el objetivo de construir su propia identidad personal. Esta etapa de cambio no sólo es para los jóvenes del hogar sino también para los padres, ya que necesitan evolucionar e ir adaptándose a la nueva etapa de los hijos. Los conflictos familiares se originarían fundamentalmente en la discrepancia entre las distintas necesidades u objetivos que se plantean padres y adolescentes, sin desmerecer el contexto sociocultural en el que viven. Por esta razón es importante indagar sobre la funcionalidad familiar que perciben los adolescentes y en qué medida el afrontamiento a los cambios está siendo favorable para él o está incurriendo en problemas psicológicos que lo limitan en su desarrollo.

La comunicación intrafamiliar permite intercambiar información y delinear los límites entre cada individualidad y cada identidad que conforman el todo del sistema familiar, a la vez que resolver situaciones y problemas comunes. Con respecto al modo de funcionamiento familiar a través de las comunicaciones se pueden encontrar tanto respuestas apropiadas como inapropiadas. Una respuesta es apropiada cuando satisface la demanda implícita tanto en el significado como en la intención del mensaje recibido. Se considera un modo de respuesta apropiada cuando en la interacción conjunta se desarrolla el reconocimiento de la identidad del otro que incluye el reconocimiento de sus potencialidades y capacidades[32].

El grado en el cual una familia cumpla o deje de cumplir sus funciones básicas se hablará de funcionalidad o disfuncionalidad familiar[3]

2.4.1. Familia funcional

Cuando una familia es funcional existe un efectivo desenvolvimiento de la conducta de sus miembros para satisfacer las necesidades básicas de la familia y las necesidades individuales[5].

La funcionalidad familiar juega un papel importante en el desarrollo social y psicológico de los miembros que constituyen el núcleo familiar, y depende no

sólo del altruismo que lleva a los seres sociales a unirse para sobrevivir, sino también, de la plasticidad operacional conductual que permita a los miembros operar consensualmente, como condición para la realización de sus ontogenias particulares, mediante la pertinencia al sistema. De acuerdo con esto, las perturbaciones o situaciones estresantes que comprometan el sistema familiar puede producir un desequilibrio, ya sea en los planos físico o emocional de él o los integrantes que hacen parte de él[33]

Polaino, Lorente y Martínez (1998, citado por Camacho, 2002)[34] refiere que la funcionalidad es la capacidad de la familia para 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; todo basado en tres dimensiones centrales del comportamiento familiar: Cohesión familiar, adaptabilidad familiar y comunicación familiar.

Se alcanza cuando los objetivos familiares o funciones básicas se cumplen plenamente (seguridades económica, afectiva, social y de modelos sexuales) y cuando se obtiene la finalidad (generar nuevos individuos a la sociedad) en una homeostasis sin tensión, mediante una comunicación apropiada y basada en el respeto de las relaciones intrafamiliares[32].

2.4.2. Familia disfuncional

En una familia disfuncional la inefectividad llega al grado de insatisfacción comenzando a distorsionar su función principal ante la sociedad y anteponiendo a ello los conflictos[5].

“Puede estar dada en la perturbación severa del tipo de intercambios establecido (dobles mensajes, bloqueos, desplazamientos, doble vínculo). Se caracteriza por:

- Rigidez, falta de flexibilidad
- Falta de individuación, falta de autonomía
- Desapego extremo

- Chivo expiatorio: miembro de la familia (a menudo niños) desplazado, que es objeto de conflicto/crítica
- Triangulación: desviar el conflicto entre dos personas mediante la participación de una tercera persona, estabilizando así la relación entre la pareja original.
- Fallo en las habilidades de resolución de problemas.
- Evitación de conflictos.
- Aplicación incoherente de afecto/disciplina.
- Niveles bajos de apoyo, educación, aceptación.
- Grado aumentado de hostilidad expresada hacia el resto de miembros de la familia”[32].

2.5. La familia como sistema social

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[3]. Como sistema social, estimula y promueve el estado de salud y bienestar de los miembros que hacen parte de ella[3].

Barna y cols. (1986)[4] refieren que la familia es el componente de la estructura social sobre el cual las personas sienten que poseen experiencias y vivencias más directas y claras, de ello se entiende que gran parte de los recursos que el individuo dispone para definir su mundo proviene de la familia y dichos recursos son de dos tipos: Personas y símbolos; las personas son los parientes o los que se perciben como tales y los símbolos se expresan en lealtades, obligaciones, historias compartidas y sentido de pertenencia; con todo ello el individuo logra satisfacer necesidades sociales y psicológicas esenciales.

Cox (citado por Shaffer, 2000)[35] menciona que dentro de estos sistemas existe el efecto directo de la relación madre-hijo y el efecto indirecto, dado por el padre cuando entra en la dinámica de la madre con el hijo. Cuando la madre tiene un matrimonio feliz manteniendo una relación íntima con el esposo, tienden a interactuar con mucha mayor paciencia y sensibilidad con sus bebés, en cambio

las madres que experimentan tensión matrimonial, sienten que están criando a los bebés ellas solas

2.6. Función de la familia durante la adolescencia

“Cada familia tiene sus formas de pensar y sus prioridades, no obstante las investigaciones han demostrado algunas cualidades comunes en los padres eficaces:

- Demuestran amor: Los adolescentes necesitan poder contar con sus padres, que se comuniquen con ellos, que les dediquen tiempo y que demuestren que se preocupan por su bienestar
- Apoyan: A pesar de considerar poco importantes algunos problemas del adolescente, este necesita el apoyo de sus padres. Necesitan elogio y reconocimiento cuando se esfuerzan y aliento para desarrollar sus intereses.
- Ponen normas: Fijar límites en el comportamiento hace sentirse emocionalmente seguros a niños y adolescentes. Poner normas y supervisar que se cumplen de forma consistente y adecuada a la edad y la etapa de desarrollo facilita un desarrollo equilibrado y un mayor ajuste psicológico en la edad adulta.
- Dan ejemplo: Mientras exploran distintas posibilidades de quien quieren ser los adolescentes buscarán ejemplos en sus padres, familiares, amigos, personalidades u otras personas, pero sobre todo en sus padres.
- Enseñan responsabilidad: El sentido de la responsabilidad se adquiere con el tiempo. Según crecen aprenden a responsabilizarse de: sus tareas escolares, ordenar su habitación, colaborar en faenas domésticas, participar en actividades sociales, y aceptar las consecuencias de sus buenas o malas decisiones.
- Facilitan experiencias: Según los recursos de cada familia conviene facilitarle que conozca nuevas cosas. La curiosidad le hará probar nuevos deportes, o nuevos intereses académicos, experimentar expresiones artísticas, o probar en actividades sociales o religiosas diversas”[36].

De acuerdo con Conger, (1980)[37] el comportamiento de los padres tiene dos dimensiones de particular importancia:

- Amor contra hostilidad: el niño o adolescente sin fuertes y evidentes manifestaciones de amor por parte de sus padres, tiene pocas oportunidades para desarrollar su autoestima, así como para entablar relaciones constructivas y provechosas con los demás y por tanto de sentir confianza en su propia identidad, en cambio el adolescente que cuenta con el afecto y cuidado por parte de sus padres es más probable que pueda vencer obstáculos aparentemente insuperables.

- Control contra libertad: Para hacer frente, de manera efectiva al mundo de hoy y del mañana, los adolescentes necesitan una disciplina, pero también necesitan independencia, confianza en sí mismos, adaptabilidad y un fuerte sentido de sus propios valores. Estas cualidades son fomentadas por los padres que respetan a sus hijos, que los hacen participar de los problemas, en las tomas de decisiones familiares y que estimulan el desarrollo de la independencia apropiada a su edad, pero que, a la vez, conservan confiadamente la responsabilidad final.

CAPITULO TRES

3. LA DEPRESIÓN

3.1. Definición y características:

La historia de la evolución del concepto “depresión adolescente” se puede resumir en etapas esenciales: a comienzos del siglo XIX se introduce en el campo científico moderno y resurge de forma progresiva en el transcurso de los últimos veinte años del siglo XX. En una segunda etapa se da menos importancia a los síntomas manifiestos y se da mayor importancia a los conflictos intrapsíquicos que los determinan (enfoque psicoanalítico). A través de diversos estudios se observa que las perturbaciones psicopatológicas adolescentes, no desaparecen de manera espontánea, sino que progresan y se estructuran como una patología definida en la edad adulta, en ausencia de intervenciones oportunas (Casullo, 1998)[38].

La Organización Mundial de la Salud publicó la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10, CIE-10 (1992)[39] donde se explica que, la depresión se caracteriza por la aparición de humor depresivo, perdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, la disminución de la vitalidad y por ende la reducción de actividad, disminución de la atención y concentración, pérdida de confianza en sí mismo y sentimiento de inferioridad, ideas de culpa o sentimiento de inutilidad, perspectiva sombría del futuro, pensamientos y actos suicidas, trastornos del sueño y pérdida de apetito. Así mismo indica que existen tres formas de depresión: Leve, moderada y grave; y la presentación clínica puede ser distinta en cada tipo y en cada individuo pues existen síntomas enmascarados a través de la irritabilidad, comportamiento histriónico, consumo excesivo de alcohol y síntomas obsesivos preexistentes.

Casullo (1998)[40], indica que los síntomas más frecuentes en pacientes con depresión son: insomnio, tristeza, llanto, baja concentración, ideaciones suicidas, fatiga, irritabilidad, retardo psicomotor, anorexia, desesperanza, intentos de suicidio, irritabilidad y problemas de la memoria. Además menciona que la depresión hace referencia a un cuadro clínico unitario para cuyo

diagnóstico se requiere la presencia de un conjunto complejo de síntomas y de criterios de inclusión y exclusión, los cuales abarcan cinco núcleos:

- Síntomas anímicos: abatimiento, pesadumbre, infelicidad, irritabilidad (disforia). En algunos casos se pueden negar los sentimientos de tristeza, alegando que se es incapaz de tener sentimiento alguno.
- Síntomas motivacionales: apatía, indiferencia, disminución de la capacidad de disfrutar (retardo psicomotor).
- Síntomas cognitivos: valoración negativa de la persona misma, de su entorno, de su futuro.
- Síntomas físicos: pérdida de sueño, fatiga, pérdida del apetito, así como una disminución de la actividad y los deseos sexuales que en los hombres puede acompañarse de dificultades de erección. Molestias corporales como dolores de cabeza, de espalda, náuseas, vómitos, estreñimiento, micción dolorosa, visión borrosa.
- Síntomas vinculares: se distingue por el deterioro de las relaciones con los demás; las personas deprimidas normalmente sufren el rechazo de las personas que los rodean, lo que conlleva que se aíslen más.

3.1.1. Teoría cognitiva de la depresión de Beck

Según la teoría cognitiva que propuso Beck et al. (1979)[41], la depresión es en gran medida el resultado de una interpretación errónea de los acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar el sujeto. Esta formulación teórica gira en torno a tres conceptos básicos: la cognición, el contenido cognitivo y los esquemas. La cognición se refiere al contenido, proceso y estructura de la percepción, del pensamiento y de las representaciones mentales. El contenido cognitivo es el significado que el sujeto da a los pensamientos e imágenes que tiene en su mente; para los terapeutas cognitivos la interpretación que haga el sujeto sobre un hecho (contenido cognitivo) tendrá una influencia importante en lo que siente.

Los esquemas son creencias centrales que se constituyen en los principios directrices que sirven para procesar la información procedente del medio. Aunque no se especifica claramente el origen de los esquemas erróneos, parece

sugerirse que podrían ser el resultado del aprendizaje a través de la exposición a acontecimientos y situaciones anteriores, jugando un importante papel las experiencias tempranas y la identificación con otras personas significativas. Los esquemas depresivos tienen que ver con acontecimientos tales como la desaprobación o la pérdida de los padres. De ello se deduce, que muy probablemente aquellos individuos que padecen una depresión episódica presentan esquemas menos patológicos o con menos áreas claves de vulnerabilidad (p.ej., confianza, seguridad, amor) que aquellos con depresión crónica[41].

La teoría cognitiva considera que hay cuatro elementos cognitivos clave que explican la depresión: 1) la tríada cognitiva, formada por una visión negativa sobre uno mismo, el mundo y el futuro; 2) los pensamientos automáticos negativos; 3) errores en la percepción y en el procesamiento de información; y 4) disfunción en los esquemas[41].

La tríada cognitiva (Beck, 1967)[42] se refiere a que el contenido cognitivo de un sujeto deprimido acerca de sí mismo, su mundo y su futuro es disfuncional y negativo. El paciente deprimido se ve a sí mismo como indigno, incapaz e indeseable, el mundo lo ve lleno de obstáculos y de problemas insolubles y el futuro lo contempla como totalmente desesperanzador.

Los pensamientos automáticos negativos son aquellas cogniciones negativas específicas que desencadenan la activación emocional característica del paciente depresivo. Son pensamientos automáticos (el paciente no se da cuenta del mismo o de su proceso de interpretación), repetitivos, involuntarios e incontrolables. Entre el 60-80% de los pensamientos automáticos tienen un valor negativo (Beck, 1967)[42].

El pensamiento perturbado de la depresión es consecuencia del procesamiento erróneo o sesgado de la información que nos llega de nuestro medio (Beck, 1976)[42]. Los errores más importantes que se producen en el procesamiento de información de los individuos deprimidos son (Beck et al., 1979)[41]: la inferencia arbitraria (llegar a una conclusión en ausencia de evidencia que la apoye); la abstracción selectiva (extraer una conclusión basándose en un fragmento

sesgado de información); la sobregeneralización (elaborar una regla general a partir de uno o varios hechos aislados); la magnificación y la minimización (sobreestimar o infravalorar la significación de un acontecimiento); la personalización (atribuirse a uno mismo fenómenos externos sin disponer de evidencia para ello); y el pensamiento absolutista dicotómico (tendencia a valorar los hechos en función de dos categorías opuestas).

Estos errores, que se producen en el procesamiento de la información de las personas deprimidas, son un reflejo de la actividad de los esquemas cognitivos disfuncionales, que como ya indicamos anteriormente toman la forma de creencias centrales o «asunciones silenciosas» (Beck et al., 1979)[41]. Los esquemas son teorías o hipótesis simples que dirigen el proceso por medio del cual una persona organiza y estructura la información sobre el mundo; determinan qué situaciones son consideradas como importantes para el sujeto y qué aspectos de la experiencia son importantes para la toma de decisiones. Ejemplos de estas creencias son: «yo no puedo ser feliz si la mayoría de la gente que conozco no me admira», «si yo fracaso en mi trabajo, entonces yo soy un fracaso como persona». Por tanto, los esquemas son estructuras cognitivas que subyacen a la vulnerabilidad depresiva, a través de las cuales se procesan los acontecimientos del medio y la disfuncionalidad de los mismos causa errores en el procesamiento de información (Freeman y Oster, 1997)[43.]

La teoría cognitiva de la depresión también propone un modelo de diátesis estrés. Se hipotetiza que la predisposición a la depresión se adquiere a través de las experiencias tempranas, las cuales van modelando esquemas potencialmente depresógenos (es decir, los esquemas con contenido negativo constituyen la diátesis cognitiva). Estos esquemas cognitivos disfuncionales permanecerán latentes hasta que son activados por un estímulo estresante (factores precipitantes, como, por ejemplo, la ruptura de una relación amorosa) para el cual el individuo está sensibilizado. Los esquemas depresógenos pueden permanecer en reposo e inactivos durante mucho tiempo o toda la vida si el sujeto no está expuesto a situaciones de riesgo; por consiguiente, el sujeto tendrá pocos pensamientos negativos[41].

3.2. Depresión en la adolescencia

3.2.1. Generalidades

La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes. Se estima que afecta al 3,4-5% de los adolescentes en España, siendo la población que más presenta trastorno depresivo mayor de entre 15 y 24 años de edad[44]. Afortunadamente la depresión en gente joven y niños puede ser diagnosticada y tratada, y generalmente el tratamiento consiste en psicoterapia y medicamento. Cuando estos trastornos son detectados más tempranamente y no se dejan sin atender, la remisión es mucho más frecuente y menos severa. Antes de la pubertad, los niños y las niñas tienen las mismas probabilidades de sufrir trastornos de depresión. Sin embargo, a los 15 años, las mujeres tienen el doble de probabilidad que los hombres de haber padecido un episodio de depresión grave[44].

3.2.2. Signos característicos:

La depresión en los adolescentes se presenta en un momento de grandes cambios personales, cuando hombres y mujeres están definiendo una identidad distinta a la de sus padres, lidiando con asuntos de género y su sexualidad emergente, y tomando decisiones por primera vez en sus vidas. La depresión en la adolescencia a menudo coexiste con otros trastornos tales como ansiedad, comportamiento perturbador, trastornos alimenticios, o abuso de sustancias. También puede conducir a un aumento en el riesgo de suicidio.[45-35]

Los niños tienden a negar con mayor facilidad la depresión. No se sabe si esto es por una falta de desarrollo/madurez para poder detectarlo, o porque perciben con más sensibilidad el estigma que hay hacia estar deprimidos, y porque sienten que defraudan las expectativas de los padres. Entre los niños mayores y adolescentes la depresión se manifiesta a través de irritabilidad, alejamiento, pérdida de energía e interés en actividades que antes les atraían, cambios en el apetito y en el ciclo del sueño. En la mayoría de los adolescentes, tales sentimientos son pasajeros; sin embargo para algunos la depresión o la melancolía puede ser un estado de ánimo predominante, es entonces cuando se convierte en una alteración de consideraciones clínicas que requiere de ayuda profesional[45].

La depresión en los adolescentes se puede presentar también de otras maneras como actitudes de aburrimiento o inquietud, incapacidad de estar solos o por el contrario una búsqueda constante de nuevas actividades. Sin embargo, pueden presentarse síntomas propios de una depresión oculta, como son la drogadicción, la promiscuidad, los actos delictivos y la búsqueda del riesgo, siendo también frecuentes las referencias a la expresión facial y postural de los chicos: “con mala cara”, “ojerosos” o con “ojos tristes”, cambios de carácter y conducta recientes, mayor rebeldía y desobediencia[45].

Así también lo afirma Beck y Burns quienes descubren que los niños y adolescentes deprimidos tienen baja autoestima, tienden a la autocrítica, se sienten desgraciados, cobijan ideas de suicidio, pesimismo del futuro, van perdiendo la capacidad de decidir y de esperanza, se aíslan y pierden la oportunidad de recibir estímulos positivos[41].

La depresión en la adolescencia puede tomar dos formas, en la primera, el adolescente puede quejarse de una falta de sentimientos y de una sensación de vacío. Joselyn (1971; citada en Conger, 1980)[37] afirma que los adolescentes de este grupo se lamentan por la identidad que tenían cuando eran niños y no pueden encontrar una identidad adulta a la cual puedan adaptarse. Además, señala que el adolescente no carece de sentimientos, sino que no puede manejar o expresar los que ahora tiene. El segundo tipo de depresión, se basa en las antiguas y repetidas experiencias de derrota o fracaso. Este tipo de depresión es más difícil de tratar, sin embargo es necesaria, ya que las consecuencias son dramáticas, pues suele conducir a una perturbación extrema de conducta, como es el suicidio.

“Los síntomas de la depresión pueden variar de un niño a otro y los fundamentales son:

- Ánimo bajo, sentirse triste la mayor parte del tiempo o tener sentimientos de desesperanza.
- Pérdida de interés en las actividades con las que se disfrutaba, como jugar con sus juguetes favoritos o con sus amigos, querer estar solo y aburrirse.
- Irritabilidad (enfadarse fácilmente).

- Ganas de llorar sin motivo aparente
- Pérdida de energía o cansancio
- Problemas de sueño: tener problemas para quedarse dormido por la noche o no querer levantarse por la mañana.
- Aumento o disminución del apetito.
- Dificultad para concentrarse o problemas de memoria, que afecta al rendimiento escolar.
- Sentimientos de inutilidad o culpa.
- Pensamientos negativos, excesivas críticas hacia uno mismo.
- Ideas suicidas: querer morirse o irse para siempre.
- Síntomas físicos como dolor de cabeza, palpitaciones cardiacas o molestias abdominales. A veces estos síntomas son el único motivo de consulta al médico.
- Preocupaciones constantes, lo que les puede producir ansiedad y miedos infundados”[37].

3.2.3. Causas de depresión en la adolescencia:

Diferentes sucesos pueden actuar como desencadenantes de la depresión. En cambio, a veces, la depresión aparece sin ninguna causa externa aparente. En algunos casos existen familias en las que varios de sus miembros padecen depresión; se considera que en estos casos los factores hereditarios pueden ser importantes[45].

“Algunas circunstancias que aumentan el riesgo de depresión son:

- Problemas escolares.
- Depresión en los padres.
- Experiencias de pérdidas o estrés, incluyendo fallecimiento de seres queridos (padres), soledad, cambios en el estilo de vida (cambio de país) o problemas en las relaciones interpersonales (amigos).Situaciones conflictivas en el entorno (por ejemplo, centro escolar, familia, trato diferente por la raza).
- Haber sufrido traumas físicos o psicológicos: acoso, abusos, negligencia en el cuidado.

- Enfermedad física grave o problemas crónicos de salud.
- Algunas medicinas (puedes consultarlo con tu médico).
- Abusar del alcohol o consumir otras drogas no solo no ayuda, sino que empeora la depresión”[45].

3.3. Depresión y familia

La familia es el centro primario de socialización infantil y juvenil, en el cual se encuentran los modelos a seguir por medio de la educación, de la observación constante del comportamiento de los padres y las formas de relación social establecidas por el grupo familiar con otros grupos[46]

Por su parte Sentín (1989)[47], dentro de su trabajo psicológico con estudiantes deprimidos, señala que los alumnos deprimidos se desarrollan dentro de una estructura familiar en conflicto o con la vivencia por parte del sujeto de una situación conflictiva en su estructura familiar y, a veces, aunque no siempre, escolar. De manera general, puntualiza que los conflictos típicos de la estructura familiar en esta población son:

- Infidelidad de uno de los cónyuges que generalmente suele ser el padre.
- Dificultades más o menos graves y/o más o menos manifiestas de relación en la pareja.
- Rigidismo moral, especialmente en el terreno de la sexualidad, a veces acompañado de un cierto fanatismo religioso o político por parte de los padres.
- La condición de ser único de un sexo dentro de los hermanos. Ser un solo hombre entre mujeres o una sola mujer entre hombres.
- El hecho de que un miembro de la familia (normalmente el padre) sea un triunfador en los negocios o en la carrera, acompañado con una fuerte carga de autoritarismo paternalista que hace que los hijos tengan una imagen de padre perfecto.

Sentín (1989)[47] considera entonces que, las estructuras familiares ponen en funcionamiento desde una edad muy temprana y de forma definitiva tres aspectos de la conducta del individuo aspectos que engloban la totalidad del

comportamiento: a) cómo pensar y enjuiciar, b) cómo actuar y experimentar y c) cómo sentir y gozar. Considerando estos aspectos, se destaca la importancia del adecuado funcionamiento de la familia como factor preventivo ante las diversas problemáticas que los adolescentes enfrentan en el transcurso de esta etapa; es decir, si la familia ha dotado con los recursos necesarios al adolescente, le será más fácil tomar decisiones acertadas y favorables para él, así como, elaborar un proyecto de vida sano.

3.4. Tratamiento

Las opciones terapéuticas para los adolescentes con depresión abarcan tratamiento complementario, psicoterapia y medicamentos antidepresivos. Es importante que el tratamiento se acomode al adolescente y a la gravedad de los síntomas de depresión. Las familias con frecuencia participan en el tratamiento de la depresión en el adolescente.

3.4.1. Psicoterapia

Varios tipos de psicoterapia o terapia de diálogo pueden ayudar a las personas con depresión. Algunos tratamientos son de corto plazo (10 a 20 semanas) y otros son de largo plazo, según las necesidades del individuo. Existen dos tipos principales de psicoterapia, la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal, las cuáles han probado ser efectivas en el tratamiento de la depresión. Al enseñar nuevas maneras de pensar y de comportarse, la terapia cognitivo-conductual ayuda a las personas a cambiar sus estilos negativos de pensamiento y de comportamiento que pueden contribuir a su depresión. La terapia interpersonal ayuda a las personas a entender y resolver relaciones personales problemáticas que pueden causar o empeorar su depresión[48].

La psicoterapia puede ser la mejor opción para tratar la depresión leve a moderada. Sin embargo, para casos graves de depresión o para ciertas personas, la psicoterapia puede no ser suficiente. Estudios han indicado que una combinación de medicamentos y psicoterapia pueden ser para los adolescentes

la opción más efectiva para tratar la depresión y reducir la probabilidad de una reaparición[48].

3.4.2. Terapia farmacológica

Los principales fármacos utilizados en el tratamiento de la depresión son los antidepresivos, los mismos que funcionan incrementando en el cerebro la actividad y los niveles de neurotransmisores, que ayudan a mejorar el estado de ánimo. La mayoría de los tratamientos necesitan algún tiempo para obtener resultados. Antes de que una persona comience a tomar antidepresivos, debe tener en cuenta que la medicación necesita cierto tiempo para funcionar (normalmente se necesitan varias semanas para experimentar alguna mejoría y determinar si un fármaco resulta útil) [45].

El primer medicamento considerado normalmente es un tipo de antidepresivo llamado inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina (ISRS). Los ISRS portan una advertencia acerca de aumentar el riesgo de pensamientos y acciones suicidas en niños y adolescentes. En caso de encontrarse bajo la prescripción de este medicamento, tanto los adolescentes como sus familias, deberán estar en estado de alerta con relación a cambios súbitos o incremento de pensamientos suicidas. No todos los antidepresivos están aprobados para su uso en niños y en adolescentes. Por ejemplo, los tricíclicos no están aprobados para su uso en adolescentes[48].

“El período de tiempo durante el que se recibe tratamiento con antidepresivos varía de una persona a otra. Normalmente se recomienda mantener la medicación un mínimo de 6 meses con la misma dosis con la que obtuviste mejoría. La retirada se hará de forma gradual.

Los primeros síntomas que mejoran son los problemas de sueño y de apetito, después el interés en actividades y la capacidad de concentración; el último síntoma en mejorar es la tristeza y el desánimo que puede tardar varias semanas desde el inicio del tratamiento (habitualmente 15 días).

Los efectos secundarios que son esperables con la medicación: sequedad de boca, problemas de sueño, cefaleas, visión borrosa, molestias abdominales e inquietud. La mayoría son tolerables por casi todas las personas”[45].

3.4.3. Terapia de familia

La terapia de familia puede ser útil si los conflictos familiares están contribuyendo con la depresión. También puede ser necesario el apoyo de la familia o los maestros para ayudar con los problemas escolares. Ocasionalmente, se puede requerir la hospitalización en una unidad psiquiátrica para los individuos con depresión grave o que están en riesgo de suicidio. Debido a los problemas de conducta que a menudo ocurren con la depresión adolescente, muchos padres se ven tentados a enviar a sus hijos a “campamentos de entrenamiento para reclutas”, “programas educativos y terapéuticos de salidas de campo” o “escuelas de crecimiento emocional”. Estos programas con frecuencia utilizan un equipo que no es profesional, hacen usos de terapias de confrontación y castigos fuertes. No existe evidencia científica que apoye el uso de estos programas. En efecto, hay un cúmulo de investigación cada vez mayor que sugiere que, en realidad, pueden lastimar a los adolescentes sensibles con depresión[48].

Los adolescentes deprimidos que reaccionan también pueden verse comprometidos con el sistema de justicia criminal y a menudo, se recomienda a los padres no intervenir sino dejar que “ellos experimenten las consecuencias”. Esto puede lastimar a los adolescentes a través de la exposición a compañeros que los desvían más y a una reducción de las oportunidades educativas[48].

“Lo padres pueden ayudar a sus hijos brindándoles amor, apoyo y fuerza ante las diversas situaciones, de varias maneras

- Ayudándole a establecer metas, que sean sencillas y realistas, que se ajusten a su estilo y personalidad.
- Reconociendo sus éxitos.
- Recordando las cosas buenas del pasado.
- Procurando ser su apoyo.

- Alentándole a establecer buenas relaciones con los amigos y familia que son una parte significativa de la recuperación.
- Pasando tiempo con él y dialogando con él.
- Preocupándose porque reciba una buena alimentación
- Animándolo a realizar actividad física de manera regular
- Acostumbrándolo a un horario de sueño, ya que la rutina es el mejor tratamiento para el insomnio
- Haciéndolo sentir realmente amado e importante para toda la familia”[45]

3.4.4. La terapia cognitiva de Beck

La terapia cognitiva de la depresión es un enfoque psico educativo activo, directivo, estructurado y orientado hacia el problema, basado en la teoría cognitiva de la depresión de Beck (Beck et al., 1979). Tres suposiciones teóricas subyacen a las intervenciones de la terapia cognitiva. La principal suposición es que la conducta y el afecto del individuo deprimido están determinados en gran parte por la forma en cómo ve el mundo. Una segunda suposición es que las cogniciones (pensamientos, creencias, fantasías, imágenes, etc.) pueden ser auto observadas por el cliente y comunicadas. La identificación y el auto observación de las cogniciones pueden requerir entrenamiento, asumiendo que estas cogniciones son o pueden llegar a ser conscientes[41].

Se supone, en tercer lugar, que la modificación de las cogniciones conducirá cambios en el afecto y en la conducta. En términos globales, este enfoque mantiene que la depresión puede aliviarse por medio de la intervención en los niveles cognitivo, conductual o afectivo. Los terapeutas cognitivos son activos y directivos. El terapeuta y el paciente trabajarán juntos según el principio de «empirismo colaborador»; la terapia cognitiva es un modelo de colaboración. Con el esfuerzo conjunto, el paciente y el terapeuta transforman las quejas o problemas principales del cliente en síntomas objetivo específicos. Posteriormente, estos problemas se traducen a términos cognitivos y conductuales y se desarrolla un plan de tratamiento diseñado individualmente, basándose en las necesidades del cliente. El terapeuta cognitivo cuenta con una

variedad de técnicas cognitivas y conductuales para alterar el estilo de pensamiento disfuncional del paciente deprimido. Aunque la cognición es el objetivo básico de la terapia cognitiva, también se utilizan un amplio rango de técnicas conductuales con el fin de producir cambios cognitivos y conductuales[43].

En las primeras fases de la terapia cognitiva y, en especial, en las depresiones graves se introducen intervenciones conductuales como el registro de la actividad, la planificación de actividades agradables y la asignación de tareas para casa progresivas, para restablecer el nivel de funcionamiento que tenía el paciente antes de la depresión. Aunque un propósito inmediato de las técnicas conductuales es alterarlos síntomas conductuales (p.ej., evitación, niveles de actividad reducida), la meta última es el cambio cognitivo (Freeman y Oster, 1997)[43].

Los principales objetivos de la terapia cognitiva para la depresión son los pensamientos automáticos negativos que mantienen la depresión y los esquemas que han predispuesto al paciente al trastorno. Con las intervenciones cognitivas iniciales se pretende poner de manifiesto las cogniciones inadecuadas. Una vez que se han identificado estos pensamientos automáticos, el terapeuta y el paciente examinan y someten a prueba los pensamientos automáticos, considerándolos como hipótesis que han de ser sujetas a comprobación, investigación o examen. El paciente, a través de tareas y ejercicios que tiene que realizar en casa, recoge datos objetivos para comprobar sus hipótesis. Recogidos los datos, se anima al paciente a que acepte o rehúse sus hipótesis, una vez que haya evaluado los datos de una forma más coherente y lógica (véase Becket al., 1979)[41].

3.5. Pronóstico

Los episodios depresivos generalmente responden al tratamiento. El tratamiento apropiado y oportuno de la depresión en adolescentes puede prevenir episodios posteriores. Sin embargo, cerca de la mitad de los adolescentes que experimentan una depresión grave tiene probabilidades de seguir presentando problemas continuos de depresión como adultos[48].

3.6. Prevención

Los periodos de estado de ánimo deprimido son comunes en la mayoría de los adolescentes. Sin embargo, las relaciones interpersonales de apoyo y las habilidades de adaptación saludables pueden ayudar a evitar que dichos periodos conduzcan a síntomas depresivos más severos. La comunicación abierta con el adolescente puede ayudar a identificar la depresión a una edad más temprana[48].

La asesoría puede ayudar a los adolescentes a hacer frente a los periodos de estado de ánimo bajo. La terapia conductual cognitiva, que enseña a las personas deprimidas formas de combatir los pensamientos negativos, es el tratamiento no farmacológico más efectivo para la depresión. Asegúrese de que los consejeros o psicólogos con los que usted trabaje estén bien capacitados en el uso del método[48].

e. MATERIALES Y METODOS

1. Tipo de Estudio

La presente investigación es cuanti-cualitativa y descriptiva porque se cuantificó y describió los casos y el nivel de depresión y así mismo el estado funcional de las familias de los y las adolescentes del Instituto Superior Tecnológico "Daniel Álvarez Burneo"; lo que luego permitió determinar si existe o no una relación directamente proporcional entre la depresión y el funcionamiento familiar del grupo en estudio

En cuanto al tiempo de estudio es de tipo transversal ya que la misma fue realizada en un periodo delimitado de febrero a julio del 2013.

2. Área de Estudio

La investigación fue llevada a cabo en el Instituto Superior Tecnológico "Daniel Álvarez Burneo" de la ciudad de Loja, ubicado en la Avenida Emiliano Ortega, entre Zoilo Rodríguez y Juan de Salinas; en la parroquia "El Valle", el mismo que cuenta con 3 años de educación básica y 3 años de bachillerato. Esta es una institución fiscomisional, mixta y dirigida por religiosos Maristas.

3. Universo y Muestra

3.1. **Universo:** los sujetos objeto de estudio correspondieron a todos los y las estudiantes matriculados en este Instituto, durante el periodo lectivo 2012-2013, siendo un total de 3060 alumnos.

3.2. **Muestra:** El tamaño de la muestra se la obtuvo por medio del sistema estadístico Open Epi versión 3, la calculadora de código abierto SSPropor[49]

Tamaño de la muestra $\mathbf{n = [EDFF*Np\ (1-p)]/\ [(d^2/Z^2_{1-\alpha/2}*(N-1)+p*(1-p)]}$

Donde:

- Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)(N): 3060

- Frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p): 50%+/-5
- Límites de confianza como % de 100(absoluto +/-%)(d): 5%
- Efecto de diseño (para encuestas en grupo-EDFF): 1
- Intervalo de confianza (%): 99%
- Resultado: 546 estudiantes.

3.3. Tipo de muestreo: No probabilístico por conveniencia: Para obtener a los integrantes del estudio se realizó un sorteo en donde se obtuvo a tres paralelos por cada año del básico y del bachillerato.

- **Criterios de Inclusión:**
  - ✓ Estudiantes de 12 – 18 años de edad
  - ✓ Estudiantes de los paralelos que resultaron sorteados y que están matriculados en dicho plantel
  - ✓ Aceptación voluntaria para responder la encuesta

- **Criterios de exclusión:**
  - ✓ Estudiantes menores de 12 años o mayores de 18 años
  - ✓ Estudiantes que no fueron de los paralelos sorteados o que no están matriculados en dicha institución
  - ✓ Alumnos que no asistieron a clases el día que se aplicaron los formularios
  - ✓ No aceptar contestar la encuesta

- **Criterios de eliminación:**
  - ✓ Responder la encuesta en forma incompleta
  - ✓ Seleccionar más de una opción en una pregunta

Como ya se mencionó para obtener los integrantes de la muestra de acuerdo al número indicado con el Open epi, se seleccionó a tres paralelos por cada año de educación básica y por cada año de bachillerato, teniendo en total 18 paralelos con un número total de 704 estudiantes. De este número se encuestó

solo a 651 ya que el número restante faltó a clases el día de la aplicación del cuestionario y en otros casos se negaron a dar contestación. El número que se acepta como total para la presentación de resultados finalmente es de **619** adolescentes, debido a que 32 de ellos no se aceptaron como válidos de acuerdo a los criterios correspondientes de exclusión y eliminación. De los 619 adolescentes el 55,90% fueron mujeres y el 44,10% fueron hombres

4. Hipótesis

- Hipótesis Nula
  - ✓ La depresión en los adolescentes no se relaciona directamente con el nivel de disfuncionalidad familiar
- Hipótesis alternativa
  - ✓ La depresión en los adolescentes se relaciona directamente con el nivel de disfuncionalidad familiar

5. Variables:

- Variables correlacionadas
  - ✓ Depresión en adolescentes del Instituto Superior Tecnológico "Daniel Álvarez Burneo": la misma que se medirá a través del test de depresión de Beck
  - ✓ Funcionalidad familiar de las familias de adolescentes del Instituto Superior Tecnológico "Daniel Álvarez Burneo": la misma que será medida a través de la Escala de Apgar familiar modificada por la Dra. Liliana Arias

- Variables de control:
  - ✓ Edad: Adolescentes del Instituto Superior Tecnológico "Daniel Álvarez Burneo"entre 12 y 18 años.
  - ✓ Sexo: Adolescentes hombres y mujeres del Instituto Superior Tecnológico "Daniel Álvarez Burneo".

6. Métodos, Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos

Los datos que se obtuvieron en este trabajo permitieron realizar las correspondientes conclusiones de manera interpretativa y lógica; que llegan a constituir el método deductivo.

Para la realización del trabajo investigativo se aplicó la encuesta a los estudiantes con las preguntas correspondientes al test de Beck y Apgar familiar

6.1. Instrumentos: Se aplicó una encuesta en la que constaron las preguntas del test de depresión de Beck, la escala de Apgar familiar y el respectivo consentimiento informado

- **Test de Depresión de Beck** (Anexo 3): Este se utilizó para la evaluación de la depresión en los y las adolescentes del colegio ya mencionado.

  La escala de depresión de Beck, es un mecanismo fiable para medir el estado de ánimo. Con este se detecta la presencia de la depresión y se mide exactamente su gravedad. Entre sus múltiples ventajas destaca su rapidez, pues se contesta en relativamente pocos minutos[50].

  Este cuestionario fue creado por el doctor Aaron Temkim Beck, profesor de psiquiatría de la Universidad de Pennsilvania. El resultado del Inventario para la Depresión de Beck (BDI) no permite al médico por sí solo diagnosticar una depresión, pero le da pistas para llegar a conclusiones en el contexto del historial del afectado, convirtiéndose en una herramienta útil para el chequeo[50].

  El Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI) (Beck y cols, 1961) fue desarrollado inicialmente como una escala heteroaplicada de 21 items para evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión, conteniendo cada item varias frases autoevaluativas que el entrevistador leía al paciente para que este seleccionase la que mejor se adaptase a su situación; sin embargo, con posterioridad su uso se ha generalizado como escala autoaplicada. Esta versión fue adaptada al

castellano y validada por Conde y cols (1975), y ha sido durante mucho tiempo la versión más conocida[51]

En 1979 Beck y cols. dan a conocer una nueva versión revisada de su inventario, adaptada y traducida al castellano por Vázquez y Sanz. (1991)[52], siendo esta la más utilizada en la actualidad. En 1996, los mismos autores presentaron una nueva revisión de su cuestionario, el Beck Depression Inventory–II o BDI-II, del que no se dispone por el momento de adaptación y validación al castellano. Existen también dos versiones abreviadas de 13[41] y de 7[42] ítems, de menor difusión, y no validadas en nuestro medio.

Para nuestro trabajo se empleó el BDI el cual es un cuestionario autoaplicado de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. En la versión de 1961 cada ítem contemplaba de 4 opciones de respuesta, ordenadas de menor a mayor gravedad. Ni la numeración de las alternativas de respuesta, ni los enunciados de los distintos ítems deben aparecer en el formato de lectura del cuestionario, ya que al dar una connotación clínica objetiva a las frases pueden influir en la opción de respuesta del paciente[51].

Su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50 % de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático / vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológico-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somático-vegetativos[5]

Interpretación: El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3[51].

El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la

sintomatología, no proporcionar un diagnóstico. Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad / severidad son los siguientes[51]:

No depresión:	0-9 puntos
Depresión leve:	10-18 puntos
Depresión moderada:	19-29 puntos
Depresión grave:	≥ 30 puntos

Se ha cuestionado algunos aspectos de su validez de contenido, ya que los síntomas referidos al estado de ánimo tienen poco peso y, además, parte de la premisa de que la depresión se caracteriza por una inhibición general, ya que sólo recoge síntomas por defecto. Tiene escasa capacidad discriminante para los trastornos de ansiedad, y tampoco resulta adecuado para realizar un diagnóstico diferencial frente a otros trastornos psiquiátricos o para diferenciar distintos subtipos de depresion[52]

Se trata posiblemente del cuestionario auto aplicado más citado en la bibliografía. Utilizado en pacientes con diagnóstico clínico de depresión, proporciona una estimación adecuada de la gravedad o intensidad sintomática, y es ampliamente utilizado en la evaluación de la eficacia terapéutica por su sensibilidad al cambio y en la investigación para la selección de sujetos. Posee así mismo una adecuada validez para el cribado o detección de casos en población general, pero en pacientes médicos su especificidad es baja[51].

Propiedades psicométricas

- ✓ **Fiabilidad**: Sus índices psicométricos han sido estudiados de manera casi exhaustiva, mostrando una buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0,76 – 0,95). La fiabilidad test oscila alrededor de r = 0,8, pero su estudio ha presentado dificultades metodológicas, recomendándose en estos casos variaciones a lo largo del día en su administración[51].

- ✓ **Validez**: Muestra una correlación variable con otras escalas[53]. En pacientes psiquiátricos se han encontrado valores entre 0,55 y 0,96 (media 0,72) y en sujetos no psiquiátricos entre 0,55 y 0,73 (media 0,6). Muestra también una buena sensibilidad al cambio, similar o algo inferior a la del HDRS[54], con una correlación alta con la mejoría clínica evaluada por expertos[52], tanto en terapias farmacológicas, como psicológicas[54].

- **Escala de Apgar familiar** (Anexo 4): se aplicó para evaluar la funcionalidad familiar de las familias de la población en estudio.

  Es un instrumento de evaluación familiar que permite una medición cualitativa de la satisfacción de los miembros de la familia con cada uno de los componentes básicos de la función familiar, es decir la funcionalidad y solidaridad familiar. Se basa en la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento de la familia y pueden manifestar el grado de satisfacción con el cumplimento de sus parámetros básicos. Es de gran utilidad para determinar si la familia representa un recurso para el paciente o si, por el contrario, contribuye a su enfermedad, Identificando conflictos o disfunciones familiares, con el propósito de darles seguimiento y orientación para una remisión oportuna y adecuada en los casos que sea necesario. Puede ser contestado por todo tipo de familias, y mientras mayor sea el número de individuos a quienes se aplique, más completa será la visión que se puede tener del funcionamiento familiar[55].

  El Apgar familiar fue ideado por el Dr. Gabriel Smilkstein, de la Universidad de Washington, Seattle en 1978 y validado, modificando las preguntas para Chile, por el Dr. Ramón Florenzano. Posteriormente sufrió cierta modificación por la Dra. Liliana Arias Castillo médico familiar de origen colombiano graduada en la Universidad del Valle, quien le agregó dos preguntas acerca del soporte de amigos en 1991[55].

La validación inicial del APGAR familiar mostró un índice de correlación de 0.80 entre este test y el instrumento previamente utilizado (Pless-Satter White 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[56.]

El Apgar familiar mide cinco componentes básicos de la función familiar[56]:

- ✓ Adaptabilidad: capacidad de utilizar recursos intra y extrafamiliares para resolver problemas o situaciones de crisis

- ✓ Participación: capacidad de compartir los problemas y de comunicarse para explorar fórmulas de resolución de éstos. Cooperación en las responsabilidades del mantenimiento familiar y en la toma de decisiones.

- ✓ Generatividad o Desarrollo o gradiente de crecimiento: capacidad de apoyar y asesorar en las distintas etapas del ciclo vital familiar, permitiendo la individuación y separación de los miembros de la familia.

- ✓ Afectividad: capacidad de experimentar cariño y preocupación por cada miembro de la familia y de demostrar distintas emociones como amor, pena o rabia.

- ✓ Resolución: capacidad de instrumentalizar los elementos anteriores, entendida como compromiso de dedicar tiempo y atender necesidades físicas y emocionales de los demás miembros, generalmente asociable al compromiso de compartir unos ingresos y un espacio.

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que lo realice en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser realizado de forma personal (autoadministrado idealmente). Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de

acuerdo a la siguiente calificación: 0= nunca, 1= casi nunca, 2= algunas veces, 3= casi siempre, 4= siempre; al sumar los 5 parámetros el puntaje fluctúa entre 0 y 20 puntos. Basados en estos puntajes, la calificación de la función familiar se hace de acuerdo a lo especificado, de 18-20 buena función familiar, de 17-14 disfunción familiar leve, de 13 -10 disfunción familiar moderada y 9 o menos disfunción familiar grave[55]

Además como ya se mencionó en la última modificación del Apgar familiar realizada por la Dra. Liliana Arias se agrega dos preguntas sobre soporte de amigos con una puntuación máxima de 8/8, teniendo como resultados: 7-8 buen soporte de amigos, de 6-4 soporte regular y 3 o menos mal soporte[55].

La puntuación conjunta entre el Apgar familiar y el soporte de amigos brinda un valor máximo de 28/28[55]

- **Consentimiento informado** (Anexo 2): Se utilizó un formato correspondiente al consentimiento informado, el mismo que estuvo dirigido a los estudiantes muestra del estudio para la obtención de la información.

7. Procedimiento para la recolección de la información:

Se realizaron las coordinaciones respectivas en el rectorado del Instituto Superior Tecnológico “Daniel Álvarez Burneo” solicitando el permiso para trabajar con 3 paralelos por cada año educativo, siendo un total de 18 paralelos y planificando la aplicación de los test correspondientes.

Dada la autorización (Anexo 1), se procedió a evaluar a las y los adolescentes de los paralelos que resulten seleccionados. Se informó al evaluado sobre los fines de la entrevista para disponer de su consentimiento (Anexo 2); así como también se brindó las indicaciones necesarias para su correcta contestación.

8. Plan de tabulación y análisis

Para la tabulación de la información recolectada se utilizó cuadros y gráficos estadísticos de Microsoft Excel.

Para la estadística descriptiva se utilizó la tabla de frecuencias y porcentajes, a fin de representar las observaciones de forma resumida.

Se tabuló la información obtenida en el test de depresión Beck, el mismo que permite detectar el problema por niveles, agrupándolo de acuerdo al sexo y edad. También se tabuló los datos recolectados en la escala de APGAR Familiar modificado, para realizar la valoración del funcionamiento familiar de las familias de estos adolescentes.

Finalmente se estableció si existe relación entre la depresión y la funcionalidad familiar en los adolescentes de esta entidad educativa, para lo cual se utilizó el test estadístico Ji cuadrado o X^2. Hernández y cols, (2002)[57] explican que, esta prueba estadística evalúa la relación entre dos variables categóricas, como es el caso del presente estudio. Este método estadístico tiene dos variables involucradas, no considera relaciones causales y el nivel de medición de las variables es normal u ordinario. La Chi cuadrado se calcula por medio de una tabla de contingencia o tabulación cruzada, una tabla de dos dimensiones (cada dimensión con una variable). Cada variable se subdivide en 2 o más categorías. En la tabla de contingencia se anotan las frecuencias observadas en la muestra de investigación, luego se calculan las frecuencias esperadas para cada celda. Además es una comparación entre la tabla de frecuencias observables y se denomina “tabla de frecuencias esperadas”, ya que son los datos que se esperan encontrar si las variables fueron estadísticamente independientes o no estuvieron relacionadas

Cabe mencionar que los resultados fueron expuestos en tablas o gráficas, dependiendo si es más explicativa en su caso. También debajo de cada tabla o gráfico se colocó su respectiva interpretación y al final de toda la tabulación se realizó la correspondiente discusión comparando los resultados obtenidos con datos estadísticos de otros estudios para determinar si lo que pasa en nuestro medio es semejante o diferente en relación a otras latitudes.

Los datos para determinar la relación por medio de chi cuadrado fueron procesados con el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 21.0

f. RESULTADOS

TABLA Nº 1

DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LOS ADOLESCENTES DEL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO" DE LOJA, PERIODO FEBRERO-JULIO DEL 2013

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hombres	273	44,10%
Mujeres	346	55,90%
TOTAL	**619**	**100,00%**

FUENTE: Encuesta con formulario de test de Beck y APGAR familiar
ELABORADO: Diana Gabriela Ortiz Cango

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a la tabla expuesta se puede evidenciar que el mayor porcentaje de la muestra de estudio estuvo conformada por adolescentes mujeres, quienes constituyen el 56% (346) de la población encuestada, mientras que el 44%(273) restante estuvo constituido por adolescentes hombres

TABLA Nº 2

DISTRIBUCIÓN DE EDAD POR SEXO DE LOS ADOLESCENTES DEL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO" DE LOJA, PERIODO FEBRERO-JULIO DEL 2013

EDAD		MUJER	HOMBRE	TOTAL
12-13 años	Recuento	111	102	213
	% del total	17,93%	16,48%	34,41%
14-15 años	Recuento	92	90	182
	% del total	14,86%	14,54%	29,40%
16-17 años	Recuento	127	67	194
	% del total	20,52%	10,82%	31,34%
18 años	Recuento	16	14	30
	% del total	2,58%	2,26%	4,85%
TOTAL	Recuento	346	273	619
	% del total	55,90%	44,10%	100,00%

FUENTE: Encuesta con formulario de test de Beck y APGAR familiar
ELABORADO: Diana Gabriela Ortiz Cango

INTERPRETACIÓN: En esta tabla se puede apreciar que los adolescentes entre 12 y 13 años representaron el mayor porcentaje de la población investigada, con un 34,41%, del cual el 17,93% corresponde a mujeres y el 16,48% a hombres. Luego se puede apreciar que los adolescentes entre 16 y 17 años les siguen al porcentaje anterior con un valor del 31,34%, del cual un 20,52% constituye a las mujeres y el 10,82% restante a los hombres. Los adolescentes de los otros rangos de edad se encuentran con porcentajes menores: de 14-15 años, 29,40 %, y los adolescentes de 18 años con el 4,85% de la población total.

TABLA Nº3

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN POR EDAD EN ADOLESCENTES MUJERES DEL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ALVAREZ BURNEO" DE LOJA

EDAD		SIN DEPRESIÓN	CON DEPRESION				TOTAL
			LEVE	MODERADA	GRAVE	SUBTOTAL	
12-13 años	recuento	72	33	3	3	39	111
	% del total	20,81%	9,54%	0,87%	0,87%	11,27%	32,08%
14-15 años	recuento	56	27	9	0	36	92
	% del total	16,18%	7,80%	2,60%	0%	10,40%	26,59%
16-17 años	recuento	72	37	17	1	55	127
	% del total	20,81%	10,69%	4,91%	0,29%	15,90%	36,71%
18 años	recuento	9	4	3	0	7	16
	% del total	2,60%	1,16%	0,87%	0%	2,02%	4,62%
TOTAL	recuento	209	101	32	4	137	346
	% del total	60,40%	29,19%	9,25%	1,16%	39,60%	100,00%

FUENTE: Encuesta con formulario de test de Beck y APGAR familiar

ELABORADO: Diana Gabriela Ortiz Cango

INTERPRETACIÓN: Con respecto a la presencia de depresión en adolescentes mujeres se puede apreciar que la mayoría de ellas no presenta cuadros depresivos, lo cual está representado por el 60,40% de las 346 mujeres; sin embargo vale resaltar que un porcentaje bastante estimable si presenta depresión el mismo que corresponde al 39,60 % del total de mujeres, siendo más frecuente entre los 16 y 17 años. Así mismo se observa que el estado depresivo predominante es el leve.

TABLA Nº 4

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN POR EDAD EN ADOLESCENTES HOMBRES DEL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ALVAREZ BURNEO" DE LOJA

EDAD		SIN DEPRESIÓN	CON DEPRESION				TOTAL
			LEVE	MODERADA	GRAVE	SUBTOTAL	
12-13 años	recuento	68	27	5	2	34	102
	% del total	24,91%	9,89%	1,83%	0,73%	12,45%	37,36%
14-15 años	recuento	56	24	7	3	34	90
	% del total	20,51%	8,79%	2,56%	1,10%	12,45%	32,97%
16-17 años	recuento	40	14	10	3	27	67
	% del total	14,65%	5,13%	3,66%	1,10%	9,89%	24,54%
18 años	recuento	10	2	2	0	4	14
	% del total	3,66%	0,73%	0,73%	0%	1,47%	5,13%
TOTAL	recuento	174	67	24	8	99	273
	% del total	63,74%	24,54%	8,79%	2,93%	36,26%	100,00%

FUENTE: Encuesta con formulario de test de Beck y APGAR familiar
ELABORADO: Diana Gabriela Ortiz Cango

INTERPRETACIÓN: La presencia de depresión en los hombres acontece en una situación similar a las mujeres, pues se evidencia que la mayoría de ellos no presenta depresión, lo mismo que está representado por el 63,74% del total de hombres; sin embargo el porcentaje de adolescentes con depresión es estimablemente alto con un 36,26%, siendo más frecuente entre los 12 a 15 **años.** Así mismo se evidencia predominancia de la depresión leve

TABLA Nº5

FRECUENCIA DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE ACUERDO A LA EDAD EN ADOLESCENTES MUJERES DEL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO" DE LOJA

EDAD		BUENA FUNCIÓN FAMILIAR	DISFUNCION FAMILIAR				TOTAL
			LEVE	MODERADA	SEVERA	SUBTOTAL	
12-13 años	recuento	56	40	7	8	55	111
	% del total	16,18%	11,56%	2,02%	2,31%	15,90%	32,08%
14-15 años	recuento	39	27	10	16	53	92
	% del total	11,27%	7,80%	2,89%	4,62%	15,32%	26,59%
16-17 años	recuento	47	41	20	19	80	127
	% del total	13,58%	11,85%	5,78%	5,49%	23,12%	36,71%
18 años	recuento	6	3	2	5	10	16
	% del total	1,73%	0,87%	0,58%	1,45%	2,89%	4,62%
TOTAL	recuento	148	111	39	48	198	346
	% del total	42,77%	32,08%	11,27%	13,87%	57,23%	100,00%

FUENTE: Encuesta con formulario de test de Beck y APGAR familiar%

ELABORADO: Diana Gabriela Ortiz Cango

INTERPRETACIÓN: En relación al nivel de funcionalidad familiar de las familias de las adolescentes mujeres, vemos que la mayoría de ellas estima que su familia es disfuncional, lo mismo que corresponde al 57,23%, del que se destaca el nivel leve de disfuncionalidad con un 32,08%, sin dejar atrás a los otros niveles que también muestran cifras relativamente altas: nivel de disfuncionalidad severo13, 87 % y nivel moderado 11,27%. Este estado disfuncional es especialmente percibido entre los 16 a 17 años

TABLA Nº6

FRECUENCIA DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE ACUERDO A LA EDAD EN ADOLESCENTES HOMBRES DEL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO" DE LOJA

EDAD		BUENA FUNCIÓN FAMILIAR	DISFUNCION FAMILIAR				TOTAL
			LEVE	MODERADA	SEVERA	SUBTOTAL	
12-13 años	recuento	56	32	8	6	46	102
	% del total	20,51%	11,72%	2,93%	2,20%	16,85%	37,36%
14-15 años	recuento	34	34	13	9	56	90
	% del total	12,45%	12,45%	4,76%	3,30%	20,51%	32,97%
16-17 años	recuento	21	17	17	12	46	67
	% del total	7,69%	6,23%	6,23%	4,40%	16,85%	24,54%
18 años	recuento	7	5	2	0	7	14
	% del total	2,56%	1,83%	0,73%	0,00%	2,56%	5,13%
TOTAL	recuento	118	88	40	27	155	273
	% del total	43,22%	32,23%	14,65%	9,89%	56,78%	100,00%

FUENTE: Encuesta con formulario de test de Beck y APGAR familiar
ELABORADO: Diana Gabriela Ortiz Cango

INTERPRETACIÓN: en cuanto a los adolescentes hombres, se puede apreciar que su situación es similar a la del caso de las mujeres, ya que la mayor parte de la población masculina presentan algún nivel de disfuncionalidad familiar, que corresponde al 56,78%, del mismo que se destaca el nivel leve con un mayor valor, 32,23%. Luego es importante mencionar los otros niveles de disfuncionalidad familiar también presentan cifras llamativas: disfuncionalidad moderada 14,65% y disfuncionalidad familiar severa 9,89%. Esta situación es percibida en mayor proporción entre los 14 a 15 años**.**

TABLA Nº7

FRECUENCIA DE SOPORTE DE AMIGOS DE ACUERDO A LA EDAD EN ADOLESCENTES MUJERES DEL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO" DE LOJA

EDAD		BUENO	REGULAR	MALO	TOTAL
12-13 años	Recuento	82	26	3	111
	% del total	23,70%	7,51%	0,87%	32,08%
14-15 años	Recuento	67	24	1	92
	% del total	19,36%	6,94%	0,29%	26,59%
16-17 años	Recuento	84	35	8	127
	% del total	24,28%	10,12%	2,31%	36,71%
18 años	Recuento	13	3	0	16
	% del total	3,76%	0,87%	0,00%	4,62%
TOTAL	Recuento	246	88	12	346
	% del total	71,10%	25,43%	3,47%	100,00%

FUENTE: Encuesta con formulario de test de Beck y APGAR familiar
ELABORADO: Diana Gabriela Ortiz Cango

INTERPRETACIÓN: otra situación muy importante en la vida de los adolescentes es su relación con los pares, la misma que fue estimada por medio de las preguntas del soporte de amigos del apgar familiar. En esta tabla se puede evidenciar que la mayor parte de adolescentes mujeres presenta un buen soporte de amigos, estimándose el 71,10%; mientras que tan solo el 25,43 % presenta un soporte de amigos regular y el 3,4% presentan un mal soporte de amigos. En relación a la edad vemos que las mujeres entre 16-17 años son las que más reportan soporte de amigos regular con un 10,12%, y así mismo malo con un 2,31%.

TABLA Nº8

FRECUENCIA DE SOPORTE DE AMIGOS DE ACUERDO A LA EDAD EN ADOLESCENTES HOMBRES DEL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO" DE LOJA

EDAD		BUENO	REGULAR	MALO	TOTAL
12-13 años	Recuento	70	26	6	102
	% del total	25,64%	9,52%	2,20%	37,36%
14-15 años	Recuento	43	37	10	90
	% del total	15,75%	13,55%	3,66%	32,97%
16-17 años	Recuento	33	27	7	67
	% del total	12,09%	9,89%	2,56%	24,54%
18 años	Recuento	12	1	1	14
	% del total	4,40%	0,37%	0,37%	5,13%
TOTAL	Recuento	158	91	24	273
	% del total	57,88%	33,33%	8,79%	100,00%

FUENTE: Encuesta con formulario de test de Beck y APGAR familiar
ELABORADO: Diana Gabriela Ortiz Cango

INTERPRETACIÓN: en el caso de los hombres se puede evidenciar que al igual que las mujeres la mayoría presenta un buen soporte de amigos, con un 57,88%; sin embargo cabe recalcar que en ellos la presencia de un regular y mal soporte de amigos es mayor que en las mujeres. Soporte de amigos regular muestra un 33,33% y soporte malo un 8,79%. En relación a la edad se ve que los adolescentes con mayor soporte de amigos regular son los de 14-15 años con un 13,55% y también el mayor porcentaje en los casos de soporte malo con un 3,66%

TABLA Nº9

RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES MUJERES DEL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO" DE LOJA

DEPRESIÓN			BUENA FUNCIÓN FAMILIAR	DISFUNCION FAMILIAR			TOTAL
				LEVE	MODERADA	SEVERA	
SIN DEPRESIÓN		recuento	113	70	16	10	209
		% del total	32,66%	20,23%	4,62%	2,89%	60,40%
CON DEPRESIÓN	LEVE	recuento	29	34	17	21	101
		% del total	8,38%	9,83%	4,91%	6,07%	29,19%
	MODERADA	recuento	5	6	4	17	32
		% del total	1,45%	1,73%	1,16%	4,91%	9,25%
	GRAVE	recuento	1	1	2	0	4
		% del total	0,29%	0,29%	0,58%	0,00%	1,16%
TOTAL		recuento	148	111	39	48	346
		% del total	42,77%	32,08%	11,27%	13,87%	100,00%

FUENTE: Encuesta con formulario de test de Beck y APGAR familiar
ELABORADO: Diana Gabriela Ortiz Cango

INTERPRETACIÓN: Relacionando a las adolescentes sin depresión y niveles de funcionalidad familiar se puede decir que, el 32,66% tienen buena función familiar. Así mismo se puede evidenciar que algunas de ellas a pesar de no presentar depresión, si perciben algún nivel de disfunción en su familia, así tenemos que el 20,23% refiere disfunción leve, el 4,62% disfunción moderada y el 2,89% disfunción severa.

Relacionando a las adolescentes con depresión y niveles de disfunción familiar, vemos que las que tienen depresión leve y buena función familiar son el 8,38%,

y las otras relaciones se encuentran con menores porcentajes. En las adolescentes con depresión y disfunción familiar se puede apreciar: depresión leve con disfunción familiar leve 9,83%, seguido de las que tienen depresión leve y disfunción severa 6,07%, luego las que presentan depresión leve y disfunción moderada 4,91% y las mujeres que tienen depresión moderada y disfunción familiar severa igualmente 4,91%

TABLA Nº 10

RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES HOMBRES DEL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO" DE LOJA

DEPRESIÓN			BUENA FUNCIÓN FAMILIAR	DISFUNCION FAMILIAR			TOTAL
				LEVE	MODERADA	SEVERA	
SIN DEPRESIÓN		Recuento	97	57	13	7	174
		% del total	35,53%	20,88%	4,76%	2,56%	63,74%
CON DEPRESIÓN	LEVE	Recuento	16	24	20	7	67
		% del total	5,86%	8,79	7,33%	2,56%	24,54%
	MODERADA	Recuento	3	7	7	7	24
		% del total	1,10%	2,56%	2,56%	2,56%	8,79%
	GRAVE	Recuento	2	0	0	6	8
		% del total	0,73%	0,00%	0,00%	2,20%	2,93%
TOTAL		Recuento	118	88	40	27	273
		% del total	43,22%	32,23%	14,65%	9,89%	100,00%

FUENTE: Encuesta con formulario de test de Beck y APGAR familiar

ELABORADO: Diana Gabriela Ortiz Cango

INTERPRETACIÓN: Relacionando a los adolescentes sin depresión y niveles de funcionalidad familiar se puede decir que, el 35,53% tienen buena función familiar. Así mismo se puede evidenciar que algunos de ellos a pesar de no presentar depresión, si perciben algún nivel de disfunción en su familia, así tenemos que el 20,88% refiere disfunción leve, el 4,76% disfunción moderada y el 2,56% disfunción severa.

Relacionando a los adolescentes con depresión y niveles de disfunción familiar, vemos que los que tienen depresión leve y buena función familiar son el 5,86%,

y las otras relaciones se encuentran con menores porcentajes. En los adolescentes con depresión y disfunción familiar se puede apreciar: depresión leve con disfunción familiar leve 8,79%, seguido de las que tienen depresión leve y disfunción moderada 7,33%.

TABLA Nº11

DETERMINACIÓN DE LA RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN MUJERES MEDIANTE CHI CUADRADO

11.1. TABLA DE CONTINGENCIA DEPRESIÓN * FUNCIONALIDAD FAMILIAR

			Funcionalidad Familiar		Total
			Funcional	Disfuncional	
Depresión	Sin depresión	Recuento	113	96	209
		% del total	32,7%	27,7%	60,4%
	Con depresión	Recuento	35	102	137
		% del total	10,1%	29,5%	39,6%
Total		Recuento	148	198	346
		% del total	42,8%	57,2%	100,0%

FUENTE: Encuesta con formulario de test de Beck y APGAR familiar

ELABORADO: Diana Gabriela Ortiz Cango, en el programa estadístico SPSS versión 21.0

INTERPRETACIÓN: Determinando la relación entre depresión y funcionalidad familiar por medio de chi cuadrado, primero obtenemos la tabla de contingencia en la misma que se muestra que el 32,7% de las mujeres no presenta depresión y tiene una familia funcional, mientras que el 27,7% de las adolescentes no presenta depresión pero sin embargo tiene una familia Disfuncional. También se evidencia que el 10,1% de ellas presenta depresión y sin embargo mencionan tener una familia funcional, mientras que el 29,5% presenta depresión y también refieren una familia disfuncional

11.2. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	27,498[a]	1	,000		
Corrección por continuidad[b]	26,345	1	,000		
N de casos válidos	346				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 58,60.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

FUENTE: Encuesta con formulario de test de Beck y APGAR familiar

ELABORADO: Diana Gabriela Ortiz Cango, en el programa estadístico SPSS versión 21.0

INTERPRETACIÓN: Determinando si la depresión depende del nivel de funcionalidad familiar por medio de chi cuadrado, vemos que el valor de chi obtenido es de 27,498; sin embargo la frecuencia mínima esperada para chi es 58,60; por tal razón se puede decir que en este caso no existe dependencia entre depresión y funcionalidad familiar; pues a pesar de que la mayoría de las estudiantes refieren algún nivel de disfuncionalidad familiar, menos del 50% presenta depresión; por lo tanto se anula la hipótesis alternativa, aceptando la hipótesis nula

TABLA Nº 12

DETERMINACIÓN DE LA RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN HOMBRES MEDIANTE CHI CUADRADO

12.1. TABLA DE CONTINGENCIA DEPRESIÓN * FUNCIONALIDAD FAMILIAR

			Funcionalidad Familiar		Total
			Funcional	Disfuncional	
Depresión	Sin depresión	Recuento	97	77	174
		% del total	35,5%	28,2%	63,7%
	Con depresión	Recuento	21	78	99
		% del total	7,7%	28,6%	36,3%
Total		Recuento	118	155	273
		% del total	43,2%	56,8%	100,0%

FUENTE: Encuesta con formulario de test de Beck y APGAR familiar

ELABORADO: Diana Gabriela Ortiz Cango, en el programa estadístico SPSS versión 21.0

INTERPRETACIÓN: Determinando la relación entre depresión y funcionalidad familiar por medio de chi cuadrado, primero obtenemos la tabla de contingencia en la misma que se muestra que el 35,5% de los hombres no presenta depresión y tiene una familia funcional, mientras que el 28,2% de los adolescentes no presenta depresión pero sin embargo tiene una familia Disfuncional. También se evidencia que el 7,7% de ellos presenta depresión y sin embargo mencionan tener una familia funcional, mientras que el 28,6% presenta depresión y también refieren una familia disfuncional

12.2. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	30,666[a]	1	,000		
Corrección por continuidad[b]	29,275	1	,000		
N de casos válidos	273				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 48,46

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

FUENTE: Encuesta con formulario de test de Beck y APGAR familiar

ELABORADO: Diana Gabriela Ortiz Cango, en el programa estadístico SPSS versión 21.0

INTERPRETACIÓN: Determinando si la depresión depende del nivel de funcionalidad familiar por medio de chi cuadrado, vemos que el valor de chi obtenido es de 30,666; sin embargo la frecuencia mínima esperada para chi es 48,46; por tal razón se puede decir que en este caso no existe dependencia entre depresión y funcionalidad familiar; pues a pesar de que la mayoría de los estudiantes refieren algún nivel de disfuncionalidad familiar, menos del 50% presenta depresión; por lo tanto se anula la hipótesis alternativa, aceptando la hipótesis nula.

g. DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como propósito evaluar la relación entre la depresión y la funcionalidad familiar en adolescentes de 12-18 años de edad del Instituto Superior Tecnológico “Daniel Álvarez Burneo” de Loja.

Como primer objetivo específico tuvimos el identificar los niveles de depresión por sexo y edad (tabla 2 y 3), y de acuerdo a los resultados obtenidos es preciso señalar que la mayoría de los adolescentes evaluados no presentaron depresión, en el caso de las mujeres es el 60,40% y en el caso de los hombres el 63,74%. Aunque un porcentaje bastante considerable si presenta depresión siendo mayor en las mujeres con un 39,60%, especialmente entre los 16-17 años con un 15,90%; mientras que en los hombres se presenta en un 36,26%, siendo más frecuente entre los 12-15 años con un 24,90%.

Estos datos son consecuentes con diversas investigaciones realizadas como los datos obtenidos en el trabajo investigativo de Arenas Ayllón Sully Carolina, 2009-Perú[22], en el que también se obtuvo que las adolescentes mujeres presentan con mayor frecuencia este problema (22%), duplicando inclusive a los varones con depresión (10%). Con respecto a esta situación la Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que el 20 por ciento de los adolescentes sufren de algún problema mental como depresión y ansiedad.

A nivel de nuestro país un gran porcentaje de adolescentes están sumergidos en serios estados depresivos, los mismos que se ven reflejados por cifras alarmantes de suicidio, pues de acuerdo con el Observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia (ODNA) el suicidio se ha convertido en la segunda causa de muerte en los jóvenes de 12 a 17 años. Sumado a esto el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) también indica que entre 1997 y 2009, un poco más de 1.400 adolescentes a nivel nacional se quitaron la vida intencionalmente

En cuanto al nivel de funcionalidad familiar (tabla 4 y 5) se encontró que la mayoría de los adolescentes perciben algún nivel de disfunción familiar, siendo mayor en mujeres con 57,23%, de las cuales más frecuente es entre los 16-17

años con un 23,12%; mientras que en los hombres con un 56,78%; siendo mayor entre los 14-15 años con un 20,51%. Estos valores nos permiten determinar que el problema es ligeramente mayor en las mujeres. Esta situación es contraria a la obtenida en un estudio realizado en adolescentes de Cartagena-Colombia, 2009 (Zuleima Cogollo, Edna Gómez, Oney´s De Arco, Indira Ruiz, Adalberto Campo-Arias) [59] en donde también se aplicó el apgar familiar, en el cual se encontró que 62,1% de varones percibe disfuncionalidad en sus familias, comparado con un 58,9% en las mujeres

Así mismo, a pesar de que no se incluye dentro del tema de tesis evaluar la influencia de los amigos en estos adolescentes, creímos importante aprovechar la situación y valorar este aspecto, ya que de acuerdo a la revisión bibliográfica los amigos son una gran influencia durante esta edad. Se determinó que la mayoría de ellos tiene un buen soporte, siendo de 71,10% en mujeres y especialmente mayor entre los 14-16 con 24,28%; mientras que en varones es de un 57,88%, con cifras mayores entre los 12-13 años con un 25,64%. Estas cifras coinciden con la literatura revisada en la que de acuerdo a varios autores como Aberastury (1977)[17], se menciona que una de las características del síndrome de la adolescencia es la tendencia grupal intensificándose la relación con los pares. Gesell y cols., (1958, p.427)[19] también menciona que durante la adolescencia lo más importante son los amigos y la familia pasa a un segundo plano.

En el presente estudio no se encontró dependencia entre depresión y disfuncionalidad familiar en adolescentes entre 12-18 años de edad del Instituto Superior Tecnológico “Daniel Álvarez Burneo” de Loja, debido a los valores de chi cuadrado inferiores a los requeridos (27,498 en mujeres y 30,666 en hombres). No obstante, se encontró que del total de las adolescentes mujeres el 57,2% refiere que su familia es disfuncional y de ellas el 29,5% presenta depresión y en el caso de los hombres el 56,8% percibe que su familia es disfuncional de los cuales el 28,6% tiene depresión. Algo similar se encontró en estudio realizado en adolescentes de Cartagena-Colombia, 2009 (Zuleima Cogollo, Edna Gómez, Oney´s De Arco, Indira Ruiz, Adalberto Campo-Arias) [59], el cual reporta que en el análisis multivariado no se encontró asociación

significativa entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica, pues el valor de p<0,20 fue de 0,116.

En otros estudios si se encontró relación, es así, un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el que se informó que en las familias disfuncionales se presentaron con mayor frecuencia niveles importantes de depresión en la población mayor de 15 años; las familias con disfuncionalidad severa mostraron 1,4 veces más riesgo que las familias con disfuncionalidad moderada[60]. De igual forma, Donnelly y Haavert et al. Observaron que en familias disfuncionales son más frecuentes los trastornos depresivos en los hijos adolescentes[61]. Así mismo en un estudio realizado en el Departamento de Psicología del Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima para determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes se muestran como resultados que el 32% de los adolescentes presenta depresión y de ellos el 18% percibe a su familia con disfuncionalidad moderada, el 8% disfuncionalidad familiar grave y tan solo un 6% en un rango balanceado[22].

Como ya se informó en nuestro trabajo investigativo no se encontró dependencia estadística entre depresión y disfuncionalidad familiar, pero es importante tomar en cuenta los altos valores del buen soporte de amigos en estos adolescentes, pues nos atrevemos a decir que estos resultados podrían deberse a que a pesar de los conflictos o problemas familiares, los adolescentes sienten el apoyo de sus amigos y como ya se mencionó durante la adolescencia son los amigos más importantes que la misma familia, pues en esta etapa se produce una gran separación entre estos.

La preeminencia de este estudio se relaciona con explorar la relación entre depresión y funcionalidad familiar, variables poco investigadas a nivel local, nacional y mundial, y que, por tanto, se constituyen en referencia para futuras investigaciones que tengan por finalidad determinar los riesgos de la disfuncionalidad familiar. Una de las limitaciones del presente estudio fue no haber podido aplicar el apgar familiar a otros miembros de las familias de los adolescentes para poder conocer de mejor manera la situación real del entorno familiar, de tal manera que solo se pudo trabajar con información de acuerdo a

la percepción de cada estudiante; sin embargo dejamos abierta la línea investigativa en este ámbito para que una tercera persona pueda profundizar en este tema.

h. CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos por medio de la aplicación de una encuesta con las preguntas correspondientes a la Escala de Depresión de Beck y al Apgar familiar, a los adolescentes entre 12-18 años del Instituto Superior Tecnológico “Daniel Álvarez Burneo” de Loja, se puede concluir que:

- La mayor parte de los estudiantes no presenta depresión, sin embargo un porcentaje considerable si la presenta, siendo mayor en mujeres con un 39,60%, sobre todo entre los 16-17 años con un 15,90%; mientras que en los hombres se presenta en un 36,26%, especialmente ente los 12-15 años con un 24,90%; cuyas cifras son de real preocupación ya que estos adolescentes podrían presentar otro tipo de conductas consideradas de riesgo asociadas a la depresión, tales como la ideación suicida y el abuso de drogas.

- La mayoría de los adolescentes perciben algún nivel de disfunción familiar, siendo mayor en mujeres con 57,23%, de las cuales más frecuente es entre los 16-17 años con un 23,12%; mientras que en los hombres con un 56,78%; siendo mayor entre los 14-15 años con un 20,51%; constituyéndose así en un problema que debe ser investigado con mayor profundidad tratando de evaluar también a otros miembros de las familias para obtener un resultado más cercano al entorno familiar, y de esta manera poder actuar en la corrección y prevención del mismo.

- A pesar de no tener como un objetivo la evaluación del soporte de amigos, se indagó en este asunto ya que se consideró de real importancia el mismo para los adolescentes; obteniéndose que la mayoría de los adolescentes presenta un buen soporte o apoyo por parte de sus amigos, siendo de 71,10% en mujeres especialmente mayor entre los 14-16 con 24,28%; y de 57,88%, en varones con cifras mayores entre los 12-13 años con un 25,64%. Estas cifras podrían ser las que reflejan el hecho de que hay adolescentes que a pesar de atravesar por problemas familiares no sufren trastornos afectivos ya que cuentan con el apoyo de sus amigos.

- De acuerdo al propósito principal de esta investigación que fue el de determinar la relación entre depresión y funcionalidad familiar se concluye que no existe dependencia entre estas dos variables, es decir se trata de variables independientes, anulándose así la hipótesis alternativa y asumiendo la hipótesis nula. No obstante, se encontró que del total de las adolescentes mujeres el 57,2% refiere que su familia es disfuncional y de ellas el 29,5% presenta depresión y en el caso de los hombres el 56,8% percibe que su familia es disfuncional de los cuales el 28,6% tiene depresión. Como ya se mencionó en la conclusión anterior estos resultados podrían deberse al buen soporte de amigos que estos adolescentes presentan.

- Aunque en el presente estudio no se observó asociación significativa entre depresión y disfuncionalidad familiar, creímos importante diseñar programas de prevención, dirigidos tanto a maestros, padres como a adolescentes, de tal manera que el adolescente aprenda a resolver los problemas de su entorno familiar, sin perder la actitud positiva hacia otras personas, así como a percibir sus experiencias dolorosas como algo constructivo y valioso para su propio desarrollo

i. RECOMENDACIONES

- Debido a los índices de depresión que se obtuvieron en este trabajo, es necesario que los psicólogos de la institución implementen la detección oportuna de depresión, ya que en ocasiones las manifestaciones de esta enfermedad sólo salen a flote si el profesional pregunta al paciente en forma intencionada. Así mismo es necesario que realicen un seguimiento más a fondo de los adolescentes que se observan con comportamientos extraños o bajas calificaciones, introduciendo en esta indagación también a los padres de estos adolescentes, para que la terapéutica psicológica aporte mejores resultados. También podrían aplicar nuevos modelos de terapias psicológicas que estén más acorde para los adolescentes.

- También es importante mencionar que a nivel institucional es necesario no solo el trabajo de orientación psicológica por parte de los profesionales en psicología sino que también se recomienda que a esta acción se sumen los maestros y demás autoridades para evitar el incremento de estos casos. Para ello es necesario fomentar la comprensión y el buen trato por parte de los docentes hacia los estudiantes, así como también motivarlos por medio de lecturas y pensamientos constructivos al inicio de cada clase, haciéndoles notar que no solo es importante su desarrollo académico sino también su desarrollo emocional que les permita crecer como personas íntegras y estables.

- En relación a la relación padres hijos se recomienda que los padres acepten el desarrollo físico y psicológico de sus hijos, así como las decisiones personales frente a su futuro académico, laboral y familiar aunque en ocasiones difiera de sus expectativas. La aceptación de la realidad es difícil tanto para los padres como para los hijos, en estos casos los progenitores pueden reaccionar apoyando a los hijos, manteniendo la comunicación y orientándolos.

- Con respecto a los altos niveles de disfunción familiar que se encontraron en esta investigación es necesario recomendar primeramente a los padres que eviten que sus problemas de pareja afecten a sus hijos, que les dediquen más tiempo y amor. En segundo lugar es necesario que en esta labor también actué la institución por medio de charlas a los padres de los estudiantes acerca de la convivencia en pareja y pautas para ser padres eficaces

- En la presente investigación a pesar de que los resultados indican que no hay relación significativa entre la depresión y la percepción de funcionalidad familiar de los adolescentes, en estudios futuros es recomendable evaluar también a otros miembros de la familia para acercarnos a la realidad que la mayoría percibe y tener una idea más acorde al problema del entorno familiar que puede estar afectando a la vida del adolescente

- Finalmente debido a que en nuestro estudio se determinó que la disfuncionalidad familiar no es predisponente directo para la depresión en los adolescentes, vale realizar más investigaciones en las cuales se indague acerca de otras causas de depresión durante la adolescencia, para poder actuar sobre estas situaciones, previniendo alteraciones emocionales que incluso podrían finalizar en sucesos aún más catastróficos.

j. BIBLIOGRAFÍA

1. Craig J (1997). Desarrollo psicológico. México DF: Prentice Hall Hispanoamericana
2. Fize Michel. ¿Adolescencia en crisis? Por el derecho al reconocimiento social. Editorial Siglo xxi S.A. México. Disponible en: http://books.google.com.pe/books?id=UxcvbVy6Fw4C&printsec=frontcover&dq=bibliografia+del+libro+adolescente+en+crisis+de+Fize&hl=es&sa=X&ei=cgskUZenM4qc9gT1vIGwBQ&ved=0CC4Q6AEwAA#v=onepage&q&f=false
3. Soriano-Fuentes S, de la Torre-Rodríguez R, Soriano- Fuentes L. Familia, trastornos mentales y ciclo vital familiar. Med Fam. 2003;4(2):130-5.
4. Barna R., Concha, I., Florenzano, R., Gonzales, A., Horwitz, N., Maddaleno, M., Romero, M., Salazar, D., Segovia, I., Valdés, M., Ventuini, G., Villaseca P., Ringeleng, I., (1986). Salud familiar. Santiago de Chile: Ed. Corporación de promoción universitaria
5. Postgrado en Medicina Familiar. Módulo 1. “La Familia”. 1988.2001 U.N.L
6. Información obtenida mediante entrevista con Psicóloga del Instituto Superior Tecnológico “Daniel Álvarez Burneo”
7. McArdle P, Wiergersma A, Gilvarry E, Kolte B, McCarthy S, Fitzgerald M, et al. European adolescent substance use: the roles of family structure function and gender. Addiction. 2002; 97(3):329-36.
8. Objetivos para el Buen Vivir. MSP. Disponible en: http://plan.senplades.gob.ec/politicas-y-estrategias3
9. Normas y procedimientos para la atención integral de salud a adolescentes. Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud. República del Ecuador 2009. Pg. 25
10. Fuentes, B. (1989). Conocimiento y Formación del Adolescente. México: Cía. Editorial Continental, S. A. de C.V.
11. Parra A. (2007). Un análisis longitudinal de la comunicación entre madres y adolescentes. Consultado el 11 de Octubre 2009 en Revista Apuntes de Psicología 25(3), 267 - 284. En http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2484716

12. Papalia, D. Y Wendkos, S. (1992). Psicología del Desarrollo de la infancia a la adolescencia. México: McGraw Hill. 5ª edición.
13. Morris, C. (1992). Psicología. Un nuevo enfoque. México: Prentice Hall.
14. Casas Rivero, M.J. Ceñal González Fierro. Unidad de Medicina del Adolescente. Servicio de Pediatría. Hospital de Móstoles, Madrid. (En línea). Fecha de consulta: 22 -03-2013. Diponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo_adolescente%282%29.pdf
15. Grijalva Y, Grijalva J. Proyecto MEPRADE. Crecimiento y Nutrición de las Adolescentes Ecuatorianas.1994; pp 4-10.
16. McKinney, J., Fitzegerald, H. Y Strommen, E. (1997). Psicología del Desarrollo. México: Manual Moderno.
17. Aberastury, A. (1977). La adolescencia normal. Buenos Aires: Paidós.
18. Rappoport, L. (1986). La personalidad del niño desde los 13 a los 25 años. Barcelona: Paidós
19. Gesell, A. El adolescente de 10 a 16 años. Argentina: Piados. 4ª edición.
20. Silva Julio. “Desarrollo social en la adolescencia”. Centro Psicológico Animus. (En línea). Consultado 06-04-2013. Disponible en: http://www.centropsicologicoanimus.com/nueve.pdf
21. Arranz, E. (2004). Familia y desarrollo psicológico. Chile: Editorial Pearson Prentice hall
22. Arenas Ayllón Sully Carolina. “Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes”. Tesis para optar el título profesional de psicóloga. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Psicología. [en línea]. Lima-Perú, 2009. Consultado 12-02-2013. Disponible en: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2009/arenas_as/pdf/arenas_as.pdf
23. Calvete, E. & Cardenoso, O. (2005). Gender differences in cognitive vulnerability to depression and behavior problems in adolescents. Journal of Abnormal Child Psychology, 33, 179-192.
24. Zarate, I. (2003). Factores psicosociales familiares asociados a la iniciación sexual en escolares de educación secundaria de Lima Cercado. Tesis para optar por el Grado Académico de Magíster en Psicología, mención: Psicología Clínica. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú

25. Smetana, J. G. (2005). Adolescent-parent conflict: Resistance and subversion as developmental process. En L. Nucci (Ed.), Resistance, subversion, and subordination in moral development (pp. 69-91). Mahwah, NJ: Erlbaum.
26. Levinson, D. J. (1978). The seasons of a man's life. New York: Ballantine Books.
27. Lago Barney Gabriel. Conceptos de familia y violencia. (Enlínea). consultado el 15-04-2013. Disponible en: http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_5_vin_2/25-31%20Familia%20y%20Violencia.pdf
28. «Artículo 16. 3». Declaración Universal de los Derechos Humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas (1948).
29. Instituto interamericano del niño. Disponible en: http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/Lectura%2012_UT_1.PDF
30. Mendoza B. (2001). Impacto de la violencia Familiar en la salud Mental de Población de Zona de frontera Norte. Tesis para optar por el Grado Académico de Magíster en Psicología, mención: Psicología Clínica. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
31. Navarro, I., Musitu, G. y Herrero, J. (2007). Familias y problemas, un programa especializado en intervención psicosocial. Madrid: Ed. Síntesis.
32. Iglesias Celso. Aspectos psicológicos de la familia. Ambiente familiar y enfermedad. Tipo de estructura familiar. 2013. (En línea). Consultado el 12-04-2013. Disponible en: http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/21897/Capitulo2.pdf
33. Instituto interamericano del niño. Disponible en: http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/Lectura%2012_UT_1.PDF
34. Polaino – Lorente, A., y Martínez, P. (1998). Evaluación psicológica y psicopatología .Madrid: Ed.Rialp.
35. Shaffer, D. (2000). Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia. Madrid: Ed. Thomson
36. Departamento de Educación de los Estados Unidos Oficina de Asuntos Intergubernamentales e Interagencia. Cómo ayudar a su hijo durante los primeros años de la adolescencia. Washington, D.C., 20202. Versión actual adaptada y corregida por Gregorio Verano Rodríguez (Psicólogo.

Ayuntamiento de Avilé. Disponible en: http://www.asturias.es/Asturias/ARTICULOS/adolescentes-guia.pdf

37. Conger, J. (1980). Adolescencia: generación presionada. México: Harper & Row Latinoamericana, S.A. de C.V.
38. Casullo, M. (1998). Adolescentes en Riesgo. Identificación y Orientación Psicológica. México: Paidós
39. Organización Mundial de la Salud (1992) Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE- 10). Madrid: Ed. Técnicas Gráficas FORMA S.A.
40. Casullo, M. (1998). Adolescentes en Riesgo. Identificación y Orientación Psicológica. México: Paidós
41. Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979).Cognitive therapy of depression.Nueva York: Guilford.
42. Beck, A.T. (1967).Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. Nueva York: Harper&Row.
43. Freeman, A. y Oster, C. (1997). Terapia cognitiva de la depresión. En V.E. Caballo (dir.), Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, vol. 1 (pp. 543-574). Madrid: Siglo XXI.
44. Pardo Graciela, Sandoval Adriana y Umbarila Diana. Adolescencia y Depresión. Revista Colombiana de Psicología, número 013. Universidad autónoma del Estado de México. Bogotá –Colombia. 2004. (En línea). Consultado el 05-04-2013. Disponible: http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/804/80401303.pdf
45. Guías de práctica clínica en el SNS. Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia depresión en la infancia y adolescencia. Información para el paciente, familiares y personas interesadas. (en línea). Consultado el 13-03-2013. Disponible en: http://www.guiasalud.es/gpc/gpc_456_depresion_inf_adol_avaliat_paciente.pdf
46. Alcántar María Isabel. Prevalencia del intento suicida en estudiantes Adolescentes y su relación con el consumo de Drogas, la autoestima, la ideación suicida y el Ambiente familiar. Tesis Previa a obtener el título de Licenciado en psicología. Facultad de psicología División de estudios profesionales. Universidad Nacional Autónoma de México. México DF, 2002.

Disponible en: http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/tesis/tesis_alma_garcia.pdf

47. Sentín, P. (1989). Influencias de las estructuras familiares como fuente de comportamiento depresivo en el ámbito escolar. En A. Ledesma y L. Melero (comp.).Estudios sobre las depresiones. España: Ediciones Universidad de Salamanca.
48. Morales Gómez Gabriela, Pacheco García Rodrigo, Páez Estrada Julio, Rivas Cuevas Carolina, Rosas García Sahid. Influencia de las relaciones estables de adolescentes en la incidencia de la depresión. Métodos de investigación en psicología II. Universidad del valle de México Campus Tlalpan. (en línea). Consultado el 02-04-2013. Disponible en: http://www.tlalpan.uvmnet.edu/oiid/download/depresi%c3%b3n%20adolescentes%20uvm_04_cso_psic_picsj_e.pdf
49. Resultados de Open Epi, versión 3, la calculadora de código abierto SSPropor. Autores estadísticas: Kevin M. Sullivan, Universidad Emory basado en el código de John C. Pezzullo, Autores Interfaz: Andrew G. Dean, EpiInformatics.com y Roger A. Mir. Disponible en: http://www.openepi.com/v37/SampleSize/SSPropor.htm
50. Bonin-Guillaume S, Clément JP, Chassain AP et al. Évaluation psychométrique de la dépression du sujet âgé: Quels instruments? Quelles perspectives d'avenir?. Encéphale 1995; 21: 25-34.
51. Conde V, Franch JI. Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología de los transtornos angustiosos y depresivos. Madrid: Upjohn SA, 1984.
52. Richter P, Werner J, Heerlein A et al. On the validity of the Beck Depression Inventory. A review. Psychopathology 1998; 31: 160-168.
53. Robinson BE, Kelley L. Concurrent validity of the Beck Depression Inventory as a measure of depression. Psychol Rep 1996; 79: 929-930.
54. Hedlund JL, Vieweg BW. The Hamilton rating scale for depression: a comprehensive review. J Operat Psychiatry 1979; 10: 149-165.
55. Arias Castillo L. Medicina Familiar en la práctica. Universidad del Valle. Colombia 1997.

56. Lombardi Zulema. “Instrumentos de atención integral a la familia”. Medicina familiar y comunitaria. Consultado el 10-04-2013. [en línea]. Disponible en: http://sancosmecentrodesalud.files.wordpress.com/2010/08/exposicion-apgar-familiar.pdf
57. Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P., (2002). Metodología de la investigación. México: Editorial McGraw-Hill
58. Bogard K (2005). Affluent adolescents, depression, and drug use: The role of adults in their lives. *Adolescence, 40,* 281-306.
59. Cogollo Zuleima, Gómez Edna, De arco Oney’s, Ruiz Indira y Campo Adalberto. Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena Colombia. Bogotá, Octubre- Diciembre 2009. (En línea). Consultado el 09-06-2013. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502009000400005&script=sci_arttext&tlng=es
60. Organización Panamericana de la Salud Colombia. Análisis de Situación de la población desplazada de estrato uno en cuatro ciudades colombianas [Internet]. [citado 2007 May 24]. Disponible en: www.paho.org/spanish/d/csu/ECPCOL-2006.pdf.
61. Donnelly M. Factors associated with depressed mood among adolescents in Northern Ireland. J Community Appl Soc Psychol. 1999;9(1):47-59
62. Departamento de Educación de los Estados Unidos. Oficina de Asuntos Intergubernamentales e Interagencia. Cómo ayudar a su hijo durante los primeros años de la adolescencia Washington, D.C., 20202. La actual versión ha sido adaptada y corregida por Gregorio Verano Rodríguez (Psicólogo. Ayuntamiento de Avilés).

k. ANEXOS

ANEXO 1

Loja, 01 de Abril del 2013

Sr. Hno.

Mariano Morante Montes

RECTOR DEL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO"

Ciudad.-

Yo Diana Gabriela Ortiz Cango con cédula de identidad 1105033490, estudiante del X Módulo de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, me dirijo a Ud. con un cordial saludo deseándole éxitos en las funciones a su cargo.

En vista de encontrarme realizando mi tesis de grado denominada: DEPRESIÓN Y RELACIÓN CON FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DEL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO", DE LOJA; me permito dirigirme a Ud. para solicitarle de la manera más comedida se me otorgue el permiso correspondiente para aplicar una encuesta referente al tema ya mencionado a estudiantes de esta institución, con la finalidad de obtener la información necesaria para la elaboración de mi trabajo, la misma que también servirá para conocer la realidad de nuestra población y de acuerdo a esta tomar las medidas necesarias para dar solución a la problemática existente.

Por la favorable acogida que le brinde a la presente le anticipo mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente:

Diana Gabriela Ortiz Cango

1105033490

COORDINAR CON LOS SRES. DIRECTORES DE SEMP. 3 PARALELOS POR AÑO

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimados estudiantes:

Me dirijo a ustedes para informarles que mediante sorteo han sido seleccionados para conformar un estudio de tesis enfocado a: Depresión y Relación con Funcionalidad familiar; para lo cual necesito de su colaboración dando respuesta a las encuestas anexadas.

Toda la información obtenida será de carácter completamente confidencial y solo formará parte de esta investigación.

Este trabajo de tesis es realizado por la Srta. Diana Gabriela Ortiz Cango, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la UNL, para la obtención del título de Médico General.

Yo……..... Acepto formar parte de este estudio, y colaborar en todas las actividades que se indiquen, con el fin del buen desarrollo de las investigaciones médicas.

Firma del Estudiante:……

ANEXO 3

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

MEDICINA HUMANA

Nombre..... Edad…….....

Curso…….. Fecha.....…

INSTRUCCIONES: Para completar el cuestionario, lee cada punto con atención y encierra el número que se encuentra junto a la respuesta que mejor se adapte a cómo te has sentido en las dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy. Si varias opciones te parecen apropiadas elije la más alta, verificando que solo escogiste una respuesta por cada grupo

TEST DE DEPRESIÓN DE BECK

1. Tristeza.

0. No me siento triste.

1. Me siento triste.

2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.

3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.

1. Me siento desanimado de cara al futuro.

2. siento que no hay nada por lo que luchar.

3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. Sensación de fracaso

0. No me siento fracasado.

1. He fracasado más que la mayoría de las personas.

2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.

3. Soy un fracaso total como persona.

4. Insatisfacción

0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.

1. No disfruto de las cosas tanto como antes.

2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.

3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

5. Culpa

0. No me siento especialmente culpable.

1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.

2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.

3. Me siento culpable constantemente

6. Expectativas de castigo

0. No creo que esté siendo castigado.

1. Siento que quizás esté siendo castigado.

2. Espero ser castigado.

3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Autodesprecio

0. No estoy descontento de mí mismo.

1. Estoy descontento de mí mismo.

2. Estoy a disgusto conmigo mismo.

3. Me detesto.

8. Autoacusación

0. No me considero peor que cualquier otro.

1. Me autocritico por mi debilidad o por mis errores.

2. Continuamente me culpo por mis faltas.

3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Idea suicidas

0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.

1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.

2. Desearía poner fin a mi vida.

3. Me suicidaría si tuviese oportunidad.

10. Episodios de llanto

0. No lloro más de lo normal.

1. Ahora lloro más que antes.

2. Lloro continuamente.

3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

11. Irritabilidad

0. No estoy especialmente irritado.

1. Me molesto o irrito más fácilmente que antes.

2. Me siento irritado continuamente.

3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

12. Retirada social

0. No he perdido el interés por los demás.

1. Estoy menos interesado en los demás que antes.

2. He perdido gran parte del interés por los demás.

3. He perdido todo interés por los demás.

13. Indecisión

0. Tomo mis propias decisiones igual que antes.

1. Evito tomar decisiones más que antes.

2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.

3. Me es imposible tomar decisiones.

14. Cambios en la imagen corporal.

0. No creo tener peor aspecto que antes

1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.

2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.

3. Creo que tengo un aspecto horrible.

15. Enlentecimiento

0. Trabajo igual que antes.

1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.

2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.

3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

16. Insomnio

0. Duermo tan bien como siempre.

1. No duermo tan bien como antes.

2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

17. Fatigabilidad

0. No me siento más cansado de lo normal.

1. Me canso más que antes.

2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.

3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18. Pérdida de apetito

0. Mi apetito no ha disminuido.

1. No tengo tan buen apetito como antes.

2. Ahora tengo mucho menos apetito.

3. He perdido completamente el apetito.

19. Pérdida de peso

0. No he perdido peso últimamente.

1. He perdido más de 2 kilos.

2. He perdido más de 4 kilos.

3. He perdido más de 7 kilos.

20. Preocupaciones somáticas

0. No estoy preocupado por mi salud

1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.

2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.

3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

21. Bajo nivel de energía

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

1. La relación sexual me atrae menos que antes.

2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.

3. He perdido totalmente el interés sexual.

ANEXO 4

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

MEDICINA HUMANA

INSTRUCCIONES: Para completar la tabla marca con una X en el cuadro que corresponda de acuerdo a tu respuesta. Recuerda que solo puedes elegir una respuesta por cada pregunta

APGAR FAMILIAR

FUNCIÓN	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad					
Me satisface la participación que mi familia brinda y permite					
Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					
Me satisface como en mi familia: a) el tiempo para estar juntos, b) los espacios en casa, y c) el dinero					
SOPORTE DE AMIGOS					
¿Estoy satisfecho con el soporte que recibo de mis amigos?					
¿Tiene usted algún amigo(a) a quien pueda buscar cuando necesita ayuda?					

¡Muchas gracias por tu colaboración!☺

ANEXO 5

GUÍAS DE INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

1. GUÍA PARA LA INTERPRETACIÓN DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Puntuación total de la tabla de 21 preguntas	Nivel de depresión
0-9	Normal
10-18	Depresión leve
19-29	Depresión moderada
Mayor o igual a 30	Depresión grave

2. GUÍA PARA LA INTERPRETACIÓN DEL APGAR FAMILIAR Y DEL SOPORTE DE AMIGOS

FUNCIÓN FAMILIAR	PUNTAJE
Buena Función Familiar	18-20
Disfunción Familiar Leve	14-17
Disfunción Familiar Moderada	10-13
Disfunción Familiar Severa	9 o <

SOPORTE DE AMIGOS	PUNTAJE
Buena	7-8
Regular	4-6
Mala	0-3

ANEXO 6

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DEPRESIÓN Y DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LOS ADOLESCENTES DEL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO"

1. **Ubicación y Beneficiarios:** Estudiantes, maestros, psicólogos y padres de familia del Instituto Superior Tecnológico "Daniel Álvarez Burneo", de la ciudad de Loja, ubicado en la Avenida Emiliano Ortega, entre Zoilo Rodríguez y Juan de Salinas; en la parroquia "El Valle", el mismo que cuenta con 3 años de educación básica y 3 años de bachillerato. Esta es una institución fiscomisional, mixta y dirigida por religiosos Maristas.

2. **Justificación:** Como ya se citó en la revisión bibliográfica la adolescencia es una etapa caótica para el ser humano llena de cambios que abarcan varios aspectos empezando por los cambios físicos, fisiológicos, cognitivos, conductuales, psicológicos, emocionales, etc.; los mismos que si no cuentan con un soporte adecuado sea este familiar o social pueden conllevar al menor a una situación complicada en donde se ven en un túnel sin salida, sin muchas oportunidades para continuar, lo mismo que por ende conlleva a la toma de acciones desesperadas que inclusive podría culminar en la muerte.

   Por otra parte los resultados obtenidos en nuestra investigación, muestran cifras altas de disfuncionalidad familiar y cifras bastante considerables de depresión, a pesar de que no se encontró relación mayoritaria entre estas dos variables, pero de todas maneras ante estas cifras alertantes por separado creímos necesario tomar ciertas medidas para tratar de contrarrestar el problema, procurando resolver los casos existentes y previniendo nuevos casos

   Tomando en cuenta esta situación creímos oportuno, conveniente e importante realizar un programa de acción y prevención aplicable a padres y

adolescentes, con el fin de disminuir los casos presentes y a evitar casos futuros.

3. Objetivos

3.1. Socializar los resultados obtenidos en la investigación con los directivos y personal del DOBE

3.2. Informar al personal del DOBE sobre los adolescentes que presentan problemas de depresión o disfuncionalidad familiar haciendo mayor hincapié a las situaciones de gravedad.

3.3. Brindar charlas a los adolescentes de dicha institución acerca de adolescencia y depresión

3.4. Impartir consejos útiles a los padres en relación a la convivencia con adolescentes

4. Fundamento teórico:

4.1. El contenido teórico impartido en las charlas a los adolescentes abarco como temas a la adolescencia con sus cambios normales, la depresión y recomendaciones y técnicas de autoayuda para evitar estados depresivos. La temática acerca de la adolescencia y depresión expuesta fue en base a la revisión de literatura realizada durante la elaboración de este trabajo de tesis.

A continuación se presenta otra información que también fue impartida a los estudiantes pero que no consta dentro de la revisión literaria

- **Recomendaciones para evitar estados depresivos en adolescentes**

"Si piensas que puedes estar deprimido, solicita ayuda lo antes posible. No tienes por qué enfrentarte con la depresión tú solo. Puedes hacer alguna de estas cosas:

✓ Hablar con alguien de tu confianza sobre tus sentimientos. Por ejemplo, con tus padres, alguien de tu familia, un amigo o profesor.

- ✓ Hablar con tu médico u otro profesional sanitario. De esta manera podrás recibir un diagnóstico adecuado, conocer las opciones de tratamiento y participar en la toma de decisiones respecto a él
- ✓ Si tienes pensamientos relacionados con hacerte daño es buena idea hablar con alguien de tu confianza que pueda estar contigo hasta que te sientas mejor.
- ✓ Aprender más cosas sobre la depresión, de manera que puedas entender mejor tus síntomas y su significado. Si hablas con alguien y sientes que no te entiende, busca alguna otra persona con la que puedas hablar.
- ✓ También puede ser beneficioso que mejores tu salud general con actividad física diaria y una dieta saludable. Puede ser muy duro hacer algunos de estos cambios cuando estás deprimido, por lo que puedes recurrir a amigos y a la familia para que te apoyen.
- ✓ No pienses que solo es cuestión de endurecerte ni recurras al alcohol o a las drogas; esas cosas en vez de ayudarte te hundirán más.
- ✓ El alcohol y las drogas pueden imitar o causar los síntomas de un trastorno mental. El abuso de tóxicos puede incluso dificultar el diagnóstico y puede ser difícil separar qué problemas están causados por el alcohol o drogas y cuáles por la depresión”[45].

- **Técnicas de autoayuda**

<u>Planifica el día</u>

“Cuando uno experimenta sentimientos de tristeza o depresión, puede ser realmente difícil ponerse en marcha para hacer cualquier cosa. Sin embargo, cuanto más activo estés, mayor probabilidad habrá de que te sientas mejor.

Los siguientes consejos suelen resultar útiles:

- ✓ Puedes hacer un listado con las actividades que te propones hacer cada día (con la ayuda de alguien si es necesario).
- ✓ Mantén ese listado a la vista.
- ✓ Al principio, no seas muy exigente contigo mismo.
- ✓ Es importante hacer una actividad gratificante al menos una vez al día.
- ✓ Planifica hacer alguna actividad física cada día.
- ✓ Si incumples algún punto de tu plan, salta a la siguiente actividad.
- ✓ Si no te apetece hacer nada en absoluto, planifica realizar alguna actividad con otras personas.
- ✓ Comprueba cómo varía tu estado de ánimo en función de tus progresos y comparte este hecho con los demás”[45].

Manejo del estrés

- ✓ Si los problemas parecen asfixiarte, considera uno de cada vez.
- ✓ Disfruta con las pequeñas cosas, consigue tiempo para ti mismo.
- ✓ Aprende a reconocer cuándo necesitas parar, todos tenemos un límite.
- ✓ No seas demasiado severo contigo mismo[45].

Actividad física

- ✓ Aumenta tu actividad física y consigue aire fresco y luz natural cada día.
- ✓ Una rutina regular de ejercicio enérgico e ideal, pero cualquier actividad física es mejor que ninguna.
- ✓ Es posible que una actividad dirigida en grupo pueda mejorar el cumplimiento de este objetivo más fácilmente.
- ✓ Si tienes dudas sobre el tipo de ejercicio físico más adecuado para ti, consulta con tu médico[45].

Problemas del sueño

- ✓ Mantén una rutina en tus horarios de sueño.
- ✓ Realiza algo relajante antes de irte a dormir.
- ✓ Evita las siestas o dormir durante el día; pueden agravar el problema.

- ✓ Evita o reduce los excitantes (café, bebidas energéticas o con cola, tabaco o alcohol, especialmente desde el atardecer).
- ✓ Si no puedes dormir, levántate y vete a otra habitación (puedes ver la televisión o leer) hasta que te sientas somnoliento. Si te quedas en la cama puedes concentrarte en escuchar la radio con la luz apagada y en un volumen muy bajo.
- ✓ No te duermas en el sofá[45]

Abuso de alcohol y otras drogas

- ✓ El abuso de alcohol o el consumo de otras drogas pueden hacer que tu depresión empeore y generar otros problemas. No elijas tomar alcohol o drogas para escapar de tus problemas. Pide ayuda.
- ✓ Pide ayuda a tus amigos, familia o tu médico para disminuir el consumo o lograr la abstinencia.
- ✓ Si lo necesitas, existen dispositivos sanitarios especializados en el tratamiento de estos problemas[45].

4.2. La información que se brindó a los padres fue plasmada en una hoja volante la misma que contenía consejos útiles en relación a la convivencia con adolescentes, implicando temas básicos como la comunicación con el adolescente, como ser padres eficaces, los valores familiares y como reconocer si su hijo o hija presentan depresión. Nuestra labor optima hubiese sido la impartición de una conferencia dialogada con los padres para que expongan sus inquietudes, sin embargo debido a que no se nos permitió dicha acción dejamos a continuación una guía para padres que será de gran apoyo a futuros profesionales que incursionen en el trabajo con adolescentes.

4.2.1. Guía para padres

Las familias que tienen un preadolescente en casa se preocupan por el paso de primaria a Secundaria, los cambios de humor, las influencias de los amigos, el riesgo de fracaso escolar, el posible consumo de drogas, la información sexual, y otras cuestiones de similar importancia.

- **¿Cómo ser padres eficaces?**

“Al entrar en la enseñanza Secundaria hay una cierta relajación en la atención que los padres prestan a sus adolescentes. Nada más equivocado pues necesitan la misma cantidad de atención y cariño que cuando era más pequeño, o incluso algo más.

Cualidades comunes en los padres eficaces:

Demuestran amor. Los adolescentes necesitan poder contar con sus padres, que se comuniquen con ellos, que les dediquen tiempo y que demuestren que se preocupan por su bienestar.

Apoyan. A pesar de considerar poco importantes algunos problemas del adolescente, este necesita el apoyo de sus padres. Necesitan elogio y reconocimiento cuando se esfuerzan y aliento para desarrollar sus intereses.

Ponen normas. Fijar límites en el comportamiento hace sentirse emocionalmente seguros a niños y adolescentes. Poner normas y supervisar que se cumplen de forma consistente y adecuada a la edad y la etapa de desarrollo facilita un desarrollo equilibrado y un mayor ajuste psicológico en la edad adulta.

Dan ejemplo. Mientras exploran distintas posibilidades de quien quieren ser los adolescentes buscarán ejemplos en sus padres, familiares, amigos, personalidades u otras personas, pero sobre todo en sus padres.

Enseñan responsabilidad. El sentido de la responsabilidad se adquiere con el tiempo. Según crecen aprenden a responsabilizarse de: sus tareas escolares, ordenar su habitación, colaborar en faenas domésticas, participar en actividades sociales, y aceptar las consecuencias de sus buenas o malas decisiones.

Facilitan experiencias. Según los recursos de cada familia conviene facilitarle que conozca nuevas cosas. La curiosidad le hará probar nuevos deportes, o nuevos intereses académicos, experimentar expresiones artísticas, o probar en actividades sociales o religiosas diversas. No le desalienten ni pierdan ustedes la paciencia, la exploración es parte fundamental de la adolescencia.

Respetan. Es falso que todos los adolescentes sean rebeldes y difíciles, pero es cierto que necesitan ser tratados con respeto, que se reconozca y aprecien sus diferencias y se les trate como personas.

No existen los padres perfectos. Una mala contestación o decisión dada un

"mal día" no tiene por qué afectar a su hijo de por vida. Lo importante es lo que usted haga de forma habitual, el día a día"[62].

- **¿Cómo comunicarse con un adolescente?**

"Muchos padres piensan que su adolescente se comunica mejor con cualquiera que con sus propios padres, aunque sean unos padres maravillosos. La clave parece estar en ser curioso (interesarse por sus cosas) pero sin interferir demasiado.
Esforzarse por respetar la necesidad de privacidad del adolescente ("son mis cosas") al tiempo que se establece confianza y cercanía emocional.

Si se establecieron hábitos de comunicación durante la infancia con el adolescente será más fácil. Aquí le ofrecemos algunas estrategias:

Reconozca que no hay receta mágica. Lo que funciona con unos no funciona con otros. Averigüe cuales son los intereses de su adolescente, infórmese del asunto e intente entrar por ese tema.

Escuche. No hable usted. Limítese a escuchar, no interrumpa y ponga atención a lo que él o ella dice. Elija un lugar tranquilo y sin interrupciones (apague la televisión). Cuantos menos consejos de, más consejos le pedirá. No sermonee.

Busque ocasiones. Los adolescentes no cuentan cuando se les ordena, sino cuando ellos quieren. Usted debe estar disponible, unos prefieren hablar al llegar de clase, otros después de cenar, otros antes de irse a la cama. En general las

mejores conversaciones se dan cuando se hacen cosas compartidas (lavar el coche, cocinar, mover muebles, pintar una habitación...).

Hable de las diferencias. Si su hijo no tiene claro que se respeta su derecho a opinar diferente será difícil que se abra con usted. El desacuerdo civilizado y razonado no impide la comunicación. Conocer en qué no están de acuerdo puede ser muy útil para saber el nivel de madurez de su adolescente y permitirá renegociar normas.

No exagere. Si ante un error o incumplimiento de su hijo usted reacciona desproporcionadamente es muy posible que acaben en gritos e insultos. Controle su rabia sin dejar de expresar su preocupación. Una buena forma es preguntar, lo más calmado posible, su opinión al respecto y a partir de ahí hablar de las diferencias. Si su hijo de 14 años le cuenta que el pasado viernes probó una cerveza y usted pierde los estribos, lo más probable es que no vuelva a contarle nada en mucho tiempo.

Sus preocupaciones e intereses. Algunas de las cosas de las que ellos quieren hablar quizás a usted le aburran, póngase en su lugar y en su época. No finja interés, lo notan. Preguntar y escuchar es signo de respeto hacia los sentimientos y opiniones. Algunos de los temas que interesan o preocupan en estas edades son:

- ✓ Los estudios. ¿Qué tal en clase hoy? Bien. Ante una pregunta general una respuesta general. Revise sus libros o cuadernos y pregunte cosas más concretas: ¿Cómo te va con las ecuaciones de 2º grado?, ¿Hay algún compañero nuevo en el equipo de baloncesto?, ¿Cómo es un profesor?
- ✓ Aficiones. Si es aficionado al deporte o seguidor de un equipo pregúntele por cosas concretas de ese tema. La música es algo que atrae durante algún tiempo a casi todos los adolescentes y usted debe saber, como mínimo, los nombres de los cantantes favoritos de su hijo.
- ✓ Emociones. Antes apuntamos que los adolescentes se preocupan bastante por varias razones (sus amigos, su sexualidad, su aspecto físico, su futuro laboral, el divorcio de sus padres, las guerras en el mundo, etc., etc.). Cuando no esté seguro de la importancia de un tema para su hijo

PREGÚNTELE. ¿Qué importancia tiene para ti?, ¿Con qué frecuencia te preocupa?, ¿Te parece un problema pequeño, mediano o grande? Conocer la magnitud y la importancia de sus preocupaciones le permitirá decidir mejor como afrontarlo.

- ✓ Familia. A los adolescentes les gusta hablar y participar en las decisiones familiares, igual que le gusta ser tenidos en cuenta en las normas que les afectan individualmente. Tomando parte en las conversaciones familiares se sentirá más seguro y más vinculado emocionalmente a la familia.
- ✓ Temas delicados. Si usted evita hablar de temas delicados lo más probable es que su adolescente busque información y opiniones en otro lado. Afrontar un asunto delicado por primera vez y de frente funciona pocas veces. No puede uno sentarse frente a su hijo de trece años y sin haber tocado antes el asunto decir: “Hoy vamos a hablar de las relaciones sexuales”. Esta es la forma más rápida de acabar una conversación antes de empezarla.
- ✓ Los padres. ¿Cuál fue tu primer novio?, ¿Qué tal se te daban las matemáticas?, ¿Qué paga te daban a los 12 años?, ¿Cómo es tu jefe en el trabajo? Sin tener que responder necesariamente a preguntas indiscretas los adolescentes se interesan por sus padres, su pasado y su presente, y esto les puede ser muy útil para empezar a definir su propia vida.
- ✓ El futuro. Con la maduración mental el futuro será algo que les empezando a preocupar. El hábito de comunicación con los padres facilitará preguntas del tipo: ¿Cómo será la vida después de la Secundaria?, ¿Encontraré trabajo?, ¿A qué edad puede uno casarse?. Estas preguntas merecen su atención y respuesta. Cuando no sepa contestar: un “no se” honesto es la mejor respuesta y continúe pidiendo sus opiniones, ilusiones, aspiraciones o sentimientos.
- ✓ Cultura, acontecimientos. La saturación de medios de comunicación hace que su hijo tenga un montón de ventanas al mundo. Compartir opiniones sobre películas o espectáculos es un excelente medio de conocer sus gustos y opiniones.

Comuníquese con respeto. A veces los adolescentes provocan diciendo o haciendo cosas inapropiadas. No caiga en la provocación. El auto-control que usted demuestre dará fruto en mejores relaciones y conversaciones en el futuro.

A veces dan más importancia a cómo se dicen las cosas que a las cosas que se dicen**”** [62].

- **Autonomía, independencia, libertad**

“Los adolescentes piden libertad. Sin embargo los padres deben sopesar entre el fomento de la confianza en sí mismos para valerse autónomamente, y el conocimiento de que en el mundo hay peligros y amenazas para la salud y seguridad de sus hijos. Algunos consejos útiles para manejar el asunto de la libertad y la autonomía son los siguientes:

Fije límites. Los adolescentes se resisten a los límites impuestos, pero los necesitan e incluso los desean. En un mundo cada vez más complicado los límites dan seguridad y sentimientos de estar atendidos. Es más fácil empezar a poner límites durante la infancia, pero no es imposible empezar cuando son adolescentes.

- ✓ Hable claro. La mayoría de adolescentes responden mejor a instrucciones concretas: “En casa antes de las 9’30h” es mucho más fácil de entender y cumplir que “vuelve temprano”.
- ✓ Opciones razonables. Cuando se da más de una opción se facilita que acepten la norma. “Antes de irse a la cama hay que acabar los deberes, antes o después de cenar, ¿qué prefieres?”.

Libertad por etapas. Según maduran y se hacen más responsables hay que concederles mayores privilegios. Corrigiendo los errores, aprendiendo de las consecuencias, dándoles un cierto margen a la equivocación, y transmitiéndoles claramente nuestras opiniones facilitamos el camino hacia la independencia que supone llegar a la edad adulta. Sin prisa pero sin pausa.

Rechace limitaciones para el futuro. Aunque quizás no nos guste su forma de vestir a los catorce años, la moda no suele ser algo que limite su futuro. Aunque se preocupen por el futuro la falta de experiencia les puede impedir comprender en profundidad que algunas decisiones de hoy puede afectarles seriamente a medio o largo plazo. Hágale saber que usted es “el guardián de las opciones” y

que decidirá usted hasta que sea suficientemente maduro y responsable sobre cuestiones de profundidad.

Guiar sin controlar. Los adolescentes necesitan explorar en su camino hacia la construcción de su identidad, con lo cual cometerán errores y deberán aprender a aceptar los resultados. Ello no significa que los padres deban renunciar a guiarlos para evitar que comenten demasiadas equivocaciones o errores irreparables. Una buena forma de guiar consiste en preguntar sobre posibles consecuencias de sus acciones y escuchar atentamente: "¿Qué podría ocurrir si...?". Cada adolescente necesitará ser guiado de forma individual pues incluso entre hermanos adolescentes pueden entender cosas distintas ante la misma norma.

Permita ciertos errores. Para aprender a resolver problemas y tomar decisiones es necesario equivocarse alguna vez. Permita que cometan algún error siempre y cuando la salud y la seguridad no peligren, pues equivocarse enseña algo tan importante como es recuperarse tras un mal paso. Es difícil que un chico o chica aprenda a recuperarse y continuar si sus padres le resuelven todas las dificultades de la vida.

Las acciones tienen consecuencias. Si la norma es llegar antes de las 10h no debe ignorarse que llegó dos horas tarde. Usted perdería credibilidad si no le hace afrontar las consecuencias de tal retraso. No olvide que el castigo ha de ser proporcionado a la ofensa, y que el resto de la familia y usted mismo no tienen por qué sufrir las consecuencias del incumplimiento de uno de sus hijos.

A pesar de todo lo que se diga, la mayoría de adolescentes confían en sus padres más que en ninguna otra persona. Como padre o madre busque más allá de lo superficial que los comportamientos puedan sugerir y descubrir a la persona que su hijo o hija adolescente está a punto de llegar a ser**"**[62].

- **Los valores familiares**

"¿Cómo le gustaría que fuese su hijo cuando tenga 30 años?

Seguramente por su cabeza hayan pasado ideas como: Honrado, trabajador, tolerante, honesto, respetuoso, responsable, decente. Estas palabras reflejan los que se denominan valores morales. Los chicos que crecen en familias que inculcan valores morales suelen ser más felices, obtienen buenos resultados académicos y están más dispuestos a contribuir positivamente a la vida familiar y social. Por suerte la mayoría de chicos comparten los valores familiares, no obstante las influencias externas pueden complicar el proceso y por ello le ofrecemos algunas pautas útiles para fomentar esos valores.

- ✓ Si usted se esfuerza en terminar una tarea difícil favorecerá que su hijo termine sus tareas y deberes.
- ✓ Si usted acepta perder en un juego con buen humor su hijo aprenderá que ganar no lo es todo
- ✓ Si usted trata a su pareja con respeto él tratará a los demás con respeto
- ✓ Si usted no desprecia a nadie por su raza o religión es más probable que su hijo sea tolerante.
- ✓ Cuando los padres toman decisiones difíciles de forma conjunta y razonada, su hijo se da cuenta.
- ✓ Si usted acepta los fracasos como parte de la vida, pero sigue adelante con voluntad, su hijo aprende a superar los problemas.
- ✓ Si usted acepta con humor sus propios errores su hijo será más capaz de aceptar sus propias imperfecciones.

Si usted valora a los demás por lo que tienen y no por lo que son, es muy probable que su hijo quiera tiranizarle con la ropa de marca y las cosas caras y superfluas. Los padres deben cubrir las necesidades de sus hijos, pero también deben enseñarles a diferenciar entre *lo que quiere* y *lo que necesita*.

La paga que se da a los chicos puede ayudarles a ahorrar y a gastar con sensatez. La cantidad y frecuencia (semanal, mensual) dependerá de sus recursos y de los gastos que se supone cubrirá esa paga

La información sobre la sexualidad no debe limitarse a la información biológico-reproductiva, sino que debe enmarcarse dentro de los valores familiares,

orientando la educación sexual desde la perspectiva de los sentimientos y del respeto a la privacidad, intimidad y los derechos de los demás**”**[62].

- **Signos de alerta de depresión en adolescentes**

“Las causas que inducen a la depresión grave que puede desembocar en suicidio son muchas. Situaciones de conflictividad familiar o divorcio, la pérdida de un ser querido, el abuso de drogas, el rechazo por los amigos, o excesivas preocupaciones en el ámbito de la sexualidad, son factores que pueden contribuir a un estado de depresión severa. Algunas señales de advertencia son las siguientes:

- ✓ Cambios en los hábitos de descanso (dormir mucho o muy poco).
- ✓ Cambios de comportamiento (baja concentración en tareas habituales).
- ✓ Cambios de personalidad (apatía, aislamiento, irritación, ansiedad, cansancio, indecisión, tristeza).
- ✓ Alteraciones alimenticias (pérdida de apetito o glotonería).
- ✓ Cambios físicos (falta de energía, subidas y bajadas drásticas de peso, pérdida de interés en su apariencia).
- ✓ Falta de interés en sus amigos, aficiones, la escuela.
- ✓ Bajo nivel de autoestima (“no sirvo para nada”, “todo es culpa mía”).
- ✓ Falta de esperanza en el futuro (“nada va a mejorar”, “nada va a cambiar”).
- ✓ Reflexiones o fabulaciones sobre la muerte. Amenazas directas de quitarse la vida (“Mejor estaría muerto”, “Mi familia estaría mejor sin mí”, “No tengo razones para vivir”).**”**[62]

5. **Descripción de la Propuesta:**

Objetivos	Actividades	Contenidos	Recursos	Participantes	Fecha
Socializar los resultados obtenidos en la investigación con los directivos y personal del DOBE	Entrega de un informe por escrito con los resultados obtenidos en nuestro estudio	Datos más relevantes determinados en la investigación acerca de niveles y relación de depresión y disfuncionalidad familiar	Informe escrito de los resultados	• Rector • Vicerrector • Directores de cada sección: básico, técnicas y ciencias • Personal del DOBE	24 de junio del 2013
Informar al personal del DOBE sobre los adolescentes que presentan problemas de depresión o disfuncionalidad familiar	Entrega por escrito de un informe con los nombres de los adolescentes con problemas serios que necesitan apoyo psicológico urgente	Nombres de los adolescentes con problemas de depresión o disfuncionalidad familiar	Informe escrito con los nombres de dichos adolescentes	• Personal del DOBE	25 de junio

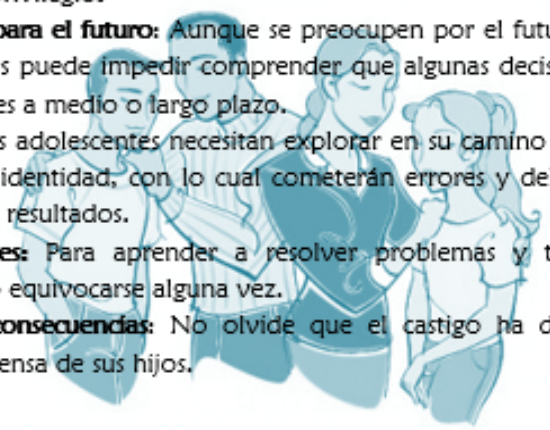
Brindar conferencias a los adolescentes de dicha institución	Charla a los adolescentes, especialmente en los cursos en los que se encontró casos de depresión y disfuncionalidad familiar grave	• Síndrome de la adolescencia normal • Depresión	• Diapositivas • Infocus	• Investigadora • Estudiantes	Del 26 al 28 de junio
Impartir consejos útiles a los padres en relación a la convivencia con adolescentes	• Conferencia dialogada a los padres de familia • Entrega de hojas volante, con consejos prácticos para la convivencia con adolescentes	• Como ser padres eficaces • Como comunicarse con un adolescente • Valores familiares • Como reconocer si su hijo tiene depresión	• Diapositivas • Infocus • Trípticos	• Investigadora • Padres de familia • Maestros	02-03 de julio

ANEXO 7

GUÍA PARA PADRES

¿CÓMO SER PADRES EFICACES?

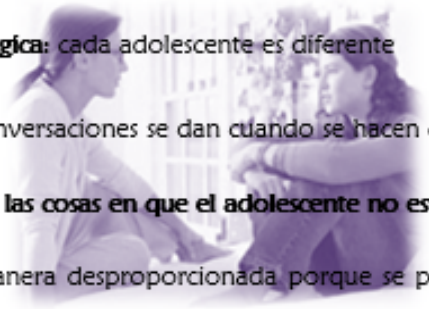
1. **Demuestre amor:** comuníquese con ellos, dedíqueles tiempo y demuéstreles que se preocupan por su bienestar.
2. **Apóyelos:** elogie y reconozca su esfuerzo
3. **Ponga normas:** fije límites y supervise que se cumplan las reglas establecidas
4. **De ejemplo**
5. **Enseñe responsabilidad**
6. **Faciliten experiencias:** conviene facilitarles que conozcan nuevas cosas.
7. **Respeten:** ellos necesitan que se reconozca y aprecien sus diferencias y se les trate como personas.
8. **Fije límites:** Los adolescentes se resisten a los límites impuestos, pero los necesitan e incluso los desean.
9. **Libertad por etapas:** Según maduran y se hacen más responsables hay que concederles mayores privilegios
10. **Rechace limitaciones para el futuro:** Aunque se preocupen por el futuro la falta de experiencia les puede impedir comprender que algunas decisiones de hoy puede afectarles a medio o largo plazo.
11. **Guíe sin controlar:** Los adolescentes necesitan explorar en su camino hacia la construcción de su identidad, con lo cual cometerán errores y deberán aprender a aceptar los resultados.
12. **Permita ciertos errores:** Para aprender a resolver problemas y tomar decisiones es necesario equivocarse alguna vez.
13. **Las acciones tienen consecuencias:** No olvide que el castigo ha de ser proporcionado a la ofensa de sus hijos.



¿CÓMO COMUNICARSE CON UN ADOLESCENTE?

"Los padres deben esforzarse por respetar la necesidad de privacidad del adolescente al tiempo que se establece confianza y cercanía emocional"

Aquí le ofrecemos algunas estrategias:



1. **Reconozca que no hay receta mágica:** cada adolescente es diferente
2. **Escuche:** no hable usted
3. **Busque ocasiones:** las mejores conversaciones se dan cuando se hacen cosas compartidas
4. **Hable de las diferencias: conocer las cosas en que el adolescente no está de acuerdo**
5. **No exagere:** no reaccione de manera desproporcionada porque se puede terminar en gritos e insultos
6. **Sus preocupaciones e intereses: póngase en el lugar y época de ellos.** Algunos de los temas que interesan o preocupan en estas edades son:
   - ✓ Los estudios
   - ✓ Aficiones: por ejemplo el deporte o la música
   - ✓ Emociones
   - ✓ Familia: A los adolescentes les gusta hablar y participar en las decisiones familiares
   - ✓ Temas delicados: como el de la sexualidad
   - ✓ El futuro
   - ✓ Cultura y acontecimientos

VALORES FAMILIARES

¿Cómo le gustaría que fuese su hijo cuando tenga 30 años?

La mayoría de chicos comparten los valores familiares, no obstante las influencias externas pueden complicar el proceso y por ello le ofrecemos algunas pautas útiles para fomentar esos valores:

- ✓ Si usted se esfuerza en terminar una tarea difícil favorecerá que su hijo termine sus tareas y deberes.
- ✓ Si usted acepta perder en un juego con buen humor su hijo aprenderá que ganar no lo es todo
- ✓ Si usted trata a su pareja con respeto él tratará a los demás con respeto
- ✓ Si usted no desprecia a nadie por su raza o religión es más probable que su hijo sea tolerante.
- ✓ Cuando los padres toman decisiones difíciles de forma conjunta y razonada, su hijo se da cuenta.
- ✓ Si usted acepta los fracasos como parte de la vida, pero sigue adelante con voluntad, su hijo aprende a superar los problemas.
- ✓ Si usted acepta con humor sus propios errores su hijo será más capaz de aceptar sus propias imperfecciones.

¿CÓMO RECONOCER SI MI HIJO TIENE DEPRESIÓN?

Algunas señales de advertencia son las siguientes:

- ✓ Cambios en los hábitos de descanso (dormir mucho o muy poco).
- ✓ Cambios de comportamiento (baja concentración en tareas habituales).
- ✓ Cambios de personalidad (apatía, aislamiento, irritación, ansiedad, cansancio, indecisión, tristeza).
- ✓ Alteraciones alimenticias (pérdida de apetito o glotonería).
- ✓ Cambios físicos (falta de energía, subidas y bajadas drásticas de peso, pérdida de interés en su apariencia).
- ✓ Falta de interés en sus amigos, aficiones, la escuela.
- ✓ Bajo nivel de autoestima ("no sirvo para nada", "todo es culpa mía").
- ✓ Falta de esperanza en el futuro ("nada va a mejorar", "nada va a cambiar").
- ✓ Reflexiones o fabulaciones sobre la muerte. Amenazas directas de quitarse la vida ("Mejor estaría muerto", "Mi familia estaría mejor sin mí", "No tengo razones para vivir"

ANEXO 8

FOTOGRAFÍAS

6.1. Aplicación de encuestas

6.2. Charlas a los adolecentes

INDICE

PORTADA……i
CERTIFICACION……ii
AUTORIA……iii
CARTA DE AUTORIZACION……..iv
DEDICATORIA……...vi
AGRADECIMIENTO……vii

INDICE GENERERAL……1
a. TITULO……..2
b. RESUMEN……3
SUMMARY 4
c. INTRODUCCIÓN 5
d. REVISION DE LITERATURA 9
CAPITULO UNO: LA ADOLESCENCIA……10
1.1. Definición: 10
1.2. Características: 11
1.2.1. Cambios Biológicos: 11
1.2.2. Desarrollo Cognoscitivo.....13
1.2.3. Desarrollo Psicológico.....14
1.2.4. Desarrollo Emocional 18
1.2.5. Desarrollo Social.....19
1.3. Problemas del adolescente: 21
1.3.1. Problemas internos 21
1.3.2. Problemas externos.....22
1.4. Relaciones del adolescente con la familia.....22
CAPITULO DOS: LA FAMILIA……24
2.1. Definición: 24
2.2. Funciones de la Familia.....24
2.3. Tipos de familia 26
2.4. Funcionalidad de la familia 27

2.4.1. Familia funcional 27
2.4.2. Familia disfuncional 28
2.5. La familia como sistema social 29
2.6. Función de la familia durante la adolescencia 30
CAPITULO TRES: LA DEPRESION 32
3.1. Definición y características: 32
3.1.1. Teoría cognitiva de la depresión de Beck 33
3.2. Depresión en la adolescencia 36
3.2.1. Generalidades 36
3.2.2. Signos característicos: 36
3.2.3. Causas de depresión en la adolescencia: 38
3.3. Depresión y familia 39
3.4. Tratamiento 40
3.4.1. Psicoterapia 40
3.4.2. Terapia farmacológica 41
3.4.3. Terapia de familia 42
3.4.4. La terapia cognitiva de Beck 43
3.5. Pronóstico 44
3.6. Prevención 45

e. MATERIALES Y METODOS 46
1. Tipo de Estudio 47
2. Área de Estudio 47
3. Universo y Muestra 47
4. Hipótesis 49
5. Variables: 49
6. Métodos, Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos 50
7. Procedimiento para la recolección de la información: 55

f. RESULTADOS 58
TABLA Nº 1 59

TABLA Nº 2……60
TABLA Nº3……61
TABLA Nº 4……62
TABLA Nº5……63
TABLA Nº6……64
TABLA Nº7……65
TABLA Nº8……66
TABLA Nº9……67
TABLA Nº 10……69
TABLA Nº11……..71
TABLA Nº 12……73

g. DISCUSIÓN……...75
h. CONCLUSIONES 79
i. RECOMENDACIONES..... 81
j. BIBLIOGRAFÍA..... 83
k. ANEXOS..... 89
ANEXO 1:SOLICITUD AL RECTOR DEL COLEGIO.....……90
ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....……91
ANEXO 3: TEST DE DEPRESION DE BECK……92
ANEXO 4: APGAR FAMILIAR……98
ANEXO 5: GUIAS PARA INTERPRETACION DE RESULTADOS……..99
ANEXO 6: PROGRAMA DE INTERVENCION……..100
ANEXO 7: HOJA VOLANTE PARA PADRES……...115
ANEXO 8: FOTOGRAFIAS……..117
INDICE..... 119