



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

NIVEL DE PREGRADO

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

Tema:

“SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA Y SU RELACION CON LA DISFUNCION FAMILIAR EN LOS ESTUDIANTES DEL CICLO DIVERSIFICADO DEL COLEGIO TECNICO INDUSTRIAL ZUMBA PERIODO ABRIL-SEPTIEMBRE DE 2013”

Tesis de Grado previa a la Obtención del Título de Médico General

Autora:

Cecibel del Cisne Calderón Calderón

Director:

Dr. Héctor Velepucha



CERTIFICACIÓN

Dr. Héctor Velepucha Velepucha, DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERDAD NACIONAL DE LOJA.

CERTIFICA:

Que el presente trabajo de Tesis, previo a la obtención del Título de MÉDICO GENERAL, sobre el Tema: “SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA Y SU RELACION CON LA DISFUNCION FAMILIAR EN LOS ESTUDIANTES DEL CICLO DIVERSIFICADO DEL COLEGIO TECNICO INDUSTRIAL ZUMBA PERIODO ABRIL-SEPTIEMBRE DE 2013”, realizado por la egresada: Cecibel del Cisne Calderón Calderón, ha sido orientado, dirigido y revisado bajo mi dirección; por lo tanto autorizo su presentación, sustentación y defensa de grado.

Loja, Octubre del 2013

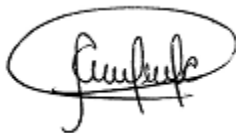
Atentamente.


Dr. Héctor Velepucha Velepucha
DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo Cecibel del Cisne Calderón Calderón, 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 Reposorio Institucional Biblioteca Virtual.



Firma

Autor: Cecibel del Cisne Calderón Calderón

Cedula: 1104609647

Fecha: 4 de noviembre de 2013

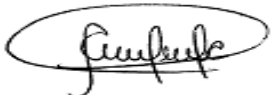
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS

Yo Cecibel del Cisne Calderón Calderón, declaro ser autor(a) de la tesis titulada: **"SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA Y SU RELACION CON LA DISFUNCION FAMILIAR EN LOS ESTUDIANTES DEL CICLO DIVERSIFICADO DEL COLEGIO TECNICO ZUMBA PERIODO ABRIL-SEPTIEMBRE DEL 2013"**, como requisito para optar al grado de: Medico 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 Reposorio 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 reciba un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 4 días del mes de noviembre del dos mil trece, firma del autor.

Firma 

Autor: Cecibel del Cisne Calderón Calderón

Cedula: 1104609647

Dirección: Azuay y Jose M. Peña # 20-22 .Correo electrónico:cecibel2687@hotmail.com

Teléfono: 3060145 Celular:0982854714

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Dr Hector Velepucha

Tribunal de Grado: Dr. Miguel Marin (Presidente)

Dr.Edwin Jaramillo

Dr.German Velez

DEDICATORIA

Dedico mi tesis producto del trabajo disciplinado, esfuerzo y dedicación primeramente a Dios, por darme la vida y llenarme de bendiciones, a mi esposo Gonzalo Wilfrido quien con su gran cariño, amor y paciencia, es mi motor impulsador en la realización de todo reto en mi vida, a mi querida familia, a mis padres ,mis abuelitos, Gloria y Ángel ,quienes me alientan cada día, con sus consejos y enseñanzas me llenan de orgullo y son ellos quienes hacen de mí un mejor ser humano, ente activo de una sociedad productiva, equitativa y solidaria, a mis hermanos Gaby , Edison y Carlos , ustedes han sido mi mayor motivación ,mi deseo de lucha por un mejor porvenir , a mi pequeño sobrino Rudel, quien con su ternura llena de alegría mi humilde hogar todos ellos va dedicada esta Tesis, además quiero dedicar mi trabajo a las autoridades y estudiantes del colegio técnico industrial Zumba por su desinteresada colaboración que muestra que he avanzado un paso más hacia mi meta, confió inmensamente en mi padre celestial que él me dará el coraje para seguir luchando por nuevos ideales encaminados a un mejor vivir.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi Dios por darme la vida, por haberme dado el valor para enfrentarme a las adversidades y por volverme a levantar después de una caída y emprender nuevos retos a cada instante, enseñándome a luchar por mis ideales ,ya que con fe y voluntad y con su infinito amor se mueve montañas.

A mis padres, a mis hermanos: Gaby, Edy y Carlos, juntos hemos ido de la mano a pesar de los obstáculos que la vida nos impuso, a pesar de la separación por la injusta Migración, jamás pudieron romper los lazos de hermandad, que nos unen, siempre fueron mi fortaleza y mi motivación y mi deseo de superación, gracias por su apoyo y su confianza .Gracias también a ti Gonzalo Chacón, mi esposo, por tu entrega incondicional , por la inmensa felicidad que cada día volvemos a vivir.

Además un sincero agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, al personal Administrativo y Docente de la Carrera de Medicina Humana, A mis queridos maestros, que con sus sabios conocimientos y experiencias, han contribuido no solamente en mi formación académica si no también ético profesional con humanismo y responsabilidad. Y sin lugar a duda un especial agradecimiento al. Dr. Héctor Velepucha, Director de Tesis, quien con su inmensa dedicación, apoyo incondicional y gran calidad humana, supo brindarme su tiempo, sabiduría y experiencia, dirigiéndome adecuadamente en el desarrollo de mi tesis y así llegar a su excelente culminación.

TITULO

“SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA Y SU RELACION CON LA DISFUNCION FAMILIAR EN LOS ESTUDIANTES DEL CICLO DIVERSIFICADO DEL COLEGIO TECNICO INDUSTRIAL ZUMBA PERIODO ABRIL-SEPTIEMBRE DE 2013”

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se realizó con el objetivo de conocer la relación entre sintomatología depresiva, y la disfunción familiar en los estudiantes del ciclo diversificado del colegio técnico industrial Zumba, situado en el cantón Chinchipe provincia de Zamora Chinchipe.

Se hizo el estudio a 300 estudiantes, que cursan el ciclo diversificado, durante el período de abril a septiembre del año 2013, se aplicó el test de Beck, para determinar la presencia de sintomatología depresiva, así como el test de Apgar familiar y soporte de amigos para establecer la relación con la función familiar.

Luego de realizado el estudio, se determinó que el 38% de los adolescentes encuestados presentaron algún tipo de depresión, distribuidos por género, el femenino represento el 59% y el masculino el 41%, en cuanto a la relación con la disfunción familiar. En el caso de la depresión leve predomina la disfunción familiar leve, distribuido en un 73% del género femenino y el 27% del género masculino, en el soporte de amigos, comparten igual porcentaje entre bueno y regular con el 41% para cada soporte. En la depresión moderada sobresale la disfunción familiar moderada con 50% de casos del género femenino, y 50% del género masculino, en cuanto al soporte de amigos es bueno en un 43% de los casos. En tanto que la depresión intermitente y la depresión severa en igual posición con respecto a la disfunción familiar en la depresión intermitente, predomina la disfunción familiar severa de los cuales el 67% pertenecen al género femenino, y el 33% al masculino, El soporte de amigos es bueno en el 45% de los jóvenes con este tipo de depresión, contrastando con la depresión severa en la que los adolescentes presentan en su mayoría disfunción familiar leve, distribuidos en 67% del género femenino y 33% del género masculino, y el soporte de amigos es regular, finalmente los adolescentes que presentan depresión extrema con el 4% de los

cuales el 50% son de género femenino y el 50% del género masculino, predomina la disfunción familiar severa y el soporte de amigos comparte igual porcentaje 50% para el bueno y 50% para el regular. Lo cual establece claramente que existe relación entre disfunción familiar y depresión en este grupo de adolescentes del colegio Técnico Zumba.

SUMMARY

This present investigation work was carried out with the objective of knowing the relationship between depressive symptoms and family dysfunction in cycle diversified students of industrial technical Zumba, High school located at Chinchipe province of Zamora Chinchipe.

The study was made to 300 students, during the period from april to September of 2013, we applied the Beck test to determine the presence of depressive symptoms and family Apgar test and friends to support establish the relationship with the family function .After having carried out the study, it was determined, 38% had some form of depression distributed by gender, women represent 59 % and 41% male, the relationship with family dysfunction. In the case of mild depression predominates, mild family dysfunction in 73% female and 27% male gender, in the support of friends, shared equally between good and regular rate to 41 % for each case. In moderate depression, predominate moderate family dysfunction stands with 50 % of cases of female and 50% male, on the support of friends is good in 43% of cases. While intermittent depression and extreme depression in the same position , with respect to family dysfunction intermittent depression , predominates severe family dysfunction of which 67 % are female and 33 % male , support for friends is good in 45% of young people with this type of depression , contrast with severe depression in which adolescents are mainly distributed in mild family dysfunction 67 % female and 33% male , and support regular buddy is which 85 % are female and 15% male , and finally the extreme depression adolescents presenting with 4% of which 50 % are female and 50 % male gender , severe family dysfunction

predominates and the support of friends share the same percentage 50% good and 50 % for regular. This clearly states that there is a relationship between family dysfunction and depression in this group of adolescents of Zumba technical high school.

INTRODUCCIÓN

Se calcula que en el mundo hay 1.200 millones de jóvenes en edades entre 10 y 19 años, la mayor generación de adolescentes de la historia .La adolescencia es una de las fases de la vida más fascinantes y quizá más complejas, una época en la que los jóvenes asumen responsabilidades y experimenta una nueva sensación de independencia. Él o la joven busca su identidad ,pone en práctica valores aprendidos en su primera infancia ,y desarrolla habilidades que le permitan convertirse en adultos atentos y responsables, durante la adolescencia los jóvenes establecen su independencia emocional, y psicológica aprenden a entender y vivir su sexualidad, y a considerar su papel en la sociedad del futuro.

Los progenitores son un elemento esencial en la tarea de proporcionar apoyo y orientación a los jóvenes, numerosos estudios han demostrado que la forma en que los adolescentes se conectan con su mundo social, influye mucho en su salud y desarrollo, y les protege de conductas de alto riesgo. Al establecer lazos coherentes positivos y emocionales con adultos responsables, los adolescentes pueden sentirse seguros y a salvo, obtener la resistencia que les permita confrontar y resolver problemas que les depare la vida. Un estudio llevado a cabo en jóvenes de 14 años de Estados Unidos, Australia, Colombia, La India, Palestina y Sudáfrica descubrió que en todas las culturas, los adolescentes que tienen relaciones estrechas con sus padres (es decir se sienten entendidos, reciben buenos cuidados y se llevan bien con ellos), tienen mayor iniciativa social, abrigan menos ideas de suicidio y sufren menos depresión.¹ Se calcula que el 20% de los

¹ Adolescencia una etapa Fundamental. Unicef. División de Comunicaciones.3 United Nations Plaza,H9-F Nueva York NY 10017, USA; Correo electrónico: pubdoc@unicef.org Sitio web:www.unicef.org

adolescentes de todo el mundo tienen problemas mentales o de comportamiento. La depresión es la que más contribuye con la carga mundial de morbilidad entre los jóvenes de 15 a 19 años. El suicidio es una de las tres causas principales de mortalidad en edades de 15 a 35 años. En conjunto unos 71.000 cometen suicidio anualmente, y una cifra 40 veces más alta lo intenta. Alrededor de la mitad de los trastornos mentales de una vida se producen antes de los 14 años, un 70% antes de los 24 .La frecuencia de trastornos mentales ha aumentado en últimos 20 a 30 años, dicho aumento se atribuye a la rotura de las estructuras familiares, al aumento del desempleo en los jóvenes a las poco realistas aspiraciones educativas y profesionales que las familias tienen para sus hijos e hijas ²

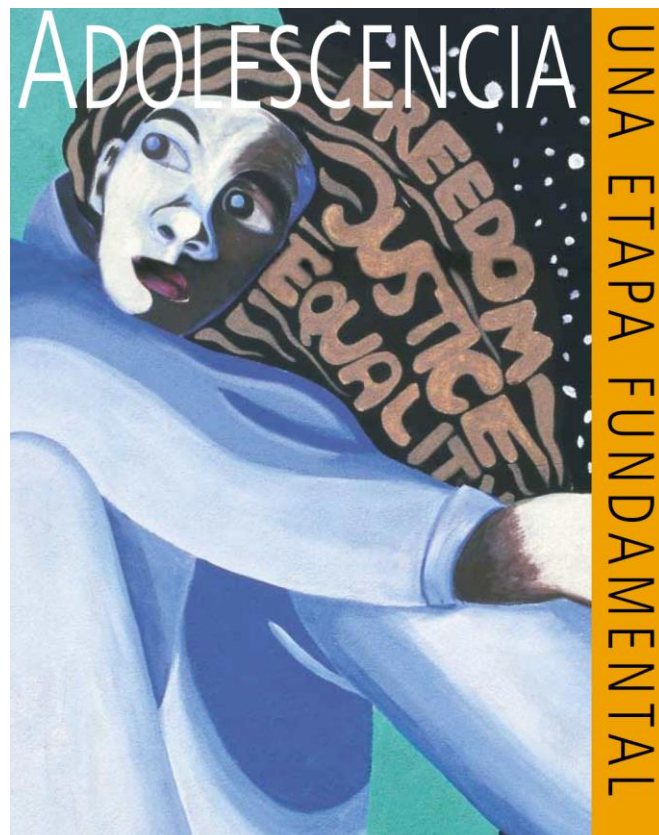
Es por ello se hace un estudio investigativo, teniendo como objetivo general determinar la sintomatología depresiva en adolescentes del ciclo diversificado que asisten al colegio técnico industrial Zumba ,cantón Chinchipe, y su relación con la disfunción familiar durante el periodo abril ,septiembre de 2013. Además como objetivos específicos: identificar síntomas de depresión de acuerdo al género. Determinar los tipos de depresión de acuerdo al test de Beck. Establecer funcionalidad familiar y soporte de amigos de la población estudiada. Determinar de acuerdo al género el grado de depresión más frecuente, y establecer la relación entre función familiar y el soporte de amigos. Para su desarrollo se aplicó un estudio prospectivo descriptivo, transversal, aplicando el test de depresión de Beck, y el Apgar familiar a 300 estudiantes que aceptaron ser encuestados, y que cursan el ciclo diversificado .Tomando en cuenta los siguientes criterios de inclusión: todos/as; los/las; adolescentes que se encuentran cursando el ciclo diversificado, en edades comprendidas entre 14 y 19 años respectivamente, los adolescentes que aceptaron colaborar en este estudio para obtener la información directa requerida. Y como criterios de exclusión: adolescentes que se encuentran cursando el ciclo diversificado cuya edad sea inferior a 14 años o mayor de 19

²Adolescencia una época de oportunidades. febrero 2011. Correo electrónico: pubdoc@unicef.org. Sitio web: www.unicef.org

años, adolescentes con capacidades especiales (discapacidad visual y auditiva) ya que no se disponía de los test en braille, los adolescentes de otras instituciones educativas de la localidad. Los resultados obtenidos mediante la aplicación de encuestas, a las 300 adolescentes del colegio técnico Zumba muestran que el 38% de la población estudiada presenta depresión, el tipo más frecuente es la depresión leve con el 36%, distribuidos por género, el más afectado es el femenino con el 63%, frente al 37% del género masculino, de los cuales presentan disfunción familiar leve en el 37% de los estudiantes, en cuanto al soporte de amigos comparten igual porcentaje entre bueno y regular con el 41 % para cada caso. Además se socializo estos resultados a nivel de los estudiantes y autoridades, con la finalidad de hacer promoción y prevención de la depresión.

“La investigación social es un proceso de artesanía intelectual en el que debe dosificarse con ecuanimidad el rigor y la imaginación” (C. Wright Mills, 1979)

Revisión de Literatura



Alégrate, joven, en tu adolescencia, y tenga placer tu corazón en los días de tu juventud. Anda según los caminos de tu corazón y según la vista de tus ojos, pero ten presente que por todas estas cosas Dios te traerá a juicio. Quita, pues, de tu corazón la ansiedad, y aleja de tu cuerpo el mal; porque la adolescencia y la juventud son vanidad.

Eclesiastés 11:9 y 10.

ADOLESCENCIA

Procedente del latín, el término adolescencia designa la época de la vida que discurre entre la infancia y la juventud. La adolescencia es el período de transición biológica, cognitiva y psicosocial que va desde la niñez hasta la edad adulta (Berger, 2004). Generalmente, esta etapa comienza entre los once o doce años y puede prolongarse hasta el final de la segunda década de la vida³Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es la etapa comprendida entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; Sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo.⁴

Históricamente la denominación de adolescencia para una etapa de la vida aparecía ya en la antigüedad y designaba las edades comprendidas entre los catorce y los veintiún años. A lo largo de la edad media, la adolescencia quedó comprendida dentro de la juventud, concretamente como etapa intermedia entre la infancia y la edad adulta, y así continuó hasta el siglo XIX. Además, durante la edad media, la cronología de la edad adulta estaba determinada por una serie de cambios sociales y económicos. De este modo, un joven se convertía en adulto desde el momento en que entraba dentro del sistema productivo y creaba una familia. Durante la edad moderna y hasta el siglo XIX, la juventud designaba una etapa de transición que iba entre el momento en el que al niño se le emancipaba

³Berger, K. (2004). Psicología del desarrollo. Infancia y Adolescencia. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, p. 431. Disponible en: <http://www.injuve.es/sites/default/files/9322-04.pdf>

⁴Dr. Octavio A. Ayala Montie Subdirección de Servicios de Salud Gerencia de Prevención Médica Unidad de Promoción a la Salud. Disponible en:<http://www.serviciosmedicos.pemex.com/salud/adolescencia.pdf> /

del núcleo familiar, hasta que creaba uno propio. Aunque con serias diferencias con respecto a nuestra concepción actual, se consideraba esta etapa como un momento de aprendizaje y de transición.

En esta época, era habitual que los jóvenes fueran utilizados como mano de obra en el núcleo familiar, o comenzaran a trabajar como aprendices y criados para aprender un oficio. Hasta el siglo XIX era frecuente que los niños se incorporaran al trabajo desde muy temprana edad, siendo muy pocos los que conseguían estudiar o prepararse para un trabajo hasta los diez o los doce años. Con la llegada de la revolución industrial, la capacitación y especialización empezaron a ser cada vez más necesarias para la incorporación al mundo laboral.⁵ Por otra parte, con el desarrollo de la investigación a lo largo del siglo XIX el concepto de adolescencia pasó a tomar una mayor relevancia. Además, empezó a introducirse en el sistema educativo la escolarización obligatoria, que en la mayoría de los países occidentales está actualmente en torno a los 16 años. Con esta nueva escolarización, los jóvenes no abandonarán el sistema educativo hasta mucho más tarde, sobre todo en función de la especialización que deseen adquirir. Con todo esto, la edad de incorporación al mundo laboral y al mundo adulto se ha retrasado, y la adolescencia se ha consolidado como una época de la vida más prolongada de lo que nunca había sido. Por ello, la adolescencia que hoy conocemos, como un momento en el que los jóvenes están en una etapa de formación, con dependencia de sus progenitores, con un estilo propio de vida, moda, valores, que ni pertenecen a la niñez ni a la edad adulta, es producto del siglo XX. En este sentido, es algo cada vez más asumido que la adolescencia es una época que ha ido ensanchando progresivamente sus límites cronológicos, de modo que su edad de comienzo es cada vez más temprana y su momento final se retrasa hasta una edad más avanzada .

⁵Gennep, A.(1986). Los ritos de paso. Madrid: Taurus. Disponible en:
<http://www.injuve.es/sites/default/files/9322-04.pdf>

TEORIAS SOBRE LA ADOLESCENCIA

Uno de los primeros estudios científicos sobre la adolescencia fue llevado a cabo en 1904 por Hall, quien fue el primero en investigar sobre esta etapa de la vida desde una perspectiva científica y definió la adolescencia con un concepto procedente de la literatura romántica alemana, el storm and drang (tormenta e ímpetu). Para Hall los cambios físicos que tenían lugar durante la adolescencia repercutían en su conducta, personalidad y adaptación. Fuertemente influenciado por Darwin, Hall tenía una visión evolucionista de la vida humana, asociando cada etapa con una época en la historia de la humanidad. Bajo su punto de vista, la adolescencia representaba el comienzo de la civilización, es decir el momento de tensión entre los deseos del hombre primitivo y la influencia la sociedad civilizada. Para este científico, la adolescencia es un momento de turbulencia y sentimientos contradictorios. “La alegría exuberante, las risas y la euforia ceden lugar a la disforia, la lobreteza depresiva y la melancolía. El egoísmo, la indiferencia y la presunción son tan característicos de este periodo de la vida como el apocamiento, el sentimiento de humillación y la timidez. El adolescente desea la soledad y el aislamiento, pero, al mismo tiempo, se encuentra integrando grandes grupos y amistades. Nunca sus compañeros ejercen tan grande influencia sobre él. Por momentos, el adolescente exhibirá una sensibilidad y ternura exquisitas; en otros, dureza y crueldad”.⁶

TEORIA DE GESELL

A diferencia de Hall, para Gesell la adolescencia no era una etapa turbulenta, sino un proceso ordenado de maduración sujeto a leyes biológicas. Gesell concedía una especial importancia a la edad cronológica y consideraba que la adolescencia se prolongaba entre los once y los veinticuatro años. Para él, esta etapa estaría dividida en dos fases, siendo en la primera, que abarcaba entre los once y los

⁶Hall, S. (1904). *Adolescence, Its Psychology and Its Relations to Physiology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, Religion and Educations*, New York: Appleton Disponible en: <http://www.injuve.es/sites/default/files/9322-04.pdf>

dieciséis años, cuando se producían los cambios más importantes. A la segunda etapa la llamaba aculturación, por considerar que en ella intervenían factores ambientales determinantes para la conducta.⁷

TEORÍA PSICOANALÍTICA DE FREUD

Según esta teoría la adolescencia es un estadio del desarrollo en el que brotan los impulsos sexuales, y se produce una primacía del erotismo genital. Supone por un lado, revivir conflictos edípicos infantiles y la necesidad de resolverlos con mayor independencia de los progenitores y, por otro lado un cambio en los lazos afectivos hacia nuevos objetos amorosos.

Ana Freud dice que es difícil señalar el límite entre lo normal y lo patológico en la adolescencia, y considera en realidad a toda la conmovición de este periodo de la vida como normal, señalando además que sería anormal la presencia de un equilibrio estable durante el proceso adolescente. Sobre esta base, y teniendo en cuenta el criterio evolutivo de la psicología, es que podemos aceptar que la adolescencia más que una etapa estabilizada es un proceso y desarrollo. Debe por lo tanto comprenderse para ubicar sus desviaciones en el contexto de la realidad humana que nos rodea.⁸

TEORÍA DE COLEMAN

Es posible que los jóvenes se enfrenten a una gran variedad de transiciones, y sin embargo parezcan afrontarlas sin trauma o estrés excesivo. Una explicación para el éxito en la adaptación de tantos jóvenes, a las demandas evolutivas de la transición adolescente la proporciona el modelo focal, es decir ocupándose de una cuestión a la vez, los adolescentes extienden durante un periodo de años,

⁷Gesell. A, Ames.L.B. (1956). Youth: The years from ten to sixteen. New York: Harper and Row. Disponible en: <http://www.injuve.es/sites/default/files/9322-04.pdf>

⁸Aberastury y Knobel, 2002 .La Adolescencia Normal. Disponible en :http://portalacademico.cch.unam.mx/materiales/prof/matdidac/sitpro/exp/psico/psico2/pscll/MD1/MD1-L/A/adolescencia_normal.pdf

cuestiones de relación diferente entran en foco y se abordan en estadios diferentes.⁹ .Más recientemente Bloch (1995), reforzó la idea de trauma adolescente y describió esta época como la de la segunda individualización, completando así el proceso que había comenzado con el nacimiento

ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA: ADOLESCENCIA TEMPRANA

La adolescencia temprana, enmarcada entre los 10 y los 14 años, ocurren cambios biológicos, como aquellos que interesan al aparato reproductor, apareciendo los caracteres sexuales secundarios. En ambos sexos se inicia la pubarquia. En la mujer comienza la telarquia, y el crecimiento y desarrollo de los órganos sexuales internos; y en el varón el aumento testicular, los cambios de color y arrugamientos escrotales, y el crecimiento del pene. Como consecuencia de las transformaciones en los órganos sexuales se produce también un influjo hormonal. En este período surgen, además la necesidad de independencia, la impulsividad, la labilidad emocional, las alteraciones del ánimo y la búsqueda de solidaridad y comprensión entre pares, lo que se mezcla con necesidad sentida de apoyo de los padres, por lo que se generan ambivalencias que hacen de la relación padres/adolescentes, un reto.¹⁰

Los cambios internos que tienen lugar en el individuo, aunque menos evidentes, son igualmente profundos. Una reciente investigación neurocientífica muestra que, en estos años de la adolescencia temprana, el cerebro experimenta un súbito desarrollo eléctrico y fisiológico. El número de células cerebrales pueden casi llegar a duplicarse en el curso de un año, en tanto las redes neuronales se

⁹Pérez, S. Aliño, M. El concepto de adolescencia. Manual de prácticas clínicas para la Atención Integral a la salud en la Adolescencia. 1999. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252006000100009&script=sci_arttext&lng=e

¹⁰Benítez Amanda; Zappa Jorge. Adolescencia Normal. Disponible en : <http://med.unne.edu.ar/catedras/pedia2000/clases/adolescencia.pdf>

reorganizan radicalmente, con las repercusiones consiguientes sobre la capacidad emocional, física y mental.

El desarrollo físico y sexual, más precoz en las niñas que entran en la pubertad unos 12 a 18 meses antes que los varones, se reflejan en tendencias semejantes en el desarrollo del cerebro. El lóbulo frontal, la parte del cerebro que gobierna el razonamiento y la toma de decisiones, empieza a desarrollarse durante la adolescencia temprana. Debido a que este desarrollo comienza más tarde y toma más tiempo. En los varones, la tendencia de éstos a actuar impulsivamente y a pensar de una manera acítica dura mucho más tiempo que en las niñas. Este fenómeno contribuye a la percepción generalizada de que las niñas maduran mucho antes que los varones. Es durante la adolescencia temprana que tanto las niñas como los varones, cobran mayor conciencia de su género que cuando eran menores, y pueden ajustar su conducta o apariencia a las normas que se observan. Pueden resultar víctimas de actos de intimidación o acoso, o participar en ellos, y también sentirse confundidos acerca de su propia identidad personal y sexual.

DESARROLLO COGNITIVO Y MORAL

En la teoría de Piaget, la adolescencia marca la transición de operaciones concretas a las lógicas o formales, que implican la capacidad de tratar posibilidades como entidades reales. Esto puede ser aplicado a decisiones cruciales. (Ej. Tener o no relaciones sin protección o incurrir en otras conductas de riesgo).

AUTOCONCEPTO: La timidez aumenta exponencialmente por los cambios somáticos. La conciencia de uno mismo se centra en la apariencia externa. Aparece un cierto grado de distorsión de la imagen corporal. Puede aumentar la autoestima de los varones y no de las niñas. (Por roles que asumen ambos sexos.)

RELACIÓN CON LA FAMILIA, LOS COMPAÑEROS Y LA SOCIEDAD: Se acelera el distanciamiento de la familia y crece la participación en actividades con compañeros. El hecho de pertenecer a un grupo es de suma importancia. La relación con la sociedad gira en torno a la escuela. El crecimiento físico, la preocupación por el cuerpo y el interés sexual se relaciona más con la maduración sexual. El Desarrollo Biológico, se caracteriza por una serie de cambios somáticos y fisiológicos producidos por factores hormonales, que dan lugar a los estadios puberales o de Tanner. En esta etapa los estadios 1 y 2 de Tanner. El progreso cognitivo, la separación y los cambios en el comportamiento social se correlaciona más con la edad cronológica y el curso escolar.

ADOLESCENCIA MEDIA

Este periodo comprende entre los 14 y 16 hasta 18 años en niñas aproximadamente, Se caracteriza por un creciente ámbito e intensidad de sentimientos, así como por la importancia concedida a los valores del grupo de amigos.

Crecimiento y maduración somática: En esta etapa se da el proceso de remodelación morfológica y se adquiere la talla final. La nutrición sigue jugando un papel crítico en la evolución del crecimiento y desarrollo. Aquí, cabe mencionar la influencia de las modas, la separación parcial del medio familiar y los hábitos adquiridos en el grupo de iguales, como algunos de los factores que pueden determinar desequilibrios nutritivos en relación a la cantidad y calidad de los alimentos que se ingieren, (horario, bocadillos, alimentos refinados, etc.), que se acentúan en los casos de las demandas especiales. En esta época, coincidiendo con trastornos emocionales o afectivos, puede haber una inhibición en el desarrollo psico-sexual y traducirse en trastornos alimentarios: comer exageradamente o dejar de comer.¹¹

¹¹Ros, R.; Morandl T; Cozzetti E.; Lewintal C.; C. Jhosep.; Joan C.; Surís G. La Adolescencia: Consideraciones Biológicas, Psicológicas Y Sociales. Capítulo 1. Disponible en: http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/salud_reproductiva/01%20Salud%20reproductiva%20e.pdf

Cambios psicosociales: Destacan la profundización en las relaciones sentimentales y amorosas, y el inicio de las relaciones sexuales, todo ello en interrelación con los valores y experiencias del grupo de amigos. Hay una menor preocupación por el cuerpo, puesto que en esta etapa la mayoría de adolescentes ya han experimentado los cambios, de su pubertad.

- Aunque existe una mayor aceptación y comodidad con el cuerpo, ocupan mucho tiempo en intentar hacer resaltar su atractivo. La ropa y el maquillaje pueden ser muy importantes. En esta época predominan cada vez más los conflictos con la familia. El/la adolescente va mostrando menos interés por los padres, y dedica mucho más tiempo a sus amigos. Hacen prevalecer su propia opinión y discuten frontalmente con sus padres. Reivindican su espacio, su tiempo, cómo y cuándo utilizar las horas del día. Con ello provocan discusiones con los padres en busca de límites, tan necesarios para la consecución de la identidad, la independencia y la libertad.

Transgresión de lo normativizado por los adultos, que será muy importante para ir modelando el propio “yo” y la independencia. Integración en el grupo de amigos. En ningún otro período tiene tanta importancia el grupo de amigos. La formación de grupos es el modo más idóneo para que los jóvenes puedan realizar la comprobación de las imágenes internas, tanto idealizadas como atacadas, verifiquen paulatinamente su diferenciación sexual, revivan la rivalidad y los celos y experimenten el amor y la amistad de forma más realista. Las características de esta relación incluyen:

- Avenencia con los valores, reglas y formas de vestir de los amigos/as en un intento de separarse más de su familia.
- Integración en la subcultura de los amigos/as.
- Incorporación ascendente en relaciones heterosexuales, mostrada a través del contacto y el baile en las discotecas, citas en una calle de un barrio, en una plaza o en un bar.

- Diversos experimentos y contactos sexuales.
- Integración en clubs, deportes de equipo, pandillas y otros grupos.

Desarrollo de la identidad: Se incrementa notablemente la capacidad cognoscitiva, el razonamiento y las habilidades para la abstracción, todo ello le da un nuevo sentido a la individualidad, pero aún persiste el pensamiento mágico infantil (a mí no me pasará...) y la dificultad para prever o anticiparse a las situaciones de riesgo. Aumento de la capacidad intelectual, y la creatividad disminuyen las aspiraciones vocacional es idealistas. **En este período pueden reconocer sus limitaciones, y con ello experimentar una menor autoestima y también sufrir trastornos emocionales y depresión.** Aumentan el ámbito y apertura de los sentimientos. Comprobación de la identidad sexual con gran impacto emocional de las primeras relaciones sexuales, refugiándose a menudo en los “mitos” .Descubrimiento de uno mismo y del otro. Se ponen en juego la autoestima y la capacidad de ser asertivo frente a las demandas del otro/a. Sentimientos de omnipotencia e invulnerabilidad. Viven el momento sin tener conciencia del riesgo. Y precisamente, esta actitud les lleva a comportamientos arriesgados que pueden tener consecuencias. **Estos comportamientos, constituyen un factor del alto índice de accidentes, embarazos, enfermedades de transmisión sexual, drogadicción, suicidios que llegan a ser prevalentes en esta época.**

ADOLESCENCIA TARDÍA

Comprende la edad desde los 15 hasta los 19 años según algunos autores señalan una edad más amplia hasta los 24 años. Se considera la última fase del adolescente en la lucha por su identidad e independencia. Si las etapas anteriores han transcurrido de forma más o menos armónica, con el soporte adecuado de la familia y grupo de amigos, el adolescente se encuentra en buen camino para el manejo de las tareas y la asunción de responsabilidades de la adultez. Si no ha habido alteraciones en las etapas anteriores, nos encontramos con un cuerpo de adulto con la talla definitiva y las funciones plenas en cuanto a la sexualidad.

La reproducción. Los hábitos y preferencias en relación a la alimentación están establecidos y normalmente se saben cuidar. Aunque aquellos/as adolescentes que hayan sufrido trastornos emocionales y de la alimentación, pueden seguir con comportamientos que impliquen desequilibrio en la nutrición, provocando alteraciones de su fisiología y desarrollo.

Cambios Psicosociales: La adolescencia tardía tiene como característica principal la preparación para funciones del adulto, la definición de su vocación de forma realista y el establecimiento de los valores personales.

Normalmente hay una aceptación e identificación de la imagen corporal y tienen ya adquiridas las preferencias en el vestir y en cómo hacerla más atractiva. Si ha habido alguna anomalía en las etapas anteriores, esta imagen puede aún ser percibida de forma distorsionada y provocar trastornos afectivos y relacionales. Este es un período de menor agitación y creciente integración al medio social, aunque no es extraño que algunos adolescentes muestren dificultades para asumir las responsabilidades de la adultez y continúen dependiendo de su familia y amigos. Si el proceso de desarrollo ha sido “normal” el/la adolescente:

- Se convierte en una entidad independiente de su familia.
- Puede apreciar la importancia del valor de sus padres y de otros adultos.
- Busca y acepta de nuevo el consejo de los padres.

Puede valorar todo lo aprendido en el proceso de crecimiento.

Integración en el grupo de amigos: En esta última etapa se sienten más a gusto con sus propios valores, y su identidad personal en su rol social y sexual. Los valores de los amigos siguen siendo referentes pero de menor importancia. Es frecuente establecer la relación con una sola persona en la que hay menos exigencia y se comparten más las experiencias. La selección de compañeros y compañeras se basa más en la comprensión mutua y la diversión que en la aceptación de sus semejantes. Se produce la formación de parejas.

Desarrollo de la identidad: Se encuentran en un momento de la evolución en el que el propio “Yo” está casi conformado. Este periodo se caracteriza por:

- La maduración del desarrollo cognitivo y de una conciencia racional y realista.
- El establecimiento de relaciones no narcisistas.
- Comienza la definición de los papeles funcionales, se amplía el sentido de perspectiva con capacidades para demorar, comprometerse y establecer límites.

La capacidad de planificación de futuro y de poder anticiparse y prevenir frente al riesgo. Puede reconocer las consecuencias de sus acciones.

- El poder hablar y discutir sobre objetivos vitales y hacerse partícipe de todas las opciones.

- El desarrollo de objetivos vocacionales prácticos y comienzo de una independencia económica.

- Una mayor actividad sexual y concreción de los valores éticos, morales y sexuales. El individuo sale de la adolescencia, cuando la angustia de sus padres, tutores o adultos más cercanos no le producen ningún efecto desinhibidor. En la adolescencia tardía, las niñas suelen correr un mayor riesgo que los varones de sufrir consecuencias negativas para la salud, incluida la depresión; y a menudo la discriminación y el abuso basados en el género magnifican estos riesgos. Las muchachas tienen una particular propensión a padecer trastornos alimentarios, tales como la anorexia y la bulimia; esta vulnerabilidad se deriva en parte de profundas ansiedades sobre la imagen corporal alentadas por los estereotipos culturales, y mediáticos de la belleza femenina. No obstante estos riesgos, la adolescencia tardía es una etapa de oportunidades, idealismo y promesas. Es durante estos años que los adolescentes ingresan en el mundo del trabajo o de la educación superior, establecen su propia identidad y cosmovisión y comienzan a participar activamente en la configuración del mundo que les rodea.¹²

DESARROLLO SOCIAL Y DE LA PERSONALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

Del mismo modo que se producen cambios en la esfera física, y la psicológica durante el proceso de maduración en la etapa de la adolescencia, en este periodo también se observan transformaciones a nivel social, y de personalidad. A la capacidad de realizar operaciones formales le acompaña el juicio moral, que encuentra un correlato con los cambios producidos en sus relaciones sociales. El grupo de iguales, como se verá más adelante, comienza a ejercer una mayor influencia en el desarrollo del individuo, al tiempo que el ámbito familiar empieza a ser reevaluado críticamente.¹³ A su vez, tanto los amigos como la familia van a ejercer una poderosa influencia en el nivel de autoestima de los adolescentes.

La importancia de conocer bien el desarrollo del autoconcepto y la autoestima radica, fundamentalmente, en su correlación con el bienestar psicosocial de las personas. Durante la etapa de la adolescencia, los jóvenes van a tener su propia categorización social, que va a ser diferente a la del niño y a la del adulto. Por lo tanto, sus conductas también van a variar respecto a las de las otras dos etapas de la vida. En una obra de Moreno (1997) se señala que el desequilibrio entre la madurez física y la cualificación efectiva como agente social del sujeto, es el rasgo más importante y definitorio de la adolescencia-juventud. Para poder restablecer el equilibrio y pasar a convertirse en una persona social y psicológicamente competente, el adolescente deberá llevar a cabo, según Havighurst (1972, pp. 45-75) una serie de tareas evolutivas:

¹²Johnson, Sara B., et al. 'Adolescent Maturity and the Brain: The promise and pitfalls of neuroscience research in adolescent health policy', *Journal of Adolescent Health*, vol. 45, no. 3, September de 2009, págs. 216–221; Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, *Seen But Not Heard: Very young adolescents aged 10–14 years*, ONUSIDA, Ginebra, 2004, págs. 7, 24 Disponible en : <http://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/La-adolescencia-temprana-y-tardia.pdf>

¹³Musitu, G. y García, F. (2001). ESPA29. Escala de Estilos de Socialización Parental en la Adolescencia. Madrid: TEA. http://www.uv.es/lisis/otras-publica/tesis_esther.pdf

1. Alcanzar nuevas y más maduras relaciones con los compañeros de edad de ambos sexos.
2. Adquirir un papel social masculino o femenino.
3. Aceptar el propio físico y utilizar el cuerpo eficientemente.
4. Lograr una independencia emocional con respecto a los padres y otros adultos.
5. Prepararse para el matrimonio y la vida familiar.
6. Prepararse para una carrera económica.
7. Adquirir un conjunto de valores y un sistema ético como guía de la conducta, es decir, desarrollar una ideología.
8. Desear y lograr una conducta socialmente responsable.

Todas estas metas no tienen por qué alcanzarse a la vez ni en un tiempo determinado, aunque es una realidad que en nuestra sociedad actual, el tiempo para conseguir dichas metas se ha dilatado. Y es que cada vez es más difícil pasar a la vida adulta, siendo muchos los factores que lo impiden. Entre ellos se encuentra la alta competitividad para obtener un puesto de trabajo, lo que conlleva que los jóvenes pasen mucho tiempo estudiando y preparándose para incorporarse al mundo laboral. La consecuencia de esto es que cada vez se tarda más en alcanzar una independencia económica y personal. A su vez, la vida es más cara, lo que supone invertir más tiempo y dinero para llegar a dicha independencia. Otro factor a destacar es que, en general, nuestra sociedad define las metas de los adolescentes pero, al mismo tiempo, no facilita los medios para la consecución de éstas.¹⁴

¹⁴Moreno, A. (1997). La adolescencia como tiempo de cambios. En J. A. García Madruga y P. Pardo de León (Eds.), *Psicología Evolutiva* (Vol. 2, pp. 258-283). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.http://www.uv.es/lisis/otras-publica/tesis_esther.pdf

LA INFLUENCIA DEL APOYO DE PADRES E IGUALES EN EL DESARROLLO DEL ADOLESCENTE

Aunque los pares ocupan un papel de gran relevancia en la vida de los adolescentes, los padres todavía son relevantes para su ajuste (Dekovic y Meeus, 1997; Harter, 1999). En la literatura científica encontramos dos puntos de vista teóricos principales, que se centran en la relación del adolescente con sus padres y con las amistades. Por un lado, hay teorías que enfatizan el hecho de que padres y pares desempeñan funciones diferentes con relación al adolescente. Por otro, existen teorías que destacan la convergencia y similitud de las funciones de los padres y los pares. Según las primeras, cada relación ofrece un contexto diferente para el desarrollo del individuo. La teoría más influyente a este respecto es, la teoría Interpersonal de Sullivan (1953). Esta teoría sugiere que en cada período de la vida surgen necesidades sociales distintas. Los adolescentes se ven inmersos en una gran cantidad de relaciones y cada una de éstas satisface varias necesidades. Así, la intimidad y la colaboración o compañerismo entre amigos, son dos aspectos críticos de la verdadera amistad durante la adolescencia. Algunas relaciones, sin embargo, son más eficaces en esta satisfacción de necesidades que otras. Por ejemplo, la mayor parte de los estudios muestran que la intimidad, y el compañerismo se obtienen en mayor medida por las amistades del adolescente, mientras que el cuidado y el compromiso se buscan más en la relación con los padres (Scholte y cols., 2003, en prensa).

En cuanto al apoyo social, cabe decir que en el apoyo parental y en el de los amigos se pueden observar efectos compensatorios y que, en general, los adolescentes perciben sus relaciones íntimas, tanto con sus amigos como con sus padres, como relaciones de apoyo (Berndt, 1988). Así, el apoyo parental se relaciona con el ajuste adolescente en lo que se refiere al consumo de sustancias (Wills y Cleary, 1996), delincuencia (Windle, 1992), problemas emocionales (Garnefski y Diekstra, 1996) y baja autoestima (Van Aken y Asendorpf, 1997). Dekovic y Meeus (1997) observaron cómo la calidad de las relaciones

paternofiliales afecta al autoconcepto del adolescente, el cual a su vez influye en la integración del joven, dentro del grupo de sus iguales.

Diversos estudios han examinado los efectos diferenciales del apoyo que los adolescentes perciben en sus relaciones. En el estudio científico del apoyo percibido, considerado éste como un constructo multidimensional, Furman y Burhmester (1985) informaron que los adolescentes perciben que los padres proporcionan más afecto, vínculos de confianza y apoyo instrumental que los amigos. De estos últimos, los chicos perciben más compañerismo, y las chicas experimentan más intimidad. Gauze y colaboradores (1996) defienden que los adolescentes son “consumidores activos de apoyo social”, por lo que pueden establecer relaciones diferentes cuando algunas no proporcionan apoyo satisfactorio. Estos autores revelaron que para los adolescentes que tienen un bajo apoyo parental, las amistades eran más importantes, siendo una fuente relevante de apoyo. Sin embargo, Van Aken y Asendorpf (1997) mostraron que: 1) el apoyo de los hermanos no compensó el bajo apoyo de los compañeros de clase, y; 2) el bajo apoyo de uno de los padres, sólo podría compensarse por el apoyo del otro en los adolescentes tempranos.

Reicher (1993) informó que la familia y las relaciones entre pares tenían diferentes impactos sobre los problemas emocionales. Los adolescentes con apoyo parental bajo pero con apoyo alto por parte de los pares, mostraron más problemas de interiorización y exteriorización que todos los demás adolescentes, incluyendo aquellos que tenían un bajo soporte de los amigos así como de los padres. Por ello, algunas configuraciones del apoyo como un bajo apoyo parental y alto apoyo de los pares (o viceversa), pueden tener incluso efectos negativos para el ajuste del adolescente (Harter 1999).

Según advierten Harter (1999) y Musitu y colaboradores (2001), la influencia del grupo de pares tendrá mayor o menor poder según el tipo de relación que el adolescente mantiene con su familia y, más concretamente de su grado de percepción acerca del apoyo paterno que reciben. En la situación específica del consumo de drogas, Wills, Mariani y Filer (1996) destacan que los adolescentes

más vulnerables se caracterizan por percibir un escaso apoyo familiar y por estar altamente implicados en las actividades del grupo de iguales. Sin embargo, aquellos jóvenes que perciben un apoyo parental claro son más resistentes a las presiones del grupo, aun cuando dichos adolescentes participan en gran medida en lo que su grupo de pares propone.

En resumen, parece que los sistemas de relación del adolescente con los padres y con los pares se interrelacionan. Existen continuidades entre ambos sistemas, y dichas continuidades predicen mejor los resultados en el desarrollo del individuo de lo que lo hace el examen de la relación entre padres y adolescentes, o la relación entre éstos, y los pares por separado. En otros términos, las relaciones entre padres y adolescentes, y entre iguales y adolescentes no son dos mundos separados, sino que la importancia de un sistema de relación para el desarrollo del adolescente, y su preparación para relaciones más maduras en su vida futura, no puede entenderse sin examinar el otro sistema (Hinde, 1997; Coleman y Hendry, 2003). Por lo tanto, un examen más preciso de la vulnerabilidad del adolescente debería tener presente el apoyo de los dos sistemas, ya que ambos aspectos de las relaciones sociales del adolescente se encuentran íntimamente conectados (Harter, 1999).

IMPORTANCIA DE LA SALUD MENTAL EN EL ADOLESCENTE

Todos los adolescentes se exponen, de algún modo, a un nivel de estrés genérico propio de esta etapa de la vida (como los cambios biológicos, el paso de una escuela a otra o las discusiones con los amigos). Al hablar de estrés agudo grave, Compas (1995) pone como ejemplos la muerte de uno de los padres o un ser querido, una lesión o accidente, etc. Respecto al estrés crónico, cita la exposición a la pobreza y las dificultades económicas, el racismo, trastornos mentales en uno o ambos padres y otros factores generadores de estrés de larga duración. El planteamiento principal de este autor es que clases diferentes de estrés tendrán un efecto diferencial sobre la salud mental de los adolescentes. Por lo tanto, si es necesaria una intervención, ésta se tendrá que adaptar al factor o factores generadores de estrés en cada caso particular.

Los factores que pueden desarrollar alteraciones en la salud mental de los adolescentes son muchos y muy diversos, pero en las investigaciones sobre este tema se han hallado algunos que aparecen de modo más frecuente produciendo en la mayoría de las ocasiones estados de estrés, ansiedad y depresión. Entre ellos destacamos el desempleo, los problemas económicos derivados de la falta de trabajo, los efectos de perder los beneficios no económicos que el trabajo proporciona (como la pérdida de posición social, propósito y contactos sociales y una estructura temporal para el día), el riesgo de empleos inseguros e insatisfactorios, la depresión en alguno de los padres (particularmente la madre), el aburrimiento, la soledad (forzosa más que voluntaria), las dificultades con los amigos, los conflictos familiares, la falta de apoyo de las personas significativas (Coleman y Hendry, 2003) y el uso, y abuso de alcohol y otras drogas (Canals, 1990).

A su vez, Steinberg (2000) **observó que entre los predictores más potentes de problemas de salud mental entre los adolescentes son las relaciones familiares escasas y poco afectivas.** Aquellos jóvenes con problemas mentales por este motivo, están en riesgo de desarrollar patrones de conductas antisociales y violentas. Sin embargo, un buen apego y una adecuada y positiva relación entre padres e hijos, forman una de las contribuciones más importantes para el correcto desarrollo psicológico de los hijos. Bowlby (1969), por otro lado, señaló que parte de la capacidad de los sujetos para aprender a dar y recibir ayuda se adquiere en los primeros años de vida, en los que el bebé aprende a confiar en sus figuras de apego y de cuya relación extraerá una conclusión sobre su futura actitud hacia los demás, en situaciones difíciles, o que requieren ayuda. Una propiedad importante de estas primeras relaciones con el mundo exterior radica en que es por medio de ellas como el individuo configura sus expectativas y percepciones sobre el apoyo social, y asume hasta qué punto dicho apoyo debe formar parte de su repertorio de recursos de afrontamiento.(Musitu 2001)

DEPRESION EN LA ADOLESCENCIA

La depresión (del latín depressus, que significa "abatido", "derribado") es un trastorno emocional que se presenta como un estado de abatimiento, e infelicidad que puede ser transitorio o permanente donde predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático.¹⁵Según la OMS define a la depresión como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

EPIDEMIOLOGIA DE LA DEPRESION

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas. Los trastornos del ánimo son el 2do trastorno mental más común (5.1%) en mayores de 18 años en EEUU. La prevalencia de un mes del trastorno depresivo mayor es de 2.2 %. La prevalencia del trastorno depresivo mayor en pacientes ambulatorios en atención primaria es de 4.8 a 8.6% constituyendo la 4ta queja más común.

Las investigaciones indican que en el transcurso de la vida, la depresión comienza en la actualidad más temprano que en décadas pasadas, y frecuentemente coexiste con otros problemas de salud mental:

¹⁵Miembros grupo de trabajo de la GPC. Depresión en el Adulto. 09/07/2008- Guías Clínicas 2008; 8 (16). Disponible en www.fisterra.com/guias2/depresi on.asp - 89k.

Como ansiedad crónica y trastornos de comportamiento destructivo. Los investigadores de la Universidad de Oregon, calculan que el 28% de todos los adolescentes (entre las edades de 13 y 19 años) experimentarán por lo menos un episodio depresivo mayor, con una tasa estimada del 3 al 7% entre las edades de 13 a 15 años, y aproximadamente de 1 a 2% en los niños menores de 13 años de edad¹⁶. En el año 2001, el suicidio fue la tercera causa más importante de muerte en las personas entre los 15 y 24 años de edad, hasta el 7% de los adolescentes que desarrollan un trastorno depresivo mayor pueden eventualmente llegar al suicidio. Todos los estudios coinciden en que la prevalencia es casi el doble en la mujer (26%) que en el hombre (12%). En general, se suelen recoger cifras de prevalencia en países occidentales de aproximadamente 3% en la población general, para trastorno depresivo mayor, y una incidencia anual del 1 al 2 personas por mil. En cuanto a la asociación familiar debida a factores genéticos, la existencia de un pariente de primer grado con antecedentes de trastorno depresivo mayor, aumenta el riesgo entre 1,5 y 3 veces frente a la población general. En 2009, 1.200 millones de adolescentes, con edades comprendidas entre los 10 y 19 años, constituían el 18% de la población mundial. Desde 1950, el número de adolescentes ha aumentado más del doble. La gran mayoría de adolescentes (el 88%) vive en países en desarrollo. En términos generales, 1 de cada 6 adolescentes vive en los países menos adelantados.

Los niños y adolescentes que están bajo estrés, que han experimentado una pérdida importante o que tienen trastornos de atención, de aprendizaje o de conducta, tienen un riesgo mayor de desarrollar depresión clínica. En cuanto a la vulnerabilidad a la depresión, no hay diferencia entre sexos durante la niñez. Pero durante la adolescencia, las niñas desarrollan trastornos depresivos el doble de veces que los niños. Los niños que sufren de depresión mayor probablemente

¹⁶Seeley, J., Rohde, P., Lewinsohn, P., & Clarke, G. (2002). Depression in youth: Epidemiology, identification, and intervention. In M. Shinn, H. Walker, & G. Stoner (Eds.), *Interventions for academic and behavior problems II: Preventive and remedial approaches* (pp. 885–912). Bethesda, MD: Asociación Nacional de Psicólogos Escolares. ISBN: 0-932955-87-8. Disponible en :

http://www.nasponline.org/resources/principals/nasp_deprsp.pdf

tuvieron una historia familiar del trastorno, y frecuentemente un padre o madre que también experimentó depresión a una edad temprana. Los adolescentes deprimidos tienen también posibilidades de tener parientes que hayan experimentado depresión, a pesar de que la correlación no es tan alta como lo es para los niños menores.

ETIOLOGIA

La etiología de los trastornos afectivos en los niños y adolescentes es menos clara que en los adultos, se postula una etiología multicausal:

Factores genéticos: La influencia genética es más marcada en pacientes con formas graves de trastorno depresivo y síntomas de depresión endógena. El riesgo de morbilidad en parientes de primer grado (padres, hermanos o hijos), está incrementado en todos los estudios que se han llevado a cabo y es independiente de los efectos del ambiente o educación, marcadores genéticos para los trastornos del talante, han sido localizados en los cromosomas X, 4,5,11,18 y 21. En un estudio reciente se hicieron pruebas para observar por qué experiencias estresantes, llevaron a la depresión a unas personas pero no a otras. Se encontró que un polimorfismo funcional en la región promotora del gen del transportador de la serotonina (5-HTT) modulaba la influencia de los eventos estresantes cotidianos en la depresión. Los individuos con una o dos copias del alelo corto del 5-HTT mostraron más síntomas depresivos, depresión diagnosticable y tendencias suicidas con relación a eventos estresantes en comparación con individuos con un solo alelo. Este estudio provee la evidencia de la interacción genético-ambiental, en la cual la respuesta de un individuo a los estímulos ambientales es moderada por la organización genética del mismo. ¹⁷.

¹⁷Caspi A. Sugden. K, Moffitt .T. Taylor.A ,Craig IW. Harrington H .McClay J .Mill Martin J. Braithwaite A.PoultonR. Influence of life stress on depression: moderation by polymorphism in the 5-HTT gene. Science. 2003; 301(5631):386-389. Disponible en : <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no49-2/RFM49208.pdf>

Alteraciones del eje hipotálamo-hipofisarioadrenal: En niños y adolescentes con DM, al igual que en adultos, se ha detectado hipercortisolemia y no supresión al test de dexametasona (TD); sin embargo en niños, los resultados aún no son concluyentes"). Otro autor informó hipercortisolemia y respuesta positiva (no supresión) al TD, siendo esta respuesta más prominente entre los niños prepúberes que entre los adolescentes). Se acepta que en niños la respuesta positiva al TD es de ayuda diagnóstica y predice la evolución del cuadro y que la respuesta negativa no descarta la enfermedad.

Respuesta anormal de la hormona de crecimiento (HC): en pacientes con DM se ha demostrado aplanamiento en la secreción de HC en respuesta a la hipoglicemia inducida con insulina, y disminución en respuesta a la estimulación con clonidina. En niños y adolescentes deprimidos se ha encontrado hiposecreción de HC en respuesta a hipoglicemia, pero durante el sueño hay hipersecreción de la misma que persiste luego de la recuperación del episodio depresivo. Igual respuesta ha sido informada en niños no deprimidos hijos de padres con depresión lo que sugiere se trate de un marcador de rasgo.

Alteraciones de los neurotransmisores: Existe evidencia que niveles anormales de serotonina, norepinefrina y dopamina neurotransmisores, aminèrgicos que actúan en las neuronas del sistema nervioso central, podrían ser importantes en la fisiopatología de la depresión. Por ejemplo en el caso de la noradrenalina la carencia o desequilibrio con la serotonina pueden ser causa de depresión uni o bipolar o de psicosis.

Anormalidades cerebrales regionales: La depresión unipolar, parece estar caracterizada por disfunción primaria en la corteza prefrontal, y en los ganglios basales, mientras que la depresión bipolar podría estar asociada a disfunción del lóbulo temporal, y de las áreas mencionadas anteriormente.

Teorías psicológicas:

1. **Modelo psicoanalítico:** postula que la depresión se debe a la pérdida real o imaginaria del objeto ambivalentemente amado con la consiguiente internalización de agresividad, rabia y culpa.
2. **Modelo de estrés:** postula que los síntomas depresivos en los niños se producen como una reacción a problemas familiares como agresión parental, disciplina punitiva y discordia entre los padres. También se ha detectado actitudes inadecuadas como rechazo en los familiares de niños con depresión, De modo que es difícil determinar si el estresor produce la enfermedad o la enfermedad actúa como estresor.
3. **Modelo conductual de reforzamiento:** postula que los sentimientos y comportamientos depresivos son causados por insuficientes o inadecuados reforzamientos positivos. Las habilidades sociales disminuidas en los niños con depresión, limitarían aún más la llegada de refuerzos positivos.
4. **Modelo de desesperanza aprendida:** la ocurrencia de eventos percibidos como incontrolables causa en la persona vulnerable sentimientos de desesperanza e incapacidad para enfrentar las demandas de la vida.
5. **Modelo de distorsión cognitiva:** la persona que responde al estrés con ideas negativas acerca de sí misma, del mundo y del futuro (triada cognitiva), con mayor probabilidad se deprimirá. Estas personas seleccionan la información negativa que refuerza su visión negativa del mundo y de sí mismos. Tienden a pensar de modo dicotómico (todo o nada), a sobre generalizar, exagerar, a identificar como catástrofes lo que les ocurre y pensar que nada cambiará
6. **Modelo de auto-control:** Las personas con depresión tendrían déficits en su autoevaluación, autoreforzamiento y automonitorización. Se centran en las consecuencias a corto plazo de su conducta, atribuyen sus éxitos al entorno y las fallas a ellos mismos.

OTRAS CAUSAS:

| CONDICIONES MEDICAS QUE SE ASOCIAN A DEPRESION EN NIÑOS Y ADOLESCENTES | | | | | |
|---|--|--|--|---|---|
| INFECCIONES Y TUMORES | TRANSTORNOS NEUROLOGICOS | CARDIOVASCULAR Y TEJ. CONECTIVO | TRANSTORNOS ENDOCRINOLOGICOS | MEDICAMENTOS | OTROS |
| Encefalitis Mononucleosis Malaria Postinfluenza Neumonía Tuberculosis Hepatitis Sífilis SIDA Tumor del SCN | Epilepsia Hem, subaracn ACV Esclerosis. multiple. Corea Huntington Miastenia gravis Enf Parkinson Demencia | Cardiomiopatía Isquemia cerebral Insuficiencia cardíaca Congestiva Infarto de miocardio. Poliarteritis: nodosa LES | Diabetes Enf. de Cushing Enf. de Addison Hipotirodismo Hipertirodismo Hiperparatiroidismo Hipopituitarismo | Antihipertensivos Barbitúricos Benzodiacepinas Corticosteroides ACO Cimetidina Aminofilina anticonvulsivantes Clonidina digital Diurét. tiazídicos | Abuso de alcohol y otras drogas Insf. Renal crónica Diálisis HipoKalemia Hiponatremia Anemia Enf. de Wilson Porfiria Uremia Beri.beri Pelagra Hipervitaminosis A |

Los siguientes eventos o situaciones pueden causar depresión:

- Agresión o acoso en la escuela o en otra parte.
- Abuso o maltrato infantil, tanto físico como sexual.
- Falta de destrezas sociales.
- Dificultades de aprendizaje.
- Enfermedad crónica.
- Crianza o cuidados deficientes.
- Acontecimientos estresantes de la vida, como la pérdida de uno de los padres por muerte o por divorcio.

Muchos adolescentes con depresión también pueden tener:

- Trastornos de ansiedad.
- Trastorno de hiperactividad con déficit de atención (THDA).
- Trastorno bipolar.
- Trastornos alimentarios (bulimia y anorexia) ¹⁸

¹⁸University of Iowa; Children's Hospital; Depresión en adolescentes; [acceso octubre 2013]; [1 p.]. Disponible en:<http://www.uichildrens.org/Adam/?/Spanish+HIE+Multimedia/5/001518>

PRESENTACION CLINICA

En adolescentes se expresa más como alteraciones en el apetito, en el sueño, desilusión, ideación suicida y rebeldía. Entre estos síntomas tenemos:

- ✚ Estado de ánimo triste o irritable.
- ✚ Perdida de interés o placer en actividades que antes se disfrutaban
- ✚ Cambio en el apetito y en el peso corporal
- ✚ Disminución en la concentración o indecisión
- ✚ Ideación suicida o muerte.
- ✚ Fatiga o pérdida de energía
- ✚ Sentimientos de culpabilidad inapropiada, o desesperanza
- ✚ Agitación psicomotora o letargo excesivo
- ✚ Malestar digestivo o cefalea persistente.

CLASIFICACION Y CRITERIOS DIAGNOSTICOS

Según su intensidad, los trastornos depresivos se pueden clasificar como: leves, moderados o graves. Para los sistemas de clasificación diagnóstica CIE-10 y DSM IV-TR, la gravedad de los episodios está dada por el número, el tipo y la intensidad de los síntomas, así como en el deterioro funcional.

Los cambios asociados al trastorno depresivo, pueden ser más fácilmente identificables en los ámbitos en los cuales las personas se desenvuelven más regularmente. De esta forma, los cambios en los contextos familiares, educativos o laborales, persistentes por más de dos semanas casi todos los días, puede ser manifestaciones de un cuadro depresivo, como por ejemplo:

- Falta de interés en las actividades que normalmente resultan agradables
- Desgano o sensación de agotamiento constantes
- Alteraciones fisiológicas sostenidas, como insomnio, hipersomnia, falta o aumento del apetito.

- Disminución de la capacidad para concentrarse o disminución del rendimiento escolar o laboral
- Irritabilidad o labilidad emocional
- Quejas somáticas constantes
- Aumento en el consumo de sustancias
- Expresión de ideas de desesperanza o culpa.

La depresión está clasificada como un trastorno afectivo, lo que implica cambios en el humor, sugiriendo que los efectos de la depresión están circunscritos al funcionamiento emocional. Sin embargo el impacto de la depresión es mucho más profundo, afectando prácticamente todos los aspectos de la vida de la persona deprimida, tales como las relaciones interpersonales, el funcionamiento conductual y el funcionamiento cognitivo. Es entonces comprensible porque la depresión causa una discapacidad laboral significativa. La naturaleza de la depresión, que no es físicamente medible, sino que depende del autoreporte o de la inferencia que se haga de la conducta de la persona deprimida, contribuye a la falta de comprensión y al estigma, dilatando o impidiendo la adecuada detección y manejo.

Depresión Mayor

Los síntomas del episodio depresivo mayor generalmente se desarrollan en días o semanas. Un período prodrómico puede incluir síntomas de ansiedad y sintomatología depresiva leve, que pueden durar semanas a meses, previos al comienzo del desarrollo completo del episodio depresivo mayor. La duración del episodio depresivo mayor también es variable. Un episodio no tratado, típicamente es de 4 meses o más, sin contemplar la edad de inicio. En la mayoría de los casos, existe una remisión completa de síntomas y la funcionalidad regresa al nivel premórbido. En una proporción significativa de casos (tal vez de 20 a 30%), algunos síntomas depresivos no cumplen criterios para un episodio depresivo mayor, pero pueden mantenerse por meses o años y pueden asociarse a discapacidad o malestar. La remisión parcial que sigue a un episodio depresivo mayor puede ser predictora del patrón de episodios posteriores.

Tabla 1

Criterios diagnósticos del DSM-IV para el episodio de depresión mayor

-
- A. Al menos cinco de los síntomas siguientes han estado presentes durante un período de 2 semanas y representa un cambio con respecto al funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas tiene que ser un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o de capacidad para el placer:
 - 1. Estado de ánimo deprimido, durante la mayor parte del día, casi todos los días.
 - 2. Una notable disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades.
 - 3. Pérdida significativa del peso, sin seguir una dieta, o aumento de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso en un mes) o aumento o disminución del apetito casi todos los días).
 - 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 - 5. Agitación o enlentecimiento psicorrotor (observable por los demás) casi todos los días.
 - 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 - 7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada (casi todos los días).
 - 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días.
 - 9. Pensamientos recurrentes de muerte o de suicidio o un intento de suicidio.
 - B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
 - C. Los síntomas causan un malestar o deterioro clínicamente significativo en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes.
 - D. Los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia psicoactiva o a una enfermedad médica.
 - E. Los síntomas no se explican mejor por el duelo (por ejemplo, después de la muerte de un ser querido, los síntomas persisten más de dos meses o se caracterizan por un notable deterioro funcional, una preocupación mórbida con la inutilidad, ideas suicidas, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor).
-

En algunos individuos (5-10%) los criterios para el episodio depresivo mayor se siguen cumpliendo por un período mayor a 2 años.

La mayor frecuencia de eventos se dio en los pacientes más jóvenes, con comorbilidad de alcoholismo o trastorno de personalidad, que además percibieron menos apoyo social. A pesar de que la distribución de los eventos fue uniforme en los distintos momentos o fases del cuadro, la mayoría de los sujetos atribuyó la depresión a alguno de dichos eventos.

DISTIMIA

Se caracteriza por sus síntomas de larga duración (dos años o más), aunque menos graves, pueden no incapacitar a una persona pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las personas con distimia, también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas. La distimia tiene a menudo un comienzo en la infancia, adolescencia o período de adultez temprana, así como un curso crónico. En el ambiente clínico las personas con distimia generalmente tienen además un episodio depresivo mayor, el cual es la razón por la que buscan tratamiento. Si la distimia precede el trastorno depresivo mayor es menos probable que exista una recuperación completa inter episodios. El sujeto distímico, se describe a sí mismo como “triste” o “desanimado” o pérdida de interés por las cosas, viéndose a menudo como inútil y poco interesante. Los síntomas son persistentes, de intensidad más leve que la depresión, se mantienen durante la mayor parte del día y casi todos los días.

□ Criterios para el diagnóstico de F34.1 Trastorno distímico [300.4] (continuación)

- E. Nunca ha habido un episodio maniaco (v. pág. 338), un episodio mixto (v. página 341) o un episodio hipomaniaco (v. pág. 344) y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
- F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.
- G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
- H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años

Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad

Especificar (para los últimos 2 años del trastorno distímico):

Con síntomas atípicos (v. pág. 392)

■ Criterios para el diagnóstico de F34.1 Trastorno distímico [300.4]

- A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años. **Nota:** En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.
- B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:
 - (1) pérdida o aumento de apetito
 - (2) insomnio o hipersomnia
 - (3) falta de energía o fatiga
 - (4) baja autoestima
 - (5) dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
 - (6) sentimientos de desesperanza
- C. Durante el periodo de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.
- D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor (v. pág. 333) durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

(continúa)

TRASTORNO DEPRESIVO NO ESPECIFICADO

Incluye trastornos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno no adaptativo, con estado de ánimo depresivo, trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto y ansioso y depresivo, ejemplos del trastorno depresivo no especificado incluyen:

Trastorno disfórico premenstrual: los síntomas como estado de ánimo deprimido ansiedad importante se presentaron en la última semana de la fase lútea y remiten a los pocos días del inicio de la menstruación.

Trastorno depresivo menor: episodios de síntomas depresivos con menos de cinco ítems exigidos para el trastorno depresivo mayor.

TRASTORNO BIPOLAR: Incluye a los trastornos bipolar I y II, la ciclotimia, los adolescentes con un Desorden Bipolar pueden sufrir cambios de humor continuos que fluctúan entre extremadamente altos (maníacos) y bajos (deprimidos). Los altos pueden alternar con los bajos, o la persona puede sentir Los dos extremos al mismo tiempo. El Desorden Bipolar usualmente comienza en la vida adulta. Aunque es menos común, puede ocurrir en la adolescencia y raras veces en la niñez. Esta enfermedad puede afectar a cualquiera. Sin embargo, si uno o ambos padres tienen un Desorden Bipolar, hay mayor probabilidad de que los hijos desarrollen el desorden. La historia familiar de abuso de drogas o de alcohol puede también estar asociada con el desorden bipolar en los adolescentes. Algunos de los síntomas incluyen:

- ✓ Cambios de humor severos en comparación a otros jóvenes de la misma edad y ambiente o sentirse demasiado contento, o reír mucho o estar demasiado irritable, enfadado agitado o agresivo.

- ✓ Altas poco realistas en la autoestima por ejemplo, el adolescente que se Siente todopoderoso como un superhéroe
- ✓ Aumento de energía y la habilidad de poder seguir durante días, sin dormir y sin sentirse cansado.
- ✓ Hablar excesivamente, el adolescente no deja de hablar, habla muy rápido, cambia de tema constante y no deja que lo interrumpan.
- ✓ Distracción, la atención del adolescente pasa de una cosa a otra constantemente.
- ✓ Comportamiento arriesgado repetitivo, tal como abuso de alcohol y drogas, el guiar temerario, descuidado y la promiscuidad sexual.

Materiales y Métodos

Tipo De Estudio

El presente trabajo de investigación es un estudio de tipo prospectivo descriptivo y transversal.

Tiempo

La ejecución de la presente investigación se realizó desde el 1 de Abril al 30 de Septiembre del 2013.

Lugar de Investigación

El lugar de investigación fue el Colegio Técnico Industrial Zumba del cantón Chinchipe, provincia de Zamora Chinchipe.

Universo

Fueron todos los estudiantes que asisten al colegio Técnico Industrial Zumba durante el periodo abril a septiembre del 2013

Muestra

Estuvo constituido por 300 estudiantes que cursan el ciclo diversificado.

Criterios de inclusión

1. Entraron al proceso investigativo todos/as; los/las; adolescentes que se encuentran cursando el ciclo diversificado, en edades comprendidas entre 14 y 19 años respectivamente.
2. Los adolescentes que aceptaron colaborar en este estudio para obtener la información directa requerida.

Criterios de exclusión

1. Adolescentes que se encuentran cursando el ciclo diversificado cuya edad sea inferior a 14 años o mayor de 19 años.
2. Adolescentes con capacidades especiales (discapacidad visual y auditiva) ya que no se disponía de los test en braille.
3. Los adolescentes de otras instituciones educativas de la localidad.

Procedimientos y Técnicas

Para realizar la presente investigación se elaboró una solicitud de permiso al rector del Colegio Técnico Zumba con el fin de solicitar la autorización correspondiente para la aplicación de las encuestas. Se explicó a las estudiantes el tema y el porqué de la presente investigación, y se procedió a aplicar la encuesta (Consentimiento informado). Para la recolección de la Información se aplicó un instrumento de recolección de datos, el test de Beck, que consta de 21 ítems con 4 opciones de respuesta las mismas que tiene diferente puntaje logra determinar la presencia de síntomas de depresión en adolescentes y el grado de severidad de los mismos además se aplicó el test de Apgar familiar y soporte de amigos para establecer la función familiar y la relación con la presencia de síntomas depresivos.

Una vez recopilada la información se procedió a su tabulación y luego al análisis e interpretación; realizando la contrastación con estudios realizados en la ciudad de Loja y en otros países.

Además se realizó tablas y/o gráficos, para su lectura y representación, utilizando programas informáticos, como Microsoft Excel 2010 y Microsoft Word 2010. Finalmente se elaboró la discusión, las conclusiones y recomendaciones correspondientes. Y además se realizara la socialización de los resultados a las autoridades del plantel se dejó una copia de este trabajo investigativo en la biblioteca de la institución.

RESULTADOS

Tabla N°1: adolescentes distribuidos por edad del ciclo diversificado colegio técnico industrial Zumba

| ADOLESCENTES DISTRIBUIDOS POR EDAD | | |
|------------------------------------|------------|-------------|
| EDADES | FRECUENCIA | % |
| 14 años | 94 | 31% |
| 15 años | 45 | 15% |
| 16 años | 78 | 26% |
| 17 años | 44 | 15% |
| 18 años | 14 | 5% |
| 19 años | 25 | 8% |
| TOTAL | 300 | 100% |

Fuente: Encuesta

Autora: Cecibel del Cisne Calderón Calderón

Interpretación: La presente tabla muestra que la edad que mayor número de Adolescentes presentó fue la de 14 años, con un total de 94 adolescentes, que los ubica con un 31% del total, siendo mucho menor la edad de 18 años abarcando el 5% equivalente a 14 adolescentes respectivamente .

Tabla N°2 ADOLESCENTES DISTRIBUIDOS POR GENERO

| ADOLESCENTES DISTRIBUIDOS POR GÉNERO | | |
|--------------------------------------|------------|--------------|
| | FRECUENCIA | PORCENTAJE % |
| MASCULINO | 141 | 47 |
| FEMENINO | 159 | 53 |
| TOTAL | 300 | 100% |

Fuente: Encuesta

Autora: Cecibel del Cisne Calderón Calderón

Interpretación: Entre los adolescentes encuestados, encontramos que el 53% de ellos son de género femenino, que corresponde a 159 del total. El 47% restante es de género masculino que corresponde a 141 adolescentes.

Tabla N° 3: SINTOMAS DE DEPRESION DE ACUERDO AL GÉNERO

| Síntomas de depresión | GENERO FEMENINO | | GENERO MASCULINO | | Total |
|-------------------------------|-----------------|------------|------------------|------------|-------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje | |
| Tristeza | 54 | 59% | 38 | 41% | 92 |
| Pesimismo | 47 | 57% | 35 | 43% | 82 |
| Sensación de Fracaso | 41 | 55% | 34 | 45% | 75 |
| Insatisfacción | 79 | 56% | 47 | 44% | 126 |
| Culpa | 70 | 56% | 55 | 44% | 125 |
| Expectativas de Castigo | 68 | 59% | 48 | 41% | 116 |
| Autodesprecio | 48 | 59% | 34 | 41% | 82 |
| Autoacusación | 51 | 55% | 42 | 45% | 93 |
| Ideas suicidas | 48 | 55% | 40 | 45% | 88 |
| Episodios de llanto | 55 | 58% | 40 | 42% | 95 |
| Irritabilidad | 45 | 56% | 36 | 44% | 81 |
| Retirada Social | 59 | 55% | 48 | 45% | 107 |
| Indecisión | 57 | 56% | 45 | 44% | 102 |
| Cambios en la Imagen Corporal | 36 | 49% | 37 | 51% | 73 |
| Enlentecimiento | 77 | 58% | 55 | 42% | 132 |
| Insomnio | 77 | 61% | 50 | 39% | 127 |
| Fatigabilidad | 70 | 52% | 64 | 48% | 134 |
| Pérdida del Apetito | 73 | 57% | 56 | 43% | 129 |
| Pérdida de Peso | 51 | 58% | 37 | 42% | 88 |
| Preocupaciones Somáticas | 71 | 53% | 62 | 47% | 133 |
| Bajo nivel de Energía | 42 | 51% | 40 | 49% | 82 |
| Asintomático | 23 | 52% | 21 | 48% | 44 |

Fuente: Encuesta

Autora: Cecibel del Cisne Calderón Calderón

Interpretación: Entre los síntomas de depresión más frecuentes tenemos :fatigabilidad con una frecuencia de 134 adolescentes , de los cuales el 52%(70) son de género femenino y el 48% (64) de género masculino, a continuación preocupaciones somáticas que se presenta en 133 estudiantes distribuidos en 53%(71) del género femenino y 47%(62) del género masculino, En tercer lugar enlentecimiento con una frecuencia de 132 de los cuales el 58%(77) pertenece al género femenino y el 42%(55) es de género masculino, entre los síntomas que se presentan en menor frecuencia están irritabilidad en 81 estudiantes de los cuales el 56%(45) es de género femenino y 44%(36) del género masculino ,sensación de fracaso en 75 estudiantes con el 55%(41) del género femenino y el 45%(34) pertenece al género masculino y por ultimo cambios en la imagen corporal con una frecuencia de 73 adolescentes repartidos en 49%(36) del género femenino y el 51%(37) del género masculino.

Tabla N°4: Frecuencia de depresión en Los adolescentes del colegio técnico industrial Zumba

| FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES | | |
|--|-------------------|-------------------|
| | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
| NO DEPRESIÓN | 187 | 62% |
| DEPRESIÓN | 113 | 38% |
| TOTAL | 300 | 100% |

Fuente: Encuesta
Autora: Cecibel del Cisne Calderón Calderón

Interpretación: Del total de estudiantes encuestados se determinó que 113 adolescentes que corresponden al 38% presentan depresión y 187 con el 62% no presentan esta patología.

.Tabla N°5: Adolescentes con depresión distribuidos por género.

| ADOLESCENTES CON DEPRESION DISTRIBUIDOS POR GÉNERO | | |
|---|-------------------|-------------------|
| GÉNERO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
| MASCULINO | 46 | 41% |
| FEMENINO | 67 | 59% |
| TOTAL | 113 | 100% |

Fuente: Encuesta
Autora: Cecibel del Cisne Calderón Calderón

Interpretación: De los adolescentes encuestados que presentan depresión el 59% que corresponde a 67 adolescentes son de género femenino, mientras que el 41% son de género masculino y representa a 46 adolescentes respectivamente.

Tabla N°6: Tipos de depresión en los adolescentes encuestados del colegio técnico Zumba

| TIPOS DE DEPRESIÓN EN LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO TECNICO ZUMBA | | |
|---|-------------------|-------------------|
| | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
| LEVE | 41 | 36% |
| INTERMITENTE | 18 | 16% |
| MODERADA | 32 | 28% |
| GRAVE | 18 | 16% |
| EXTREMA | 4 | 4% |
| TOTAL | 113 | 100% |

Fuente: Encuesta
Autora: Cecibel del Cisne Calderón Calderón

Interpretación: Entre los tipos de depresión en los adolescentes, encuestados encontramos: Leve Perturbación del Estado de Ánimo en el 36% que está representando a 41 de ellos. El 28% representando 32 adolescentes mantiene un Estado de Depresión Moderada. En menores frecuencias tenemos a la Depresión Grave e Intermitente con el 16% en ambos casos representando a 18 adolescentes, para la 1ra y 18 adolescentes para la 2da, finalmente con el 4% la Depresión extrema que representa a 4 adolescentes.

Tabla N. 7: Funcionalidad familiar en los adolescentes encuestados del colegio técnico Zumba

| FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LOS ADOLESCENTES ENCUESTADOS | | |
|--|------------|------------|
| FUNCIÓN FAMILIAR | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
| BUENA FUNCION | 94 | 31% |
| LEVE DISFUNCION | 113 | 38% |
| DISFUNCION MODERADA | 54 | 18% |
| DISFUNCION SEVERA | 39 | 13% |
| TOTAL | 300 | 100% |

Fuente: Encuesta

Autora: Cecibel del Cisne Calderón Calderón

Interpretación: En la evaluación de la función familiar, las familias de los adolescentes con una buena función familiar corresponden al 31% equivalente a 94 adolescentes, la disfunción familiar leve ocupa el 38% que corresponde a 113 adolescentes respectivamente. El 18% de los adolescentes, mantienen una disfunción familiar moderada que corresponde a 54 estudiantes. Y 39 adolescentes con el 13% presentan una disfunción familiar severa.

Tabla N°8: Soporte de Amigos de los adolescentes encuestados del colegio Técnico Industrial “Zumba”

| SOPORTE DE AMIGOS | | |
|-------------------|------------|------------|
| | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
| BUENO | 144 | 48% |
| REGULAR | 122 | 41% |
| MALO | 34 | 11% |
| TOTAL | 300 | 100% |

Fuente: Encuesta

Autora: Cecibel del Cisne Calderón Calderón

Interpretación: En la presente tabla podemos observar que 144 adolescentes que corresponde al 48% mantiene un buen soporte de amigos. El 41%, que representa a 122 de ellos tiene un soporte de amigos regular. Y en un menor porcentaje del 11%, y con una frecuencia de 34 adolescentes encontramos un soporte de amigos malo.

Tabla N°9: Disfunción familiar en adolescentes con depresión leve distribuidos por género del colegio técnico “Zumba”

| DISFUNCION FAMILIAR EN ADOLESCENTES CON DEPRESION LEVE DISTRIBUIDOS POR GENERO | | | | | | |
|---|------------------------|-------------------|-------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| FUNCION FAMILIAR | GENERO FEMENINO | | GENERO MASCULINO | | TOTAL | |
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | porcentaje |
| BUENA FUNCION | 4 | 44% | 5 | 56% | 9 | 100% |
| DISFUNCION LEVE | 11 | 73% | 4 | 27% | 15 | 100% |
| DISFUNCION MODERADA | 5 | 63% | 3 | 37% | 8 | 100% |
| DISFUNCION SEVERA | 6 | 67% | 3 | 33% | 9 | 100% |

Fuente: Encuesta
 Autora: Cecibel del Cisne Calderón Calderón

Interpretación: los adolescentes con depresión leve que presentan leve disfunción familiar representan el 73% al género femenino equivalente a 11 estudiantes. En tanto que el género masculino presenta un 27% correspondiente a 4 adolescentes. Siguiéndole en orden la disfunción familiar moderada con el 63% de género femenino que representa a 5 adolescentes contrastando con el género masculino con el 37% con una frecuencia de 3 adolescentes. Disfunción familiar severa se encontró en un 67% de las adolescentes de género femenino que abarca a 6 estudiantes, en menor porcentaje el género masculino presentó un 33% que equivale a 3 adolescentes Buena función familiar. En el 56% de los varones con una frecuencia de 5, y el 44% de las adolescentes de género femenino que es igual a 4 estudiantes.

Tabla N°10: Disfunción Familiar en adolescentes con depresión intermitente distribuidos por género del colegio técnico “Zumba”

| DISFUNCION FAMILIAR EN ADOLESCENTES CON DEPRESION INTERMITENTE DISTRIBUIDOS POR GENERO | | | | | | |
|---|------------------------|-------------------|-------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| FUNCION FAMILIAR | GENERO FEMENINO | | GENERO MASCULINO | | TOTAL | |
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | porcentaje |
| BUENA FUNCION | 2 | 40% | 3 | 60% | 5 | 100% |
| DISFUNCION LEVE | 3 | 75% | 1 | 25% | 4 | 100% |
| DISFUNCION MODERADA | 2 | 67% | 1 | 33% | 3 | 100% |
| DISFUNCION SEVERA | 4 | 67% | 2 | 33% | 6 | 100% |

Fuente: Encuesta
 Autora: Cecibel del Cisne Calderón Calderón

Interpretación: los adolescentes encuestados con depresión intermitente comparten igual porcentaje, entre la disfunción familiar severa representan 67% al género femenino equivalente a 4 estudiantes .En tanto que el género masculino presenta un 33% correspondiente a 2 adolescentes. Y la disfunción familiar moderada con un 67% de las adolescentes de género femenino que representa a 2 estudiantes, y el género masculino presento un 33% que equivale a 1 adolescente. En tanto que disfunción familiar leve con el 75% de género femenino abarca 3 adolescentes contrastando con el género masculino con el 25% con una frecuencia de 1 adolescente. Buena función familiar en el 60% de los varones con una frecuencia de 3, y el 40% de las adolescentes de género femenino que es equivalente a 2 estudiantes.

Tabla N°11: Disfunción familiar en adolescentes con depresión moderada distribuidos por género del colegio técnico “Zumba”

| DISFUNCION FAMILIAR EN ADOLESCENTES CON DEPRESION MODERADA DISTRIBUIDOS POR GENERO | | | | | | |
|--|-----------------|------------|------------------|------------|------------|------------|
| FUNCION FAMILIAR | GENERO FEMENINO | | GENERO MASCULINO | | TOTAL | |
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | porcentaje |
| BUENA FUNCION | 1 | 13% | 7 | 87% | 8 | 100% |
| DISFUNCION LEVE | 5 | 71% | 2 | 29% | 7 | 100% |
| DISFUNCION MODERADA | 6 | 50% | 6 | 50% | 12 | 100% |
| DISFUNCION SEVERA | 3 | 60% | 2 | 40% | 5 | 100% |

Fuente: Encuesta

Autora: Cecibel del Cisne Calderón Calderón

Interpretación: De los adolescentes encuestados con depresión moderada presentan disfunción familiar leve con el 71% de género femenino que representa a 5 adolescentes, comparando con el género masculino con el 29% con una frecuencia de 2 adolescentes. Disfunción familiar moderada 50% de las adolescentes del género femenino equivalente a 6 estudiantes .Y el género masculino presenta un 50% correspondiente a 6 adolescentes, disfunción familiar severa se encontró en un 60% de las adolescentes de género femenino que representa a 3 estudiantes, el género masculino presento un 40% que equivale a 2 adolescente y finalmente buena funcionalidad familiar. En el 87% de los varones con una frecuencia de 7, y el 13% de las adolescentes de género femenino que es equivalente a 1 adolescente.

Tabla N°12: Disfunción Familiar en adolescentes con depresión Severa distribuidos por género del colegio técnico “Zumba”

| DISFUNCION FAMILIAR EN ADOLESCENTES CON DEPRESION SEVERA DISTRIBUIDOS POR GENERO | | | | | | |
|--|-----------------|------------|------------------|------------|------------|------------|
| FUNCION FAMILIAR | GENERO FEMENINO | | GENERO MASCULINO | | TOTAL | |
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | porcentaje |
| BUENA FUNCION | 1 | 50% | 1 | 50% | 2 | 100% |
| DISFUNCION LEVE | 6 | 67% | 3 | 33% | 9 | 100% |
| DISFUNCION MODERADA | 1 | 100% | 0 | 0% | 1 | 100% |
| DISFUNCION SEVERA | 5 | 83% | 1 | 17% | 6 | 100% |

Fuente: Encuesta
 Autora: Cecibel del Cisne Calderón Calderón

Interpretación: De los adolescentes con depresión severa presentan disfunción familiar leve un 67% del género femenino correspondiente a 6 adolescentes ,33% de los adolescentes del género masculino que representa a 3 estudiantes. A continuación la disfunción familiar moderada se encontró en un 100% de las adolescentes de género femenino que representa a 1 estudiantes, el género masculino no presento ningún caso. Disfunción familiar severa con el 83% de género femenino que representa a 5 adolescentes comparando con el género masculino con el 17% con una frecuencia de 1 adolescentes. Buena función familiar. En el 50% de los varones con una frecuencia de 1, y el 50% de las adolescentes de género femenino que es equivalente a 1 adolescente respectivamente.

Tabla N°13: Disfunción Familiar en adolescentes con depresión Extrema distribuidos por género del colegio técnico “Zumba”

| DISFUNCION FAMILIAR EN ADOLESCENTES CON DEPRESION EXTREMA DISTRIBUIDOS POR GENERO | | | | | | |
|---|-----------------|------------|------------------|------------|------------|------------|
| FUNCION FAMILIAR | GENERO FEMENINO | | GENERO MASCULINO | | TOTAL | |
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | porcentaje |
| BUENA FUNCION | 1 | 100% | 0 | 0% | 1 | 100% |
| DISFUNCION LEVE | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 100% |
| DISFUNCION MODERADA | 0 | 0% | 1 | 100% | 1 | 100% |
| DISFUNCION SEVERA | 1 | 50% | 1 | 50% | 2 | 100% |

Fuente: Encuesta
 Autora: Cecibel del Cisne Calderón Calderón

Interpretación: Entre los adolescentes con depresión extrema presentan disfunción familiar severa un 50% de los adolescentes del género masculino que representa a 1 adolescente. En igual porcentaje el género femenino presenta el 50% correspondiente a una adolescente. Continuando la disfunción familiar moderada con tan solo un caso de género masculino que representa un 100% respectivamente. Y finalmente buena función familiar. Presenta una estudiante con depresión extrema del género femenino.

Tabla N°14: Soporte de Amigos en adolescentes con depresión Leve distribuidos por género del colegio técnico “Zumba”

| SOPORTE DE AMIGOS DE LOS ADOLESCENTES CON DEPRESION LEVE DISTRIBUIDOS POR GENERO | | | | | | |
|---|------------------------|------------|-------------------------|------------|--------------|------------|
| SOPORTE DE AMIGOS | GENERO FEMENINO | | GENERO MASCULINO | | TOTAL | |
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | porcentaje |
| BUENO | 11 | 65% | 6 | 35% | 17 | 100% |
| MALO | 5 | 71% | 2 | 29% | 7 | 100% |
| REGULAR | 10 | 59% | 7 | 41% | 17 | 100% |

Fuente: Encuesta

Autora: Cecibel del Cisne Calderón Calderón

Interpretación: En los adolescentes con depresión leve mantienen un buen soporte de amigos el 65% de los adolescentes del género femenino que representa a 11 adolescentes. En tanto el género masculino presenta el 35% correspondiente a 6 Adolescentes. Mantienen un soporte regular el 59% del género femenino que representa a 10 personas respectivamente. En cambio el género masculino con el 41% equivalente a 7 adolescentes respectivamente y finalmente mal soporte de amigos lo presenta el 71% del género femenino con una frecuencia de 5 adolescentes, y un 29% del género masculino que equivale a 2 estudiantes con depresión Leve.

Tabla N°15: Soporte de amigos en adolescentes con depresión intermitente distribuidos por género del colegio técnico “Zumba”

| SOPORTE DE AMIGOS DE LOS ADOLESCENTES CON DEPRESION INTERMITENTE DISTRIBUIDOS POR GENERO | | | | | | |
|--|-----------------|------------|------------------|------------|------------|------------|
| SOPORTE DE AMIGOS | GENERO FEMENINO | | GENERO MASCULINO | | TOTAL | |
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | porcentaje |
| BUENO | 5 | 63% | 3 | 37% | 8 | 100% |
| MALO | 2 | 67% | 1 | 33% | 3 | 100% |
| REGULAR | 4 | 57% | 3 | 43% | 7 | 100% |

Fuente: Encuesta
 Autora: Cecibel del Cisne Calderón Calderón

Interpretación: En el caso de la depresión intermitente presentan un buen soporte de amigos el 63% de los adolescentes del género femenino que representa a 5 adolescentes. Mientras que el género masculino presenta el 37% correspondiente a 3 adolescentes. Mantienen un soporte regular el 43% de género masculino que representa a 3 personas respectivamente. Y el 57% del género femenino con una frecuencia de 4 adolescentes Y mal soporte de amigos lo presenta el 67% del género femenino con una frecuencia de 2 adolescentes, y un 33% del género masculino que equivale a 1 estudiante.

Tabla N°16: Soporte de amigos en adolescentes con depresión moderada distribuidos por género del colegio técnico “Zumba”

| SOPORTE DE AMIGOS DE LOS ADOLESCENTES CON DEPRESION MODERADA DISTRIBUIDOS POR GENERO | | | | | | |
|--|-----------------|------------|------------------|------------|------------|------------|
| SOPORTE DE AMIGOS | GENERO FEMENINO | | GENERO MASCULINO | | TOTAL | |
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | porcentaje |
| BUENO | 7 | 50% | 7 | 50% | 14 | 100% |
| MALO | 2 | 33% | 4 | 67% | 6 | 100% |
| REGULAR | 6 | 50% | 6 | 50% | 12 | 100% |

Fuente: Encuesta
 Autora: Cecibel del Cisne Calderón Calderón

Interpretación: En el soporte de amigos de los Adolescentes con depresión moderada. Se distribuye en igual proporción en un buen soporte con el 50% de los adolescentes del género femenino que representa a 7 mujeres. Mientras que el género masculino presenta el 50% correspondiente a 7 adolescentes. En similar situación los adolescentes mantienen un soporte regular el 50% de género femenino que representa a 6 personas respectivamente. Y el 50% del género masculino con una frecuencia de 6 adolescentes, mal soporte de amigos lo presenta el 67% del género masculino con una frecuencia de 4 adolescentes, y un 33% del género femenino que equivale a 2 estudiantes.

Tabla N°17: Soporte de amigos en adolescentes con depresión severa distribuidos por género del colegio técnico “Zumba”

| SOPORTE DE AMIGOS DE LOS ADOLESCENTES CON DEPRESION SEVERA DISTRIBUIDOS POR GENERO | | | | | | |
|--|-----------------|------------|------------------|------------|------------|------------|
| SOPORTE DE AMIGOS | GENERO FEMENINO | | GENERO MASCULINO | | TOTAL | |
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | porcentaje |
| BUENO | 3 | 60% | 2 | 40% | 5 | 100% |
| MALO | 4 | 67% | 2 | 33% | 6 | 100% |
| REGULAR | 6 | 86% | 1 | 14% | 7 | 100% |

Fuente: Encuesta

Autora: Cecibel del Cisne Calderón Calderón

Interpretación: El soporte de amigos de los adolescentes con depresión severa es bueno en el género femenino en el 60% correspondiente a 3 adolescentes, en un 40% de los adolescentes del género masculino que representa a 2 adolescentes. Mientras, mantienen un soporte regular el 86% de género femenino que representa a 6 personas respectivamente. Y el 14% del género masculino con una frecuencia de 1 adolescente, mal soporte de amigos presenta el 33% del género masculino con una frecuencia de 2 adolescentes, y un 67% del género femenino que equivale a 4 estudiantes.

Tabla N°18: Soporte de amigos en adolescentes con depresión extrema distribuidos por género del colegio técnico “Zumba”

| SOPORTE DE AMIGOS DE LOS ADOLESCENTES CON DEPRESION EXTREMA DISTRIBUIDOS POR GENERO | | | | | | |
|--|------------------------|------------|-------------------------|------------|--------------|------------|
| SOPORTE DE AMIGOS | GENERO FEMENINO | | GENERO MASCULINO | | TOTAL | |
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | porcentaje |
| BUENO | 1 | 50% | 1 | 50% | 2 | 100% |
| MALO | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 100% |
| REGULAR | 1 | 50% | 1 | 50% | 2 | 100% |

Fuente: Encuesta

Autora: Cecibel del Cisne Calderón Calderón

Interpretación: Los adolescentes con depresión extrema con un buen soporte de amigos representan el 50% tanto para el género femenino como el masculino. Sin embargo en igual similitud se presenta el soporte regular con 50% que en ambos géneros, y ningún caso de mal soporte

Discusión

De acuerdo a los datos obtenidos en la presente investigación realizada en el colegio técnico industrial Zumba en 300 adolescentes a los que se les aplicó el test de Beck y Apgar familiar , encontramos que el 38% de los estudiantes presentan disfunción familiar leve, un riesgo de depresión del 38% de la población estudiada, el género más afectado fue el género femenino con el 59%,mientras que el género masculino representa el 41% ,contrastando con un estudio realizado en la ciudad de Guayaquil en el pabellón de adolescentes del hospital psiquiátrico Lorenzo Ponce, durante el periodo 1 de enero del 2000 al 31 de enero del 2001, se revisó un total de 1045 historias clínicas de las cuales se obtuvo una muestra de 711 pacientes de los cuales 436 pertenecían a familias desestructuradas es decir un 61,5% el hallazgo más relevante fueron la suma de los diferentes trastornos depresivos con un 22,9%,el género más afectado fue el femenino con el 75%,mientras que el masculino represento el 25% es decir una relación de 3:1¹⁹que concuerda con este estudio el género más afectado es el femenino.

Otro estudio realizado en la ciudad de México en el centro de bachillerato llamado San Francisco del Rincón Guanajuato, en una muestra de 252 estudiantes, 53.2% del género masculino y 46.8% del femenino, se identificó depresión en 75 adolescentes (29.8%),de acuerdo al sexo, la depresión en mujeres fue de 42,4%, y en hombres 18,7%,entre los síntomas más frecuentes están aburrimiento en un 97,3%,no tener buenos resultados con las cosas que hacen 96%,pensar que los

¹⁹Morla Boloña Ricardo, Saad de Janon Emma, Saad Julia; Rev Col Psiqui 2006; XXXV(2). http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=37912&id_seccion=1783&id_ejemplar=3909&id_revista=115

días que vienen no serán agradables 94.7%, tener ganas de arrancar y escapar un 89.3%, entre los síntomas con menor porcentaje están retirada social y autodesprecio, con el 54% para cada caso, insomnio en un 52% fatigabilidad en un 51% y pérdida del apetito en un 48%, comparando con el presente estudio el síntoma que más se presenta en los adolescentes es fatigabilidad, de los cuales el 52% son de género femenino y el 48% de género masculino, preocupaciones somáticas con el 53% del género femenino y 47% del masculino, En tercer lugar enlentecimiento de los cuales el 58% pertenece al género femenino y el 42% es de género masculino, entre los síntomas que se presentan en menor frecuencia están irritabilidad, sensación de fracaso y cambios en la imagen corporal.

Se realizó un estudio en estado de Tlaxcala, México la muestra estuvo conformada por 342 estudiantes en edades comprendidas entre 11 y 16 años con una media de 13,4, el 52,6 son de género masculino y el 47,4 son mujeres el objetivo era estimar la relación entre depresión y conflictos familiares, para lo cual se aplicó el Inventario de depresión de Beck, para depresión y escala del clima social en la familia elaborada por Moos, es importante mencionar que se desechó 98 encuestas por valores no válidos, quedando 244 encuestas validas entre los resultados la mayoría de sujetos presentan un estado de depresión mínima, 52% mientras que el nivel de depresión leve en un 13,1%, el nivel de depresión moderada, fue de 18 % y el nivel de depresión severa fue de 16,8%. Del total de la muestra femenina el 48,4 se ubicó en el nivel de depresión mínima, el 10,8% en el leve, en el nivel moderado el 16,7% y en el severo el 16,7%, encontraron al 51% de los adolescentes en el sector urbano, mientras que el 53,4% en la zona rural se encuentran en el nivel de depresión mínima, mientras que el 15,6 % y el 9,7% de la zona urbana presentan depresión leve, en el nivel moderado 19,1% y 16,5% de los estudiantes de la zona rurales y urbanas, respectivamente mientras que 18% de urbanas y 23,1% de rurales, puntuaron en el nivel de depresión severa. Respecto a la distribución de los estudiantes en los niveles de conflicto familiar; la mayoría de la población femenina (62%) se ubica en el nivel moderado, mientras

que el 16,3% se ubica en el nivel leve, y el 21.7% en el nivel alto; En el caso de los varones el 63,3% se ubica en el conflicto moderado, el 17,7% en el nivel bajo, y el 19% en el nivel de categoría alta en la percepción de conflictos familiares²⁰.

Contrastando nuestro estudio con otro, no muy distante de nuestra realidad tenemos un estudio realizado en el colegio tecnológico Daniel Álvarez Burneo de la ciudad de Loja durante el periodo abril-mayo 2012, cuyos resultados establecen en los adolescentes a los que se les aplicó el test de Beck encontramos: con respecto a la presencia de depresión de acuerdo al género los resultados son 58% para el género masculino, y el género femenino con el 42% , de los adolescentes con leve perturbación del estado de ánimo existe un porcentaje del 20%, el estado de depresión intermitente en un 9.2%, la depresión moderada con 8.9%, en tanto que la depresión grave es de un 4%. Comparando con la presente investigación ,de los 113 adolescentes que presentaron algún tipo de depresión el 59% son de género femenino y el 41% pertenecen al género masculino, entre estos presentan depresión leve el 36% En 2do lugar está la depresión moderada con el 28%, ocupando el tercer lugar se encuentran la depresión intermitente y la depresión severa con un 16% para la 1ra y 16% para la 2da, y finalmente la depresión extrema con un 4% en esta última ambos estudios establecen el mismo porcentaje en depresión extrema.

²⁰Zúñiga, M. Ramírez B. Silva Rodríguez A. Coffin Cabrera Jiménez Universidad Nacional Autónoma de México; La relación entre Depresión y Conflictos Familiares en Adolescentes. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. Disponible en: <http://www.ijpsy.com/volumen9/num2/232/la-relacion-entre-depresion-y-conflictos-ES.pdf>

Conclusiones

- ✚ El 38% de los adolescentes encuestados presentan depresión, de estos adolescentes que presentan este tipo de trastorno, la más frecuente es la depresión leve con el 36%, distribuidos por género 63% son de género femenino y el 37% del género masculino de los cuales presentan, disfunción familiar leve en el 37% de los estudiantes, en cuanto al soporte de amigos comparten igual porcentaje entre bueno y regular con el 41 % para cada caso. Lo que nos indica que los adolescentes provenientes de hogares disfuncionales, y además no reciben un adecuado soporte por parte de sus iguales tienen más riesgo de presentar depresión.
- ✚ Entre los síntomas que se presentan con mayor frecuencia están: fatigabilidad, preocupaciones somáticas, y enlentecimiento de los cuales el género más afectado es el femenino, con el 52% en la 1ra, 53% en la 2da, 58% para la 3ra, entre los síntomas que se presentan con menor frecuencia están irritabilidad, sensación de fracaso, cambios en la imagen corporal, en todos los síntomas el género más afectado es el femenino.

- ✚ La mayoría de los hogares de los estudiantes del ciclo diversificado del colegio técnico Zumba, que mantienen una disfunción familiar leve ocupa el 38%. El 18% de los adolescentes mantienen una disfunción familiar moderada, y el 13% presentan una disfunción familiar severa. Buena función familiar se establece en el 31% de familias .En el soporte de amigos de los adolescentes el 48% mantiene un buen soporte de amigos. El 41%, tiene un soporte de amigos regular. Y en un menor porcentaje del 11% de adolescentes encontramos un soporte de amigos malo.
- ✚ Entre los tipos de depresión más frecuente en los adolescentes a los cuales se aplicó el test de Beck, encontramos: depresión leve en el 36% de los estudiantes encuestados. El 28% de adolescentes mantiene un estado de depresión moderada, en menores frecuencias tenemos a la depresión grave e intermitente con el 16% en ambos casos, finalmente con el 4% la depresión extrema.

Recomendaciones

- Fomentar el mejoramiento de la función familiar, estableciendo cada uno de los roles, de los miembros de la familia, y recalcar la importancia en la participación de cada uno en el mejoramiento de los lazos de afectividad, y la práctica de valores dentro del hogar, la, misma que influya positivamente en la formación de la personalidad de cada individuo durante la difícil etapa de la adolescencia.
- Realizar charlas, conferencias, paneles o mesas redondas en donde se traten temas que conciernen a la adolescencia como los trastornos del estado de ánimo, prevención del consumo de sustancias ilícitas, trastornos de la conducta alimentaria, y prevención del bullying, en donde se fortalezca la esfera psíquica y afectiva de los adolescentes.
- Fortalecer el departamento del DOBE, en el manejo y aplicación del test de Beck que colabore en la identificación de nuevos casos y a su vez, el orientador vocacional comunique a las autoridades pertinentes del plantel educativo, padres de familia, y a su vez realizar urgente interconsulta al médico especialista, para evitar la complicación más grave de la depresión que es la conducta suicida.

- Fomentar los valores y la espiritualidad en el hogar y en los centros educativos para mejorar la autoestima de los adolescentes.

- Crear programas educativos, donde se fomente la actividad deportiva, la realización de campeonatos internos en diferentes disciplinas donde se fomente la participación de todos los estudiantes, además la creación de talleres como de teatro, música, danza , pintura, artes plásticas, gastronomía , actividades manuales, y la realización de casa abierta donde se expongan estas actividades a los padres de familia y ciudadanía de este productivo cantón fronterizo , de la provincia de Zamora Chinchipe.

Bibliografía

1. Adolescencia una etapa Fundamental. Unicef .División de Comunicaciones.3 United Nations Plaza, H9-F.Nueva York NY 10017, USA; Correo electrónico: pubdoc@unicef.org. Sitio web:www.unicef.org
- 2.Adolescencia una época de oportunidades. Febrero 2011. Correo electrónico: pubdoc@unicef.org. Sitio web: www.unicef.org
3. Berger, K. (2004). Psicología del desarrollo. Infancia y Adolescencia. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, p. 431.Disponible en: <http://www.injuve.es/sites/default/files/9322-04.pdf>
4. Dr. Octavio A. Ayala Montie Subdirección de Servicios de Salud Gerencia de Prevención Médica Unidad de Promoción a la Salud. Disponible en: <http://www.serviciosmedicos.pemex.com/salud/adolescencia.pdf> /
5. Genep, A. (1986). Los ritos de paso. Madrid: Taurus. Disponible en <http://www.injuve.es/sites/default/files/9322-04.pdf>
6. Hall, S. (1904). Adolescence, Its Psychology and Its Relations to Physiology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, Religion and Educations, New York: Appleton. Disponible en: <http://www.injuve.es/sites/default/files/9322-04.pdf>
7. Gesell. A y Ames, L. B. (1956). Youth: The years from ten to sixteen. New York: Harper and Row. Disponible en: <http://www.injuve.es/sites/default/files/9322-04.pdf>

8. Aberastury y Knobel, 2002 .La Adolescencia Normal. Disponible en:
http://portalacademico.cch.unam.mx/materiales/prof/matdidac/sitpro/exp/psico/psico2/pscii/MD1/MD1-L/A/adolescencia_normal.pdf.

9. Pérez, S. Aliño, M. El concepto de adolescencia. Manual de prácticas clínicas para la Atención Integral a la salud en la Adolescencia. 1999. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252006000100009&script=sci_arttext&lng=e

10. Benítez Amanda; Zappa Jorge. Adolescencia Normal. Disponible en:
<http://med.unne.edu.ar/catedras/pedia2000/clases/adolescencia.pdf>

11. Ros R.; Morandl T; Cozzetti E.; Lewintal C.;C.Jhosep.;Joan C.; surís G. La Adolescencia: Consideraciones Biológicas, Psicológicas Y Sociales. Capítulo 1
Disponible en:
http://www.sec.es/area_cientifica/manuales_sec/salud_reproductiva/01%20Salud%20reproductiva%20e.pdf

12. Johnson, Sara B., et al., 'Adolescent Maturity and the Brain: The promise and pitfalls of neuroscience research in adolescent health policy', Journal of Adolescent Health, vol. 45, no. 3, septiembre de 2009, págs. 216–221; Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, Seen But Not Heard: Very young adolescents aged 10–14 years, ONUSIDA, Ginebra, 2004, págs. 7, 24. Disponible en:
<http://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/La-adolescencia-temprana-y-tardia.pdf>

13. Mancebo P, Contreras C, Morla E. Edad de la Menarquia en Niñas Dominicanas. Arch Dom Ped, 1990, 26: 7-1 t. Disponible en:
<http://www.bvs.org.do/revistas/adp/1998/34/03/adp-1998-34-03-76-82.pdf.pdf>

14. Musitu, G. y García, F. (2001). ESPA29. Escala de Estilos de Socialización Parental en la Adolescencia. Madrid: TEA. Disponible en:

http://www.uv.es/lisis/otras-publica/tesis_esther.pdf

15. Moreno, A. (1997). La adolescencia como tiempo de cambios. En J. A. García Madruga y P. Pardo de León (Eds.), *Psicología Evolutiva* (Vol. 2, pp. 258-283). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia. Disponible en:

http://www.uv.es/lisis/otras-publica/tesis_esther.pdf

16. Miembros grupo de trabajo de la GPC. Depresión en el Adulto. 09/07/2008- Guías Clínicas 2008; 8 (16). Disponible en www.fisterra.com/guias2/depresion.asp - 89k.

17. Seeley, J., Rohde, P., Lewinsohn, P., & Clarke, G. (2002). Depression in youth: Epidemiology, identification, and intervention. In M. Shinn, H. Walker, & G. Stoner (Eds.), *Interventions for academic and behavior problems II: Preventive and remedial approaches* (pp. 885–912). Bethesda, MD: Asociación Nacional de Psicólogos Escolares. ISBN: 0-932955-87-8. Disponible en:

http://www.nasponline.org/resources/principals/nasp_deprsp.pdf

18. Caspi A. Sugden. K, Moffitt .T. Taylor.A ,Craig IW. Harrington H .McClay J .Mill J.Martin J. Braithwaite A. Poulton R. Influence of life stress on depression: moderation by polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*.2003; 301(5631):386-389. Disponible en:<http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no49-2/RFM49208.pdf>

19. University of Iowa; Children's Hospital; Depresión en adolescentes; [acceso octubre 2013]; [1 p.]. Disponible en:
<http://www.uichildrens.org/Adam/?/Spanish+HIE+Multimedia/5/001518>.

20. Morla Boloña Ricardo, Saad de Janon Emma, Saad Julia; Rev Col Psiqui 2006; XXXV (2). Disponible en:
http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=37912&id_seccion=1783&id_ejemplar=3909&id_revista=115

21. Zúñiga, M. Ramírez B. Silva Rodríguez A. Coffin Cabrera Jiménez Universidad Nacional Autónoma de México; La relación entre Depresión y Conflictos Familiares en Adolescentes. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. Disponible en: <http://www.ijpsy.com/volumen9/num2/232/la-relacion-entre-depresion-y-conflictos-es.pdf>

Anexos



TEST DE BECK
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

Señor o señorita Estudiante sírvase en contestar las siguientes preguntas con sinceridad, las respuestas son de absoluta confidencialidad, los datos recolectados mediante este test servirán para la realización de la Tesis previo a la obtención del título en Medicina General; desde ya, agradezco su colaboración que contribuirá al logro de los objetivos de esta investigación.

Edad:..... .Genero: Masculino..... ().....

Femenino..... ().....

1. a. No me siento triste.
b. Me siento triste.
c. Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.
d. Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.

2. a. No me siento especialmente desanimado ante el futuro.
b. Me siento desanimado con respecto al futuro.
c. Siento que no tengo nada que esperar.
d. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.

3. a. No creo que sea un fracaso.
b. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
c. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
d. Creo que soy un fracaso absoluto como persona.

4. a. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
b. No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.
c. Ya no tengo verdadera satisfacción de nada.
d. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5. a. No me siento especialmente culpable.
b. No me siento culpable una buena parte del tiempo.
c. Me siento culpable casi siempre.
d. Me siento culpable siempre.

6. a. No creo que este siendo castigado.
b. Creo que puedo ser castigado.
c. Espero ser castigado.
d. Creo que estoy siendo castigado.

- 7. a. No me siento decepcionado de mí mismo.
- b. Me he decepcionado a mí mismo.
- c. Estoy disgustado conmigo mismo.
- d. Me odio.

- 8. a. No creo ser peor que los demás.
- b. Me critico por mis debilidades o errores.
- c. Me culpo siempre por mis errores.
- d. Me culpo de todo lo malo que sucede.

- 9. a. No pienso en matarme.
- b. Pienso en matarme, pero no lo haría.
- c. Me gustaría matarme.
- d. Me mataría si tuviera la oportunidad.

- 10. a. No lloro más de lo de costumbre.
- b. Ahora lloro más de lo que lo solía hacer.
- c. Ahora lloro todo el tiempo.
- d. Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.

- 11. a. Las cosas no me irritan más que de costumbre.
- b. Las cosas me irritan más que de costumbre
- c. Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.
- d. Ahora me siento irritado todo el tiempo.

- 12. a. No he perdido el interés por otras cosas.
- b. Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.
- c. He perdido casi todo el interés por otras personas.
- d. He perdido todo mi interés por otras personas.

- 13. a. Tomo decisiones casi siempre.
- b. Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.
- c. Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
- d. Ya no puedo tomar decisiones.

- 14.a. No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
- b. Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.
- c. Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.
- d. Creo que me veo feo.

- 15. a. Puedo trabajar tan bien como antes.
- b. Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.
- c. Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
- d. No puedo trabajar en absoluto.

- 16. a. Puedo dormir tan bien como antes.
- b. No puedo dormir tan bien como solía.
- c. Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta Mucho volver a dormir.
- d. Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.

17. a. No me canso más que de costumbre
b. Me canso más fácilmente que de costumbre.
c. Me canso sin hacer nada.
d. Estoy demasiado cansado como para hacer algo.

18. a. Mi apetito no es peor que de costumbre.
b. Mi apetito no es tan bueno como solía ser.
c. Mi apetito esta mucho peor ahora.
d. Ya no tengo apetito.

19. a. No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.
b. He rebajado más de dos kilos y medio.
c. He rebajado más de cinco kilos.
d. He rebajado más de siete kilos y medio.

20. a. No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
b. Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias Estomacales o estreñimiento.
c. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.
d. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna Otra cosa.

21. a. No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
b. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.
c. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
d. He perdido por completo el interés en el sexo.

Test de Apgar familiar y Soporte de Amigos

| 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 cómo en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas. | | | | | | |
| Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades. | | | | | | |
| Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor. | | | | | | |
| Me satisface como compartimos en mi familia: | | | | | | |
| • El tiempo para estar juntos. | | | | | | |
| • Los espacios en la casa. | | | | | | |
| • El dinero. | | | | | | |
| TABULACIÓN PUNTAJE | | | | | | |
| Tiene usted alguna persona, amiga o amigo cercanos, a quien pueda buscar cuando necesita ayuda? | | | | | | |
| Estoy satisfecho con el soporte que recibo de mis amigos? | | | | | | |

Puntuación

- 0: Nunca
- 1: Casi n nunca
- 2: Algunas veces
- 3. Casi siempre
- 4: Siempre

| Función | Puntaje |
|-------------------------------------|-----------|
| <i>Buena función familiar</i> | 18 - 20 |
| <i>Disfunción familiar leve</i> | 14 - 17 |
| <i>Disfunción familiar moderada</i> | 10 - 13 |
| <i>Disfunción familiar severa</i> | 9 o menos |

Índice General

| | |
|------------------------|----|
| Titulo | 1 |
| Resumen | 2 |
| Summary | 4 |
| Introducción | 6 |
| Revisión de Literatura | 9 |
| Materiales y Métodos | 39 |
| Resultados | 42 |
| Discusión | 58 |
| Conclusiones | 61 |
| Recomendaciones | 63 |
| Bibliografía | 65 |
| Anexos | 69 |