



Universidad de Cuenca
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Enfermería

**DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN
EN LOS ADOLESCENTES DEL CICLO DIVERSIFICADO EN LA
UNIDAD EDUCATIVA HERLINDA TORAL. CUENCA 2014**

Tesis previo a la obtención del
Título de licenciada en Enfermería.

Autoras

Adriana Monserrath Rivera Rodas
Sonia Beatriz Sánchez Tapia

Directora

Mgt. Aydee Narcisa Angulo Rosero

Asesora

Mgt. Dolores Amparito Rodríguez Sánchez

CUENCA – ECUADOR
2014

RESUMEN

Antecedentes: La disfunción familiar influye en la presencia de depresión en la adolescencia. La depresión en la adolescencia es más frecuente en paciente provenientes de familias disfuncionales que en aquellos con límites familiares claros, razón por la que ésta investigación se centró en buscar estadísticas que permitan determinar su relación con la depresión en los adolescentes, siendo esta también una patología muy frecuente ya en nuestro medio que está afectando a la población.

El estudio se enfoca en la relación entre la disfuncionalidad familiar y la depresión en adolescentes que se efectuó en una muestra de 200 adolescentes, entre 14 y 18 años, de ambos sexos que asisten a la Unidad Educativa Herlinda Toral.

Objetivo: Determinar la disfuncionalidad familiar y su relación con la depresión en los adolescentes del ciclo diversificado en la Unidad Educativa Herlinda Toral. Cuenca 2014

Materiales y métodos: La siguiente investigación es de tipo cuantitativa descriptiva. Se trabajó con un universo finito con un marco muestral por selección, como consiguiente se utilizó la técnica de entrevista individual por medio de los siguientes instrumentos, formulario, Apgar familiar y el test de Hamilton los datos se procesaron a través del programa SPSS 15.0 y Excel 2010 los cuáles fueron procesados en tablas simples analizadas con estadística descriptiva.

Resultados esperados: Se determinó que en los adolescentes que participaron en la investigación un 48,5% presentan relación entre la disfuncionalidad familiar y la depresión, el 50% de adolescentes presentan disfuncionalidad familiar entre las edades de 14 -16 años, el 65,5% de sexo femenino presentaron disfuncionalidad familiar, el 43,5% de entre 14-16 años presentaron depresión y el 60% de sexo femenino presento depresión en la Unidad Educativa “Herlinda toral”.

Palabras claves: DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR, RELACIONES FAMILIARES, DEPRESIÓN, ADOLESCENCIA.INSTITUCIONES ACADEMICAS, CUENCA-ECUADOR

Abstract

Background: Family dysfunction influences the presence of depression in adolescence. Depression in adolescence is more common in patients from dysfunctional families than in those with clear family boundaries, why this research is focused on finding statistics to determine its relationship with depression in adolescents, this also being a pathology very common in our environment and that is affecting the population.

Objective: The study focuses on the relationship between family dysfunction and depression in adolescents was conducted in a sample of 200 adolescents, aged 14 to 18 years, of both sexes attending High School Herlinda Toral

Determine the family dysfunction and its relationship to depression in adolescent's diversified Herlinda Toral Education Unit cycle. Cuenca 2014

Materials and methods: The following research is descriptive quantitative type. We worked with a finite universe with a sampling frame for selection, as therefore the technique of individual interview was used by means of the following instruments, forms, family Apgar and Hamilton test data were processed through SPSS 15.0 and Excel 2010, which were processed in simple tables analyzed with descriptive statistics.

Expected Results: It was found that in adolescents who participated in the study 48.5% present relationship between family dysfunction and depression, 50% of adolescents have family dysfunction between the ages of 14 -16 years, 65.5 % female presented family dysfunction, 43.5% among 14-16 years had depression and 60% female present depression in the Educational Unit "Herlinda Toral".

Keywords: FAMILY DYSFUNCTION, FAMILY RELATIONS, DEPRESSION, ADOLESCENCIA. INSTITUCIONES ACADEMIC,

Índice

RESUMEN	1
Abstract	2
CAPITULO I	12
1.1 INTRODUCCIÓN	12
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.3 JUSTIFICACIÓN	16
CAPITULO II	17
2. MARCO TEÓRICO	17
2.1 Funcionalidad familiar	17
2.1.1 Definición	17
2.1.2 Características de la familia disfuncional	17
2.2 Disfuncionalidad familiar	17
2.2.1 Concepto.....	17
2.2.2 Causas de una familia disfuncional.....	18
2.2.3 Consecuencias de la disfuncionalidad familiar	19
2.3 Adolescencia	20
2.3.1 Definición	20
2.4 Depresión	20
2.5 Depresión en la Adolescencia	21
2.5.1 Causas de la depresión en adolescentes	22
2.5.2 Consecuencias de la depresión en el adolescente.....	23
2.5.3 Síntomas de la depresión en la adolescencia	23
2.6 Relación entre la disfuncionalidad familiar y la depresión en los adolescentes.	24
2.7 Estudios internacionales	26
2.8 Estudios Nacionales.....	27
2.9 Estudios locales	27
2.10Apgar familiar	28
2.10.1 Componentes que valora el Apgar familiar	28
2.10.2 Como se califica el Apgar familiar	29
2.11 Test de Hamilton para depresión.....	29
2.11.1 Componentes que valora el test de Hamilton.....	29
2.11.2 Como se califica el Test de Hamilton	30
CAPITULO III	32
3. OBJETIVOS	32
3.1 Objetivo General	32
3.2 Objetivos Específicos	32
CAPITULO IV	33
4. DISEÑO METODOLÓGICO	33
4.1 Tipo de estudio.....	33



4.2 Área de estudio	33
4.3 Universo	33
4.4 Variables.....	34
4.5 Variables y Operacionalización.....	34
4.6 Métodos, técnicas e instrumentos para la recolección de información	36
4.7 Plan de tabulación y análisis.....	36
4.8 Consideraciones éticas	37
CAPITULO V	38
5. Resultados	38
CAPITULO VI	73
6. Conclusiones y Recomendaciones.....	73
6.1 Conclusiones	73
6.2 Recomendaciones.....	75
CAPITULO VII	76
7. Referencias bibliográficas.....	76
CAPITULO VIII	84
8. ANEXOS	84
8.1 Consentimiento informado	84
8.2 Asentimiento informado	84
8.3 Formulario	86
8.4 Apgar Familiar	87
8.5 Test de Hamilton	88



Yo, Adriana Monserrath Rivera Rodas, autora de la tesis "Disfuncionalidad familiar y su relación con la depresión en los adolescentes del ciclo diversificado en la Unidad Educativa Herlinda Toral. Cuenca 2014", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 3 de octubre de 2014

Adriana Monserrath Rivera Rodas

C.I: 0105477970



Yo, Sonia Beatriz Sánchez Tapia, autora de la tesis "Disfuncionalidad familiar y su relación con la depresión en los adolescentes del ciclo diversificado en la Unidad Educativa Herlinda Toral. Cuenca 2014", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 3 de octubre de 2014

Sonia Beatriz Sánchez Tapia

C.I: 0104889159



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

Yo, Adriana Monserrath Rivera Rodas, autora de la tesis “Disfuncionalidad familiar y su relación con la depresión en los adolescentes del ciclo diversificado en la Unidad Educativa Herlinda Toral. Cuenca 2014” certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 3 de octubre de 2014

Adriana Monserrath Rivera Rodas

C.I: 0105477970



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

Yo, Sonia Beatriz Sánchez Tapia, autora de la tesis "Disfuncionalidad familiar y su relación con la depresión en los adolescentes del ciclo diversificado en la Unidad Educativa Herlinda Toral. Cuenca 2014" certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 3 de octubre de 2014

Sonia Beatriz Sánchez Tapia

C.I: 0105477970



DEDICATORIA

Este trabajo de tesis mi madre, por ser la fortaleza para seguir delante en este camino dándome todo su apoyo a las docentes de la escuela de enfermería en especial a la licenciada Saida Garate quien me brindó su apoyo incondicional y estuvo pendiente de mí en todo este camino de mi formación profesional y supo guiarme con su buen ejemplo, a mi amiga y compañera de tesis Sonia con la que tuvimos muchas alegrías y tristezas en este arduo camino.

A mi abuelito que siempre está conmigo en mis logros y tropiezos.

Adriana Monserrath Rivera Rodas



DEDICATORIA

Dedico esta tesis en primer lugar a Dios y a la Virgen de la Nube, por guíanos estos años de estudio y por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarlo cada día más

A mis padres por haberme apoyado para lograr mis objetivos con éxito, por ser las personas que me ha acompañado durante todo mi trayecto estudiantil y de vida.

A mi compañera de tesis, Adriana, porque siempre hemos estado juntas, apoyándonos, animándonos.

Sonia Beatriz Sánchez Tapia

AGRADECIMIENTO

Nuestro agradecimiento en primer lugar a Dios y a nuestros padres que nos han brindado su apoyo han estado con nosotras da tras día durante todo este proceso y nos permitieron alcanzar con sus consejos poco a poco nuestra metas.

A la Lcda. Aydee Angulo Directora de nuestra tesis su colaboración en la Dirección de esta tesis, desde el inicio de su este largo y difícil camino.

A la Lcda. Amparito Rodríguez por apoyo, sus consejos y por su ayuda y por habernos extendido su mano sin condición luego de varios tropiezos y negativas recibidas.

A los docentes de la Unidad Educativa “Herlinda Toral en especial al Licenciado Gonzalo Jaramillo Rector y Licenciado Edguitar Cárdenas quienes apoyaron para que este estudio fuera realizado”

CAPITULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

Hoy en día, el hablar sobre una buena o mala funcionalidad familiar y cómo influye en el estado de ánimo de los adolescentes, se ha convertido en un tema de gran interés, sabiendo que para que exista una armonía familiar no es necesario que esta sea de tipo nuclear o mononuclear. Esta relación se ve altamente vinculada por cuanto al existir una disfuncionalidad en la familia el adolescente puede presentar alteraciones en su estado de ánimo pudiendo llevarlo a una depresión generada por pensamientos de negatividad hacia su familia.

La familia es la célula básica de la sociedad compuesta por personas adultas que educan a los menores de edad brindándoles pautas y recursos para crecer y explorar el mundo desde la infancia con la finalidad de poder ser autónomos e interactuar en el mundo a medida que se hagan adultos.

Es la familia la que desempeña un rol muy importante para el adolescente, ya que ella es la experiencia de la vida familiar lo que constituye y da las condiciones para el desarrollo.

La adolescencia es una etapa de importantes y significativos cambios, que coincide con un momento también especial en la vida de los padres, haciendo que sea un periodo de singular inestabilidad en la dinámica familiar, sin embargo se debe tomar esta etapa de manera natural.

Cuando dicha etapa está influenciada por situaciones que crean inestabilidad al adolescente como el divorcio, la violencia familiar, entre otros puede desencadenar síntomas de ansiedad, inseguridad y/o depresión en diversos niveles.

Acompañado de la disfuncionalidad familiar en nuestros jóvenes aparece la depresión que es un trastorno que puede presentarse en la adolescencia y que dificulta la capacidad del joven para seguir con su rutina diaria y quiebra los cimientos de su relación con familiares y amigos. Por ello, es



importante que los padres de los adolescentes estén atentos y puedan detectar signos de un posible estado depresivo en sus hijos. Estos pueden resultar difíciles de diferenciar de los habituales altibajos anímicos, presentes y normales en dicha etapa evolutiva.

La presente investigación se enfoca en la relación que tiene la disfuncionalidad familiar con la presencia de la depresión en los adolescentes, para así, poder aportar con mayor información y poder llegar a una conclusión más clara sobre esta problemática en los adolescentes.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La presente investigación se dirigió al estudio de la disfuncionalidad de las familias de los adolescentes que cursan la educación secundaria bachillerato y la relación de la misma con el desencadenamiento de una depresión en los /as estudiantes.

La disfuncionalidad familiar es una causa importante para que se produzca la depresión en los adolescentes, que presentan muchos factores que pueden incidir en el comportamiento de dichos jóvenes que pueden con llevar al suicidio.

El nivel de educación de los padres, el entorno socioeconómico, el inadecuado nivel de estructuración y organización de la vida familiar, poca valoración y desconocimiento del esfuerzo personal, mayor presencia de los problemas emocionales familiares, maltrato familiar, frecuente alcoholismo en el hogar, los recursos escolares o en la sociedad, hace que el adolescente presente trastornos psicológico como consecuencia de estos factores influyentes en su medio de vida.

La depresión en adolescentes es un problema significativo, asociado a un considerable impedimento funcional y a un mayor riesgo de trastornos depresivos en edades posteriores de la vida. Aproximadamente, un 2 a 5% de los adolescentes reúne los criterios de trastorno depresivo mayor en un corte transversal, y alrededor de un 16% han experimentado un trastorno depresivo alguna vez a la edad de 16 años. De allí la importancia de contar con instrumentos que permitan evaluar este tipo de sintomatología en los adolescentes.¹

Por lo general los problemas de depresión suelen aparecer cuando los estudiantes están en la etapa evolutiva de la adolescencia, durante este periodo los cambios que presentan en el adolescente son de origen fisiológico y psicológico, provocan desorientación, angustia e inseguridad para alcanzar metas académicas y personales.



Entonces, es aquí donde él presente estudio, se convierte en un componente importante, si bien relacionado con un problema de salud bastante estudiado, pero que muy pocas veces se ha relacionado con una disfuncionalidad familiar en los adolescentes.

Es por todo esto que, nos planteamos la presente investigación con el fin de recoger una primera información sobre la disfuncionalidad familiar y su relación con la depresión en los adolescentes en la Unidad Educativa Herlinda Toral de la ciudad de Cuenca , para así, ser parte del apoyo y de una posible solución que pueda orientar a los docentes y trabajadores sociales que laboran en dicha institución para ofrecer oportunidades y un ambiente óptimo y alcanzar una calidad de vida intra y extra-institucional adecuada que preserve la salud física y mental y familiar de los adolescentes.

1.3 JUSTIFICACIÓN

Es importante conocer y entender la problemática actual que viven las familias, sobre todo las familias disfuncionales y las consecuencias que de ellas se derivan.

En la actualidad se viven muchos problemas y cambios a los que se tienen que enfrentar las familias, y es por ello que se requiere realizar una investigación sobre la problemática actual, las cuales puedan arrojar factores positivos que sirvan como apoyo y ayuda para dichas situaciones.

Es fundamental reconocer la importancia de la familia, siendo necesario que de ella se desprendan valores personales, límites y sobre todo comunicación, además reconocer que los hijos(as) no solo necesitan de lo material, sino de la presencia afectiva de los padres.

Aproximadamente un 8% de los jóvenes sufren una depresión durante su adolescencia. Esta enfermedad afecta con mucha mayor frecuencia a las mujeres con un 13% que a los hombres con tan solo un 4,6% en esta edad.²

La presente investigación no solo tiene como objetivo dar a conocer la disfuncionalidad familiar si no también su relación con la depresión en los adolescentes que es ya un hecho de conocimiento universal y parece volverse una de las patologías más comúnmente habladas entre los individuos de todos los grupos sociales; además que es una de las causantes de mayores complicaciones a futuro, como lo es el suicidio.

Alarmantes son las estadísticas ecuatorianas en las que se habla de un aumento en la incidencia de la depresión, sobre todo en el sexo femenino; pero así como su incidencia va en aumento, es necesaria una mayor preocupación por estudiar este tema y tratar de identificar y determinar las posibles causas que pudiesen estar generando esta elevación, y como es de suponer se debe poner mayor énfasis en estudiar al grupo de adolescentes.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Funcionalidad familiar

2.1.1 Definición

La funcionalidad familiar es un determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre los miembros de una familia, enfocándose en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente las funciones que les corresponden.³

2.1.2 Características de la familia disfuncional

Una familia funcional es aquella acorde a sus posibilidades para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa sea esta una familia nuclear o monoparental.⁴

La funcionalidad familiar juega un papel importante en el desarrollo social y psicológico de los miembros que constituyen el núcleo familiar, debe verse no de manera lineal, sino circular, ósea, lo que es causa puede pasar a ser efecto o consecuencia y viceversa. Esto nos permite de una u otra manera que el enfoque sistémico sea causa-efecto por el análisis de las pautas y reglas de interacción familiar recíproca, que es lo que nos va a permitir llegar al centro de los conflictos familiares y por tanto a las causas de la disfunción familiar.⁵

2.2 Disfuncionalidad familiar

2.2.1 Concepto

Una familia disfuncional es en la que los conflictos, la mala conducta, y muchas veces el abuso por parte de los miembros individuales se produce continuamente y regularmente unos a otros o solamente uno de los miembros familiares crea estas acciones, lo que lleva a la probabilidad

que los niños que crecen en tales familias crean que este comportamiento es normal.⁶

Dulanto (2008), considera que la familia, “hoy en día, tiene muchos problemas y dificultades relacionados con la educación y formación familiar, lo que lleva a que atravesase por graves conflictos que suelen orillarla a crisis. Son múltiples los factores, tanto internos como externos, que actúan en la dinámica familiar, más son los externos los que están minando la autoridad paterna y entorpeciendo la adecuada comunicación en el seno familiar y especialmente la interacción con los hijos adolescentes”.⁷

La disfunción familiar es un factor predisponente para el desarrollo de conductas poco saludables en los adolescentes agravándose al asociarse con el nivel de escolaridad, ocupación y estado civil de los padres, aun cuando se sabe de la existencia de factores externos a la familia que pueden estar influyendo en las crisis biológicas de desarrollo o emocionales que enfrentan cotidianamente.⁸

2.2.2 Causas de una familia disfuncional

Las causas que presentan las familias disfuncionales son:⁹

- Padres divorciados o separados en conflicto permanente, o padres que se deben separar, pero no lo hacen (en menoscabo de sus hijos).
- Mala comunicación entre los miembros de la familia.
- Migración de uno o de los dos padres
- Falta de tiempo compartido, sobre todo en actividades recreativas y eventos sociales ("Nunca hacemos nada como una familia").
- Los jóvenes tienen miedo de hablar de lo que está sucediendo en el hogar (dentro o fuera de la familia), o tienen de otra manera miedo de sus padres.

- Miembros de la familia (incluyendo a los niños) que reniegan unos de los otros, y/o se niegan a ser vistos juntos en público.
- Peleas frecuentes entre padres ya sean casados, divorciados o separados, causando la pérdida de atención hacia los adolescentes.

2.2.3 Consecuencias de la disfuncionalidad familiar

Las consecuencias de la disfuncionalidad familiar son: ^{10, 11}

- La falta de empatía, comprensión y sensibilidad hacia ciertos miembros de la familia o por otra parte la expresión de empatía extrema hacia uno o más miembros de la familia.
- Comportamiento abusivo, ridiculización, apatía a un miembro de la familia,
- Inadecuados o inexistentes límites para un solo miembro de la familia, tolerando el tratamiento inadecuado de los demás, sin poder expresar lo que es un tratamiento aceptable e inaceptable, “tolerancia de abuso emocional o sexual, o físico”.
- La falta de respeto hacia los otros miembros de la familia, desear objetos personales que pertenecen a otros, contacto físico que no le gusta a otra persona, no cumplir promesas importantes sin causa justificada, violar a propósito un límite que otra persona ha expresado.
- Extremos en conflicto, sea demasiada lucha o argumentación insuficiente entre los miembros de la familia.
- Celos u otros comportamientos controladores.
- Crianza de los hijos desigual (irse a los extremos con un niño mientras se continua haciendo caso omiso de las necesidades de otro)
- Pérdida de la autoridad paterna o materna
- Maltrato entre los miembros de la familia

2.3 Adolescencia

2.3.1 Definición

La adolescencia es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. Generalmente se enmarca su inicio cerca de los 13 años, y su finalización a los 19 o 20.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como “la etapa comprendida entre los 10 u 11 años hasta los 19 años, y considera dos fases: la adolescencia temprana, de los 10 u 11, la adolescencia mediana hasta los 14 o 15 años, y la adolescencia tardía, de los 15 a los 19 años. Sin embargo, la condición de juventud no es uniforme y varía según el grupo social que se considere apto”.¹²

2.4 Depresión

La depresión es una enfermedad mental que se caracteriza por tristeza sin razón aparente que la justifique, es un trastorno mental que interfiere con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades. Se caracteriza por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza y desesperanza profunda que conlleva al suicidio. Entendido como la autodestrucción de la persona, puede ser planificado o no; se basa en pensamientos negativos personales influidos por ciertos factores.¹³

La depresión también puede expresarse a través de afecciones de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático. La persona aquejada de depresión puede no vivenciar tristeza, pérdida de interés e incapacidad para disfrutar las actividades lúdicas habituales, así como una vivencia poco motivadora y más lenta del transcurso del tiempo. Su origen es multifactorial, aunque hay que destacar factores desencadenantes tales como el estrés y sentimientos (derivados de una decepción sentimental, problemas familiares, la contemplación o vivencia de un accidente,

asesinato o tragedia, el trastorno por malas noticias, pena, y el haber atravesado una experiencia cercana a la muerte.¹⁴

La depresión puede tener importantes consecuencias sociales y personales, ya que se puede presentar un agotamiento que se verá reflejado en la falta de interés hacia uno mismo, o incluso el desgano para la productividad, lo cual no solo afectará a quien está pasando por la depresión.¹⁴

2.5 Depresión en la Adolescencia

Durante la adolescencia se puede presentar la depresión. Esta se caracteriza porque se presentan sentimientos persistentes de tristeza y desánimo además de que comúnmente se presenta una pérdida de la autoestima y una ausencia de interés por las actividades cotidianas, en el caso del adolescente, las escolares. Generalmente en ellos, la depresión es transitoria y es una reacción usual a muchas situaciones y factores que les generan estrés.¹⁵

Por otro lado, factores externos que acentúen la depresión en el adolescente como; una muerte de algún familiar, el maltrato dentro de la familia, la ruptura con el novio o la novia, el abuso por parte de compañeros e inclusive el fracaso escolar asociados con una baja autoestima y una percepción negativa de la vida del adolescente. Ésta puede tener efectos en el crecimiento y desarrollo, el desempeño escolar, las relaciones con iguales y la familia y puede llevar inclusive al suicidio.¹⁶

Sin embargo, a pesar de los factores externos, son básicamente los cambios hormonales que se presentan durante la pubertad y sus efectos en el estado anímico y psicológico los causales de que se pueda presentar la somatología de la depresión, existe un aumento de la emotividad provocada por la necesidad que experimenta el ser humano de abandonar viejos hábitos de acción, pensamiento estableciendo otros nuevos.¹⁶

Los adolescentes al sentirse incomprendidos manifiestan conductas negativas o claramente antisociales (hurtos, agresividad, consumo de alcohol y drogas), suelen tener retraimiento social, trastornos en el estado de ánimo, falta de alegría y desinterés por cosas que antes le atraían.¹⁶

“En los adolescentes, la depresión suele acompañar ciertos desórdenes de conducta, como anorexia, bulimia, drogadicción, violencia etc.”¹⁶

A veces todos los adolescentes se sienten tristes o necesitados. Generalmente, estas emociones son reacciones lógicas a los altos y bajos que se tienen en la vida. Sin embargo, hay adolescentes que se ven envueltos rápidamente en la tristeza y la frustración. Estos adolescentes pueden vivir en un estado que sobrepasa a la tristeza.¹⁶

2.5.1 Causas de la depresión en adolescentes

Es fundamental conocer las causas de este trastorno para detectarlo y superarlo.

La depresión puede deberse a situaciones difíciles de superar pero en los adolescentes, las causas pueden ser: ¹⁷

- Conflictos con los padres
- Estrés
- Influencia de las hormonas
- Dificultades en el proceso de maduración
- Enfermedades
- Antecedentes familiares
- Abuso o maltrato escolar
- Poca habilidad de socializar
- Inestabilidad emocional
- Fracaso en el colegio
- Ruptura con la pareja
- Sensación de abandono o rechazo
- Un estado de ánimo triste o irritable de forma persistente

- Sentimientos de inutilidad o de culpa
- Aislamiento social, la mala comunicación
- Dificultad con las relaciones

2.5.2 Consecuencias de la depresión en el adolescente

Consecuencias sociales. Aproximadamente dos terceras partes de los jóvenes que presentan una depresión mayor tienen otros desórdenes mentales. Los más comunes son el desorden sistémico, la ansiedad, el déficit de atención y al hiperactividad, así como el abuso de sustancias nocivas como las drogas.¹⁸

En el periodo de transición el adolescente está en la búsqueda de su identidad y busca definir sus valores propios. Esto les suele hacer más "susceptibles y tener pensamientos erróneos como ideas suicidas, búsqueda de salidas fáciles que les permitan olvidarse del problema como drogas y la delincuencia.¹⁹

2.5.3 Síntomas de la depresión en la adolescencia

Los síntomas en un adolescente deprimido son físico-emocionales asociados como: ²⁰

- La ansiedad
- El insomnio
- Nerviosismo
- Baja autoestima,
- Ideas de autoeliminación.
- Pérdida de interés en actividades de las que antes disfrutadas
- Mala alimentación, cambios significativos en el apetito o el peso corporal
- Tristeza prolongada
- Un estado de ánimo triste o irritable de forma persistente
- Agitación o enlentecimiento psicomotriz
- Pérdida de energía

- Sentimientos de inutilidad o de culpa
- Dificultad para concentrarse
- Arranques de gritos, quejas, irritabilidad inexplicable o llanto
- Sentimientos de abandono, rechazo o fracaso
- Un comportamiento imprudente
- Retraimiento de sus amigos, de su familia o de sus actividades habituales.
- Actuaciones violentas, comportamiento rebelde o el escaparse de la casa.
- Uso de drogas o de bebidas alcohólicas.
- Cambios pronunciados en su personalidad.
- Aburrimiento persistente, dificultad para concentrarse, o deterioro en la calidad de su trabajo escolar.
- Quejas frecuentes de síntomas físicos, tales como: los dolores de cabeza, de estómago y fatiga, que están por lo general asociados con el estado emocional del adolescente.
- Pérdida de interés en sus pasatiempos y otras distracciones
- Poca tolerancia de los elogios o los premios.
- Pensamientos de muerte o suicidio e incluso intentos de suicidio.

Los síntomas varían mucho entre las personas y, a veces, la depresión puede esconderse detrás de una cara sonriente no hay que ignorar las señales de advertencia. En el peor de los casos, la depresión grave puede conducir al suicidio. Escuchar atentamente cuando un amigo o familiar comente que está deprimido, la persona puede estar diciendo que él o ella necesitan ayuda.²⁰

2.6 Relación entre la disfuncionalidad familiar y la depresión en los adolescentes.

La disfunción familiar influye en los problemas psicosociales en la adolescencia, la depresión, los intentos de suicidio, los trastornos de

conducta, etc., son problemas que atacan a los adolescentes que están predispuestos a incurrir en ellos por falta de estabilidad emocional y muchas veces en producto de la disfuncionalidad en sus familias.²¹

La existencia de conflictos en mayor o menor grado, entre los adolescentes y sus padres, se puede dar con la aparición de una salida explosiva cuando el adolescente no encuentra una vía satisfactoria hacia la autonomía, esta relación entre padres e hijos se deteriora progresivamente, lo que origina posponer o impedir por completo el establecimiento de un concepto de sí mismo que sea suficientemente fuerte como para permitir la plena realización de sus potencialidades, produciendo así efectos positivos cuando el adolescente alcanza un grado suficiente de éxito en las luchas que debe sostener con sus padres y logra así separarse de ellos, pudiendo producir así un gran lazo entre los miembros de la familia.²²

Cuando el adolescente encuentra en sus padres la solución o el apoyo hacia los problemas es probable que las relaciones familiares sean favorables proporcionando un ambiente familiar óptimo, que se logra mantener durante toda la etapa de la adolescencia, con relaciones intrafamiliares de afecto, el adolescente convierte a los padres en sus guías y orientadores. No así cuando las relaciones entre padres e hijos no son las adecuadas, la conducta moral del adolescente se deteriora fácilmente y es así que fácilmente se presenten dificultades para adaptarse, ocasionando conductas aversivas como destructividad o deshonestidad.²³

El que haya en la familia una disciplina razonable y no arbitraria, va a permitir desarrollar en el adolescente una conducta moral que lo va a conducir a su propio autocontrol y autodirección.^{22, 23}

La influencia de los problemas económicos y sociales que presenta la familia el adolescente como parte del núcleo familiar, vive y absorbe todos estos problemas, por ello la importancia de que la familia sea capaz de adaptarse a los cambios, de mantenerse cohesionada a pesar de ello y de

tener la comunicación como el instrumento más importante dentro de su funcionalidad.²¹

Cuando la familia no mantiene un equilibrio entre los conflictos familiares y en cómo solucionarlos de una manera que involucre al adolescente mostrándole confianza y una buena relación familiar, comienza a acentuarse llegando a minimizar el rol principal de protección de los padres para convertirse en un factor de riesgo para los miembros y desencadenando en ellos problemas en cuanto a salud mental del adolescente.²⁴

Estudios científicos realizados sobre la Disfuncionalidad familiar y su relación con la Depresión.

2.7 Estudios internacionales

Villa, Robles, Gutiérrez, Martínez, Valadez y Cabrera (2009) “estudiaron la magnitud de la disfunción familiar y depresión como factores de riesgo para el intento de suicidio, con la finalidad de identificar factores de riesgo personal y familiar, siendo los principales factores de riesgo para intento de suicidio, la disfunción familiar (violencia intrafamiliar, desintegradas, disfuncionales) y los rasgos psicopatológicos (depresión, ansiedad, baja autoestima). Esta investigación permite observar de forma clara cómo la dinámica familiar es un factor clave para la presencia de depresión y es importante corroborarla con el presente estudio”.²⁵

Cogollo, Gómez, De Arco, Ruíz y Campo –Arias (2009) “establecieron la asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en adolescentes estudiantes de un colegio de un sector de estrato bajo en Cartagena, Colombia, diseñaron un estudio transversal en el que participaron estudiantes de secundaria. Usaron la disfuncionalidad familiar con el cuestionario de APGAR familiar y síntomas depresivos con importancia clínica con la escala de Zung para depresión.

Participaron 424 estudiantes de séptimo a undécimo grado con edad promedio de 14,7 años. Informaron disfuncionalidad familiar 253 adolescentes (59%) y sólo 174 (41%) tenían síntomas depresivos con importancia clínica”.²⁶

2.8 Estudios Nacionales

La depresión en Ecuador muestra un incremento de casos. En estudios realizados por la Universidad Central de Quito, se llegó a la conclusión de que en la capital, se reporta una prevalencia del episodio depresivo mayor del 13,4% (por 100 habitantes adultos en 12 meses), muy por encima de la media de la región del 4,9%. Las mujeres muestran el doble de probabilidades de padecer los síntomas depresivos, en el 2011 representó el 19% de todas las consultas y en los primeros cinco meses de este año se elevó al 24,4%. A esto se agrega que en general, solo el 10% es diagnosticado como enfermedad. De este porcentaje el 1% es detectado por un psiquiatra.²⁷

2.9 Estudios locales

En Ecuador el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) muestra que los suicidios relacionados con la depresión van en aumento, la provincia con mayores casos es Azuay. En el 2008 la Cruz Roja reportó cerca de 400 llamadas de auxilio por esa causa.²⁸

Según un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión afecta en igual porcentaje a adolescentes y jóvenes, como también a los adultos. “El número de niños y adolescentes de 12 a 25 años que padecen depresión es tan alto como en los adultos, el problema es que no se detecta porque no hay conciencia de su real incidencia”, afirma Shekhar Saxena, director del departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS.²⁹

La presente investigación utilizó el test del Apgar Familiar validado por su autor Gabriel Smilkstein y Test de Hamilton validado por Ramos-Brievaen

versión castellana, en diferentes estudios de disfuncionalidad familiar y depresión respectivamente, descritos a continuación.

2.10 Apgar familiar

“Es un instrumento de evaluación familiar que elaborado por Gabriel Smilkstein en 1978 con el propósito de obtener información de sus pacientes en relación con la situación funcional en sus familias”.³⁰

Este test consta de 5 reactivos, con escala tipo Likert (0=nunca 1=casi nunca 2=algunas veces 3=casi siempre 4= siempre) aplicables en breve entrevista acerca de la relación entre la familia, midiendo así el funcionamiento familiar del entrevistado a través de la satisfacción existente con su vida y los miembros de la familia.³⁰

El Apgar familiar sirve para establecer los parámetros por los cuales la salud funcional de la familia pudiera ser medida.^{30, 31}

2.10.1 Componentes que valora el Apgar familiar

- **Adaptabilidad**, mide la utilización de los recursos intra y extra familiares para la resolución de los problemas cuando el equilibrio familiar ha sido modificado (situaciones de crisis).
- **Participación**, mide la cooperación de los miembros de la familia, en la toma de decisiones y en la división del trabajo; el cómo comparten los problemas y el cómo se comunican para explorar la manera de resolverlos.
- **Gradiente de crecimiento**, mide la maduración física, emocional y social que se lleva a cabo a través del apoyo mutuo y dirección (conducta). Este gradiente evalúa la capacidad de atravesar las distintas etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los diferentes miembros de la familia.
- **Afecto**, mide las relaciones de cuidado y cariño que interaccionan entre los integrantes de un grupo familiar y la demostración de distintas emociones como afecto, amor, pena o rabia entre ellos mismos.

- **Resolución**, mide la tarea de compartir el tiempo, de dedicar recursos materiales y especiales para apoyar a todos los miembros de la familia.

2.10.2 Como se califica el Apgar familiar

Por cada 5 componentes hay 5 ítems con su puntuación del 0 al 4 respectivamente sumando así cada respuesta dando como resultado la presencia de funcionalidad o disfuncionalidad familiar.³¹

- Buena función familiar 18-20
- Disfuncionalidad familiar leve 14-17
- Disfuncionalidad familiar moderada 10-13
- Disfuncionalidad familiar severa 9 o menos

El Apgar no solo sirve para detectar la disfuncionalidad familiar si no que guía al profesional de la salud a explorar a aquellas áreas que la persona ha señalado como problemáticas, midiendo tanto el ambiente emocional que rodea a miembro familiares como también la capacidad del grupo familiar para hacer frente a las diferentes crisis.³¹

2.11 Test de Hamilton para depresión

La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión es una escala hetero-aplicada, cuya finalidad es evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.³²

2.11.1 Componentes que valora el test de Hamilton

El test de Hamilton constaba de 21 ítems posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva.³²

El test de Hamilton consta de 17 componentes:

- Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)
- Sentimientos de culpa
- Suicidio
- Insomnio precoz
- Insomnio intermedio
- Insomnio tardío
- Trabajo y actividades
- Cognición
- Agitación psicomotora
- Ansiedad psíquica
- Ansiedad somática (gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración.
- Síntomas somáticos gastrointestinales
- Síntomas somáticos generales
- Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)
- Hipocondría
- Pérdida de peso (según manifestación del paciente)
- Introspección (insight)

2.11.2 Como se califica el Test de Hamilton

En el test de Hamilton la puntuación total de la escala va de 0 a 52 puntos. Cada ítem tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 y de 0-4 respectivamente, eligiendo la puntuación que mejor se ajuste a la sintomatología que presenta el adolescente. La puntuación total es la suma de las puntuaciones asignadas a cada ítem.

La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE, guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte: ³³

- No deprimido: 0-7
- Depresión ligera/menor: 8-13
- Depresión moderada: 14-18
- Depresión severa: 19-22
- Depresión muy severa: 23 -52

Para la evaluación de la respuesta al tratamiento se ha definido como respuesta una disminución mayor o igual del 50% de la puntuación inicial de la escala, respuesta parcial como una disminución entre el 25-49% y una no respuesta como una reducción de menos del 25%. Se considera remisión a una puntuación menor o igual a 7, aunque hay resultados que apoyan que este punto de corte debería de tener un valor más bajo. ³³

CAPITULO III

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Determinar la disfuncionalidad familiar y su relación con la depresión en los adolescentes del ciclo diversificado en la unidad educativa “Herlinda Toral” Cuenca Ecuador 2014

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar características socio-demográficas de los estudiantes y la depresión.
- Determinar la existencia de disfuncionalidad familiar en los adolescentes de la unidad educativa “Herlinda Toral” mediante el Apgar familiar.
- Identificar la frecuencia de disfuncionalidad familiar y depresión, en que edades, sexo en los adolescentes (estado civil e instrucción de los padres) de la unidad educativa “Herlinda Toral”.
- Analizar los datos obtenidos luego de la aplicación de los test para describir los grados y la relación que existe entre la disfuncionalidad familiar y la depresión en los adolescentes.

CAPITULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudio

Esta investigación fue de tipo cuantitativa, estudio descriptivo.

4.2 Área de estudio

La investigación se llevó a cabo en la unidad educativa “Herlinda Toral”, está ubicada en la dirección: entre Rio Malacatus y Avenida Hurtado de Mendoza.

4.3 Universo

Estudiantes del ciclo diversificado que comprenden la sección matutina de la unidad educativa “Herlinda Toral” de Cuenca el mismo que es de tipo fiscal, mixto.

Muestra: se calculó mediante la siguiente fórmula:³⁴

$$n = \frac{N * Z\sigma^2 p * q}{d^2 * (N - 1) + Z\sigma^2 * p * q}$$

$$n = \frac{1355 * 1.96^2 * 0.05 * 0.95}{0.03^2 (1355 - 1) + 1.96^2 * 0.05 * 0.95} = 176.41$$

La muestra fue calculada por medio de la fórmula de cálculo muestral Pita Fernández dando como resultado 176.41 con un margen de error de 10 en la investigación y presentación de resultados la muestra fue de 200 estudiantes.

Para esta investigación, se trabajó con toda la muestra que estuvo conformado por 200 estudiantes de primero, segundo y tercer año de bachillerato respectivamente de la unidad educativa “Herlinda Toral” de Cuenca.

Criterio de Inclusión: todos las/os adolescentes que desearon participar y firmaron el asentimiento y consentimiento informado.

Criterio de Exclusión: las/os estudiantes que no se encontraron en el momento de la investigación.

4.4 Variables

4.4.1 Variable independiente: disfuncionalidad familiar.

4.4.2 Variable dependiente: depresión.

4.4.3 Variables modificantes: edad, sexo y estado civil, instrucción.

4.5 Variables y Operacionalización

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo que una persona ha vivido desde que nació hasta la presente fecha.	Tiempo en años	Años cumplidos.	15-16 17-18
Sexo	Proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos a menudo dando por resultado la especialización de organismos en variedades femenina y masculina (conocidas como sexos).	Rasgos genéticos y biológicos	Persona de sexo masculino Persona del sexo femenino	Hombre Mujer
Estado civil de los padres	Se entiende por estado civil la condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.	Status Social Status familiar	Persona que no ha contraído matrimonio. Que ha contraído matrimonio Vínculo matrimonial que ha sido disuelto jurídicamente. Quien se le ha muerto su cónyuge y no ha vuelto a casarse. Dos adultos que eligen compartir sus vidas el uno con el otro, pero que no está jurídicamente establecido.	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión Libre

Instrucción de los padres	Es el caudal de conocimientos adquiridos y el curso que sigue un proceso que se está instruyendo, es el proceso multidireccional mediante el cual se transmiten conocimientos, valores, costumbres y formas de actuar, no solo se produce a través de la palabra, pues está presente en todas nuestras acciones, sentimientos y actitudes.	Grados de escolaridad	Persona que no sabe leer ni escribir. Asegura la correcta alfabetización, es decir, enseña a leer, escribir, cálculo y conceptos culturales considerados imprescindibles. Tiene el objetivo de capacitar al alumno para proseguir estudios superiores o incorporarse al mundo laboral. La que comprende los estudios especiales que requiere cada profesión o carrera.	Analfabeto Primaria Secundaria Superior
Relación intrafamiliar	Modo de convivir entre los miembros de una familia, crear y mantener, relaciones de parentesco, como con los miembros del núcleo familiar, con otros familiares, con la familia adoptiva o de acogida y con padrastros, madrastras, hijastros y hermanastros, relaciones más distantes como primos segundos o responsables legales de la custodia.	Interacción en la familia	Es una condición agradable, adecuada Condición media que no alcanza la excelencia Condición negativa que causa daño	Buena Regular Mala
problemas familiares	Cuando hablamos de problemas, estamos hablando de elementos que obstaculizan el correcto o normal desempeño de los procesos, situaciones y fenómenos que nos rodean. Estos problemas pueden ser alteraciones generadas accidental o voluntariamente por agentes externos y su resolución se convierte entonces en algo de suma importancia para restituir las condiciones de normalidad antes existentes.	Conflictos entre la familia	Confirmación del suceso Negación al suceso	Si No
Disfuncionalidad familiar	La disfunción familiar se entiende como el no cumplimiento de algunas funciones de la familia por alteraciones en algunos de los subsistemas familiares.	Socio-Familiar	Presencia de problemas familiares. Ausencia de problemas familiares	Si No

	Determinando mediante el APGAR familiar.			
Apgar familiar	Es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global	Grados de disfuncionalidad familiar	Buena función familiar Disfuncionalidad familiar leve Disfuncionalidad familiar moderada Disfuncionalidad familiar severa	18-20 14-17 10-13 9 o menos
Depresión	Trastorno del estado del ánimo estado patológico caracterizado por tristeza, melancolía y falta de ánimo. Determinado según el test de Hamilton.	Social Psicológica	Presencia de síntomas depresivos. Ausencia de síntomas depresivos.	SI NO
Test de Hamon.	La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión es una escala hetero-aplicada, cuya finalidad es evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido.	Grado de depresión	No deprimido: Depresión ligera/menor: Depresión moderada: Depresión severa: Depresión muy severa:	0-7 8 - 13 14 - 18 19 - 22 > 23

4.6 Métodos, técnicas e instrumentos para la recolección de información

- Método: descriptivo.
- Técnica: encuesta
- Instrumento:
 - ✓ Formulario (Anexo 3)
 - ✓ Apgar familiar (Anexo 4).
 - ✓ Test de Hamilton (Anexo 5).

4.7 Plan de tabulación y análisis

Para la recolección de la información se utilizó el formulario y se aplicaron test validados, los test de Apgar familiar y al Test de Hamilton, se ofició al

rector de la Unidad Educativa Herlinda Toral obtenido el permiso para recolectar los datos con los y las alumnas/os del ciclo diversificado; 1^{ro} “E” “F” “G” 2^{do} “A” “D” 3^{ro} “A”, trabajando los días miércoles y jueves dependiendo la disponibilidad de los docentes con las horas de clases.

Se les explico a los adolescentes a ser estudiados los respectivos test y las indicaciones y como debían ser llenado cada ítem, se les explico que se los llenara con absoluta verdad por cuanto la información se manejaría con absoluta confidencialidad, para el análisis de los resultados utilizamos el programa SPSS 15.0, para la obtención de las estadísticas de los datos y Excel 2010 para los gráficos barras simples.

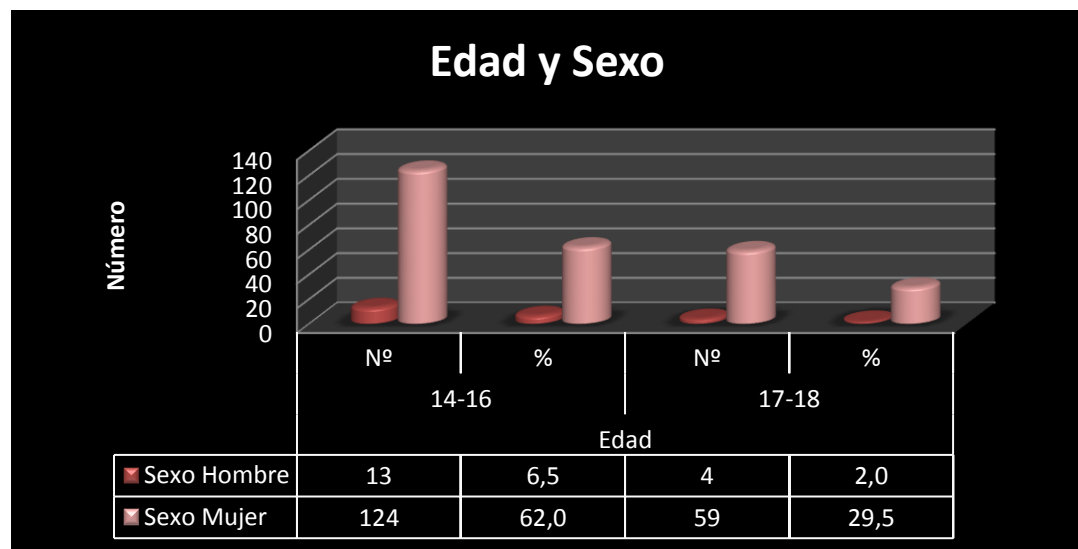
4.8 Consideraciones éticas

La encuesta y Test fueron llenados previa aprobación del consentimiento informado (Anexo 1) por parte de los padres y asentimiento informado (Anexo 2) por parte de los encuestados, toda la información recolectada durante el proceso, fue manejada únicamente por los investigadores y se guardó la debida confidencialidad de los mismos, los resultados fueron puestos a consideración de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca y posteriormente, a las autoridades dela Unidad Educativa “Herlinda Toral”; y se facilitó toda la información para verificar su veracidad.

CAPITULO V

5. Resultados

Gráfico N° 1. Distribución de los 200 adolescentes de la unidad educativa “Herlinda Toral”, según edad y sexo. Cuenca, febrero – agosto, 2014.



FUENTE: formulario de encuesta
ELABORACIÓN: las autoras

ANÁLISIS

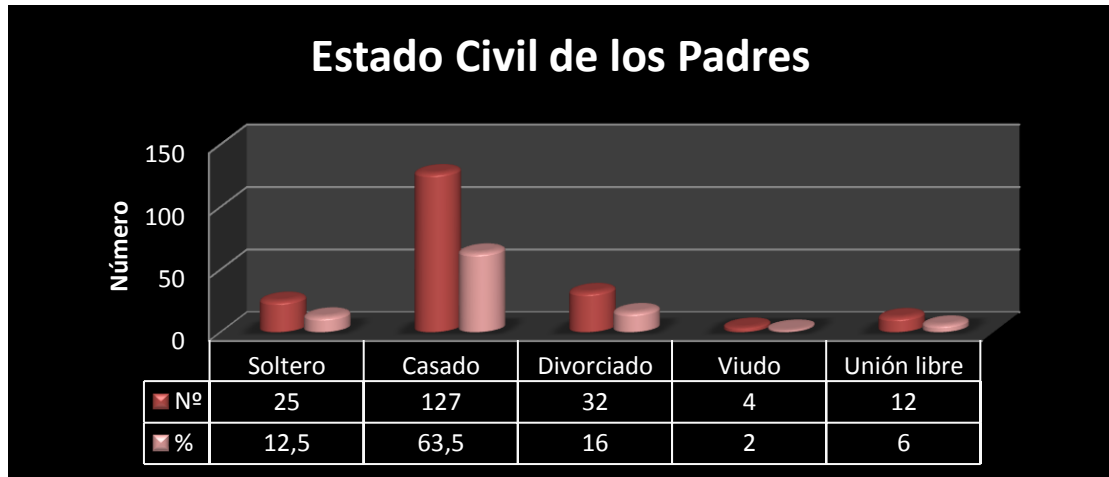
En el presente gráfico observamos que de 200 adolescentes que representan el 100%, el 62% corresponden a mujeres en la edad de 14 -16, el 6.5% a hombres en la edad de 14-16 años (adolescencia media), el 29,5% de mujeres en la edad de 17-18 años, el 2% de hombres en la edad de 17 – 18 (adolescente tardío).

El sexo femenino es el más prevalente es mayor porcentaje, debido a que el colegio donde se realizó la investigación era eminentemente de mujeres y hace aproximadamente 5 años se incrementaron varones en las aulas de la Unidad Educativa, por ende el número y porcentaje del sexo masculino es bajo.



Comparado con un estudio realizado en Chile por Ilich Silva-Peña menciona que existe cerca de un 7% de aumento de alumnos de sexo masculino en las unidades educativas que han sido anteriormente de, carácter público llamados «tradicionales» donde solo asistían mujeres, es claro que hay una migración desde la educación segregada a otra en donde al menos se comparten algunos espacios entre hombres y mujeres, se analiza acerca de la necesidad de construir espacios de educación mixta en la totalidad³⁵

Gráfico N° 2. Distribución de los 200 adolescentes de la unidad educativa “Herlinda Toral”, según estado civil de los padres. Cuenca, febrero – agosto, 2014.



FUENTE: formulario de encuesta
ELABORACIÓN: las autoras

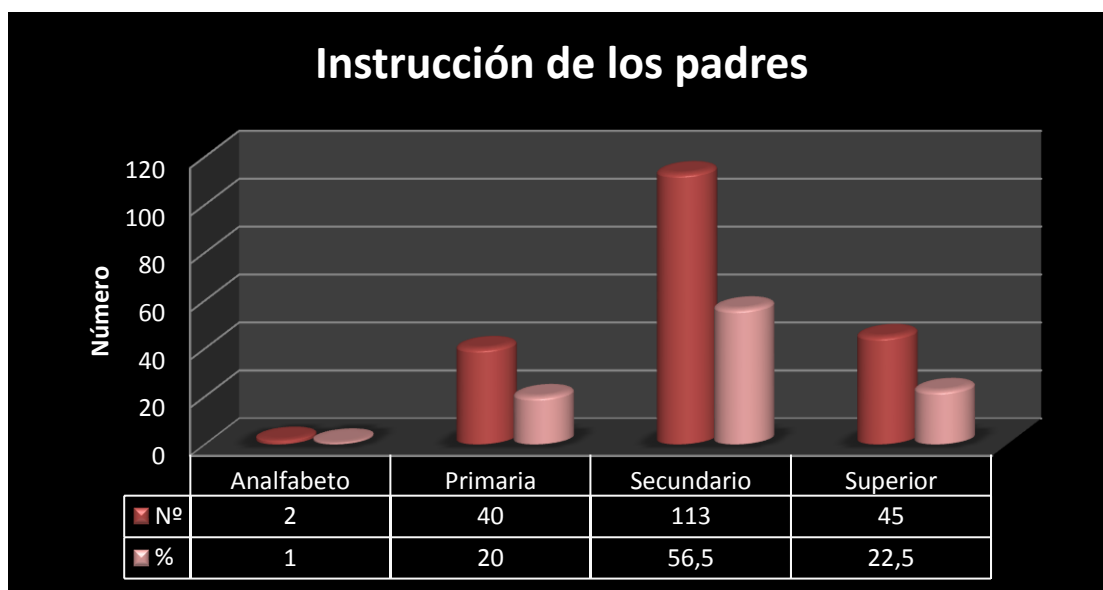
ANÁLISIS

En el presente gráfico observamos que de 200 adolescentes que representan el 100%, el 63.5% de los padres de los adolescentes casados, el 16% de los padres son divorciados, el 12,5% de los padres son solteros, el 8% de los padres con tienen unión libre y son viudos respectivamente.

El 63,5% de los adolescentes que participaron en la investigación vive en hogares donde sus padres son casados, y el 16% viven en hogares de parejas divorciadas que enfocado desde el marco teórico es una de las causas para que se dé la disfuncionalidad familiar y se desencadene la depresión.

Comparado con estudios realizados en la ciudad de Machala, Omar Darío Cacao, Manuel Cristóbal Sánchez mencionan que en los hogares donde hay divorcios, padres separados la disfuncionalidad familiar y la depresión están presente más aun cuando el adolescente desde niño apreciado los conflictos de sus padres dentro de la familia.³⁶

Gráfico N° 3. Distribución de los 200 adolescentes de la unidad educativa “Herlinda Toral”, según instrucción de los padres. Cuenca, febrero – agosto, 2014.



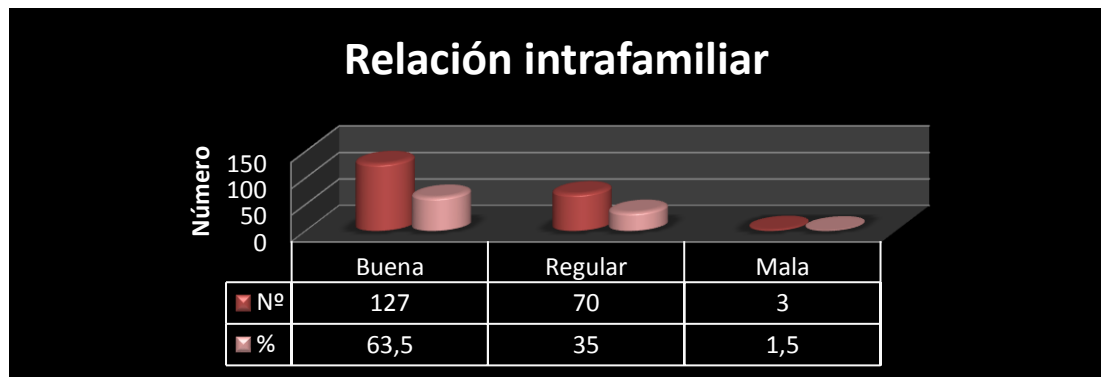
FUENTE: formulario de encuesta
ELABORACIÓN: las autoras

ANÁLISIS

En el presente gráfico observamos que de 200 adolescentes que representan el 100%, el 56.5% de los padres de los adolescentes tienen instrucción secundaria, el 22.5% superior, 20% primaria y un 1% uno de los padres son analfabetos. El nivel de instrucción bajo de los padres influye en el trato que se les da a sus hijos, por ende la ocupación que puedan tener y el nivel de ingresos económicos que podrían influir mucho en la armonía familiar.

Comparado con un estudio realizado en Panamá en la escuela Fe y Alegría, de Curundú, José Virgilio menciona que por la escasa instrucción que poseen los padres en algunos hogares y su nivel dentro de la sociedad; dan origen a la desintegración familiar ya que la capacidad de resolver los problemas se verá limitada por la ignorancia.³⁷

Gráfico N° 4. Distribución de los 200 adolescentes de la unidad educativa “Herlinda Toral”, según relación intrafamiliar. Cuenca, febrero – agosto, 2014.



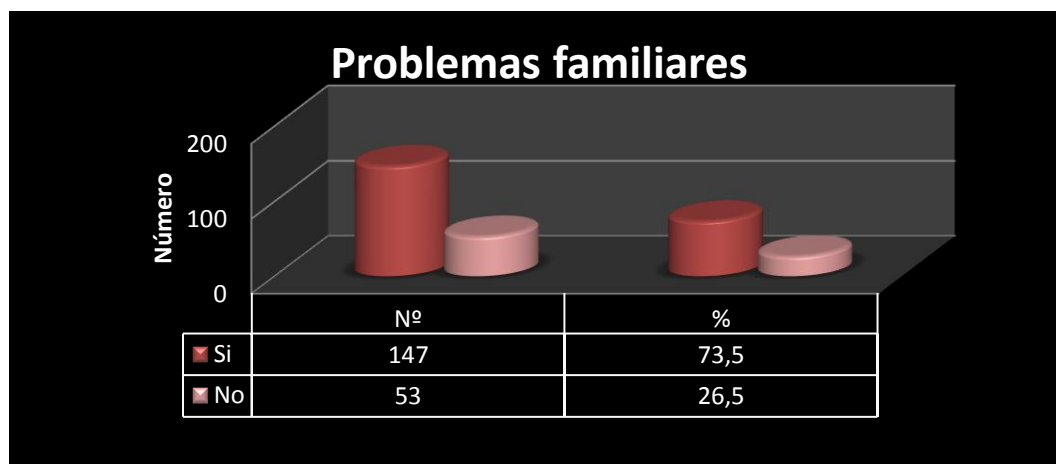
FUENTE: formulario de encuesta
ELABORACIÓN: las autoras

ANÁLISIS

En el presente gráfico observamos que de 200 adolescentes que representan el 100%, el 63.5% de los adolescentes mantienen una buena relación familiar, 35% regular relación intrafamiliar y un 1.5% una mala relación intrafamiliar. Los adolescentes que participaron en la investigación tienen una buena relación familiar por ende existe dialogo, comunicación, la mala relación familiar es donde no se dan las características positivas de la funcionalidad familiar que enfocado desde el marco teórico es una de las causas para que se dé la disfuncionalidad familiar y se desencadene la depresión por cuanto la adolescencia es una etapa de susceptibilidad y un aumento de emotividad ante los conflictos del hogar mostrando rebeldía, tristeza o una apatía ante la mala relación familiar.

(Moreno,1993,39). Según los criterios de esta Teoría, la identidad adulta se forma a partir de la apropiación de lo que son las relaciones familiares, lo cual ocurre cuando el adolescente, primero se identifica con las figuras más significativas para él en el contexto familiar, entonces, si durante la infancia se vivencian relaciones familiares patológicas, esto redundará en el desarrollo de la personalidad del adolescente y en el modo en que él se comunica con los demás. ³⁸

Gráfico N° 5. Distribución de los 200 adolescentes de la unidad educativa “Herlinda Toral”, según problemas familiares. Cuenca, febrero – agosto, 2014.



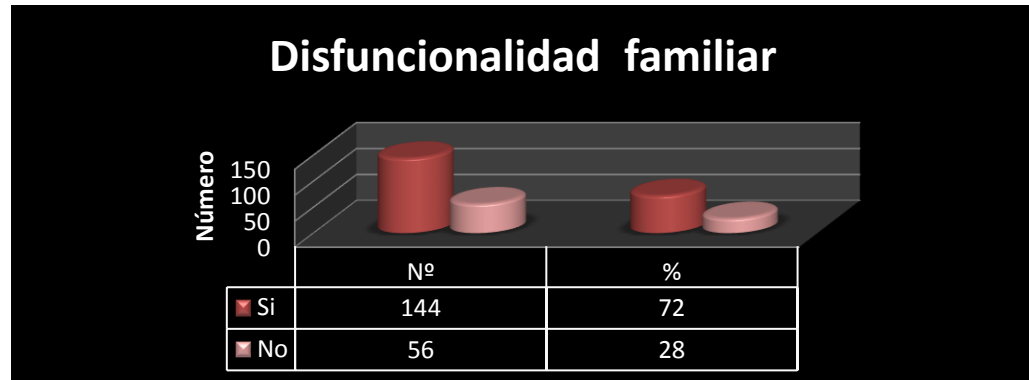
FUENTE: formulario de encuesta
ELABORACIÓN: las autoras

ANÁLISIS

En el presente gráfico observamos que de 200 adolescentes que representan el 100%, el 73.5% de los adolescentes presentan problemas familiares, el 26.5% no presentan. Estos se presentan en la adolescencia por la mala relación dentro por lo que es una etapa de rebeldía e inmadurez que no permite la buena comunicación entre los miembros de su hogar con sus padres y/o hermanos, por la inexperiencia de los padres ante una falta de estabilidad emocional, el adolescente busca de todas las maneras encontrar una salida “victoriosa” ante un conflicto familiar.

Comparado en con un estudio realizado en México M^a del Carmen Mariño, Catalina González, M^a Elena Medina mencionan que “los problemas más comunes que presentan las familias es la falta de comunicación entre los miembros de la familia incluyendo inconsistencia por parte de los padres, estructura familiar indefinida, el uso del castigo físico severo, la falta de estímulo para hacer bien las cosas, conflictos familiares y una comunicación pobre han sido asociados con un incremento en el riesgo de problemas de conducta por parte del adolescente”.³⁹

Gráfico N° 6. Distribución de los 200 adolescentes de la unidad educativa “Herlinda Toral”, según disfuncionalidad familiar. Cuenca, febrero – agosto, 2014.



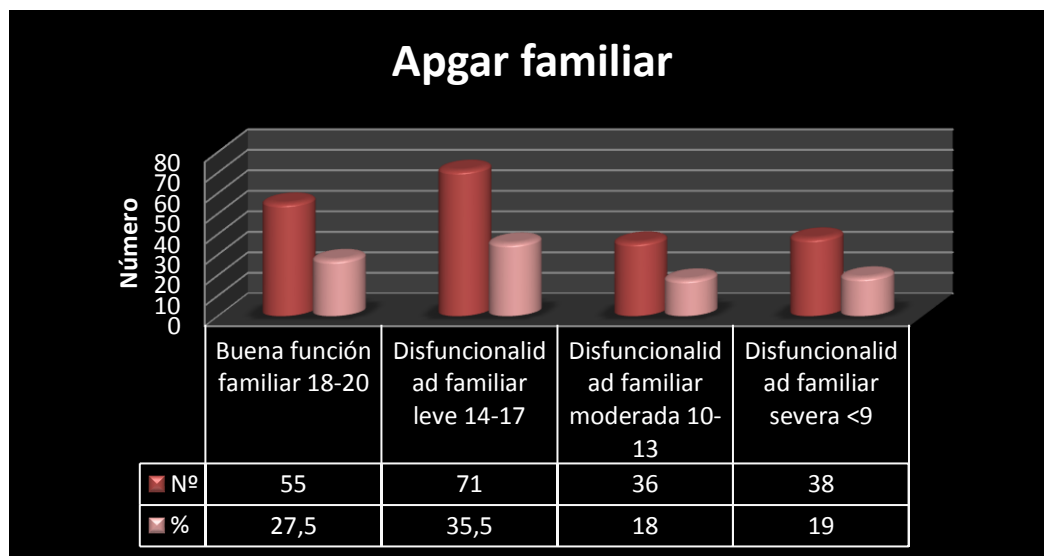
FUENTE: formulario de encuesta
ELABORACIÓN: las autoras

ANÁLISIS

En el presente gráfico observamos que de 200 adolescentes que representan el 100%, el 72% de los adolescentes presentan disfuncionalidad familiar, 28% no presentaron. La disfuncionalidad familiar que enfocado en el marco teórico de la investigación la presencia de disfuncionalidad familiar abarca varios aspectos como los conflictos conyugales generando falta de interés por las actividades en familia haciendo que esto lleve al adolescente un alejamiento de sus padres, factores como la migración, separación, divorcio, mala relación familiar, falta de comunicación, problemas familiares constantes, etc. inciden directamente en el aspecto emocional del adolescente.

Comparado con un estudio realizado en la Ciudad de Guayaquil por el Dr. Ricardo Morla Boloña, Emma Saad de Janon y Julia Saad mencionan que: se partió de un análisis descriptivo tomando de 711 historias clínicas de adolescentes con depresión cuyo resultado indico que 436 adolescentes pertenecían a familias disfuncionales, presentando síntomas como mala comunicación con uno o ambos padres, hermanos, violencia familiar, maltrato verbal ⁴⁰

Gráfico N° 7. Distribución de los 200 adolescentes de la unidad educativa “Herlinda Toral”, según grados de disfuncionalidad familiar por el test de apgar familiar. Cuenca, febrero – agosto, 2014.



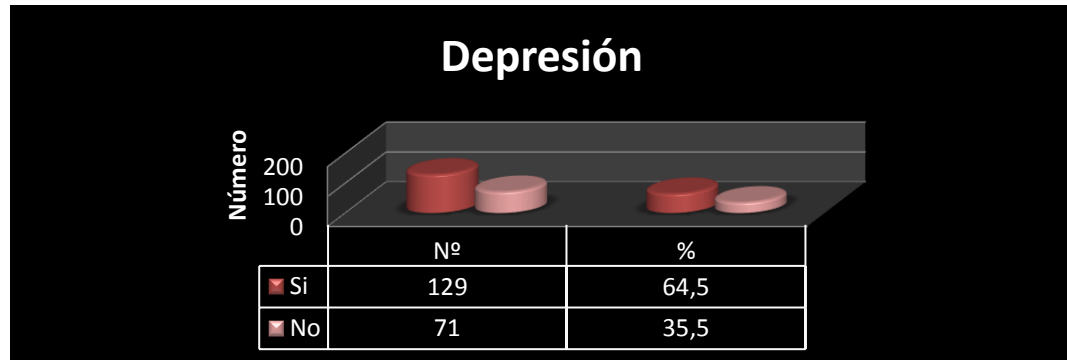
FUENTE: formulario de encuesta
ELABORACIÓN: las autoras

ANALISIS

En el presente gráfico observamos que de 200 adolescentes que representan el 100%, el 27.5% una buena función familiar, el 72.5% presenta disfuncionalidad familiar distribuida en leve, moderada, severa caracterizándose la disfuncionalidad familiar por padres divorciados o separados, falta de comunicación entre los miembros de la familia, peleas familiares frecuentes, falta de tiempo compartido, insatisfacción de los miembros de la manera como se resuelven los problemas. El Apgar familiar es útil para evidenciar la forma en que el adolescente percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado.

Comparando con un estudio realizado en Colombia por Ivonne Andrea Rincón Rueda, Amarilis María Cantillo Meléndez, José Fernando Ordúz Sánchez, Silvia Lorena Mora Villa-Roel mencionan que la mayoría de las familias mostraron por medio del APGAR familiar aplicado a un miembro, ser disfuncionales en cualquier grado predominando la disfunción leve asociada con un mediano índice de satisfacción con que la familia resuelve, afronta los problemas en el hogar. La severa se asocia con desempleo y ausencia de recreación en el núcleo familiar.⁴¹

Gráfico N° 8. Distribución de los 200 adolescentes de la unidad educativa “Herlinda Toral”, según depresión. Cuenca, febrero – agosto, 2014.



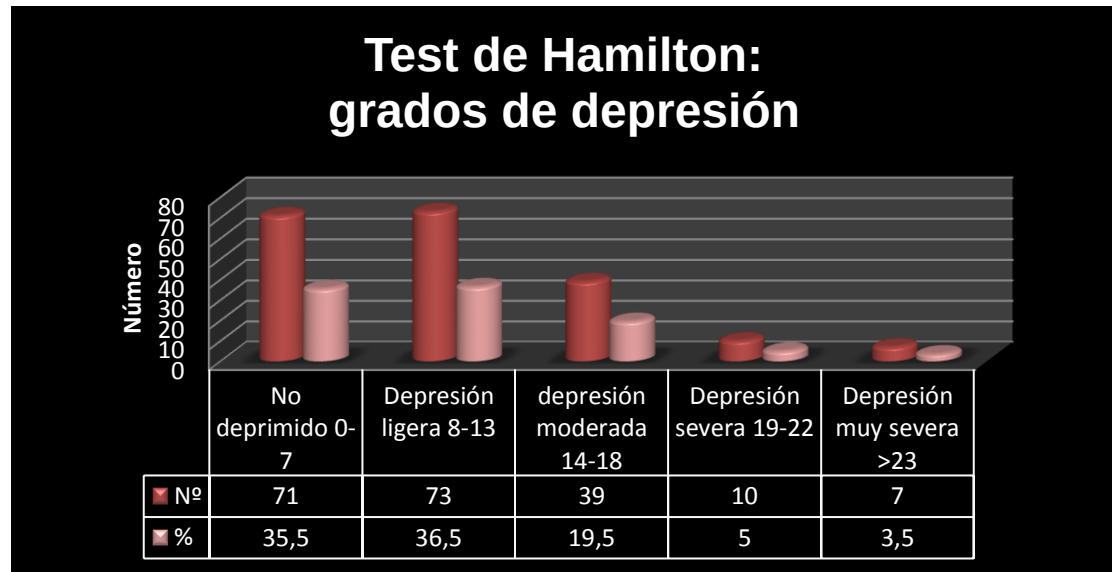
FUENTE: formulario de encuesta
ELABORACIÓN: las autoras

ANALISIS

En el presente gráfico observamos que de 200 adolescentes que representan el 100%, 71% de adolescentes presenta depresión, 35.5% de adolescentes no presentan. La depresión los adolescentes puede confundirse con cambios hormonales que se presentan en la pubertad teniendo una orientación distorsionada en la existencia de la depresión, los adolescentes que sufren mayor depresión son aquellos que presentan problemas dentro de su hogar como falta de comunicación, problemas en la escuela como acoso escolar o bajo rendimiento, ruptura con su pareja, adolescentes que tienen dificultad para expresar sentimientos.

Comparado con un estudio realizado en la Universidad Politécnica Estatal del Carchi de la Facultad de Ciencias Médicas a los estudiantes del primer año demuestra que del 8 al 17% de los estudiantes padecieron en algún momento de su vida alguna forma de depresión aunque en formas menores de depresión más o menos disfrazadas afectan con cierta persistencia a un cuarto de las población, en algún periodo de la pubertad entre los 14 y 18 años, el estudio también rebelo que el sexo femenino se deprimen el doble que el sexo masculino.⁴²

Gráfico N° 9. Distribución de los 200 adolescentes de la unidad educativa “Herlinda Toral”, según el test de Hamilton por grados de depresión. Cuenca, febrero – agosto, 2014.



FUENTE: formulario de encuesta
ELABORACIÓN: las autoras

ANÁLISIS

En el presente gráfico observamos que de 200 adolescentes que representan el 100%, 35,5% no tienen depresión, el 64,5% presenta depresión distribuida en ligera, moderada, severa y muy severa debido a la falta de comunicación en el hogar, acoso escolar, bajo rendimiento, conflictos o ruptura con su pareja, adolescentes que tienen dificultad para expresar sentimientos. El test de Hamilton es un instrumento para valorar la severidad de la depresión identificando los síntomas que pueden ser más peligrosos indicando si existen pensamientos suicidas, intento de suicidio.

Comparado con un estudio realizado en España por M^a Dolores Arenas Jiménez menciona que la prevalencia de depresión está presente en un porcentaje bastante elevado de pacientes. El 53,4% tenía depresión de algún grado de los cuales el 22,7 % era grave según la escala de Hamilton.⁴³

TABLAS DE ACUERDO A LOS ÍTEMS DEL TEST DE HAMILTON

A continuación se trabajara con los 129 estudiantes que presentaron depresión de acuerdo con los ítems del test de Hamilton.

Gráfico N° 10. Distribución de los 129 adolescentes que presentaron depresión de la unidad educativa “Herlinda Toral”, según humor depresivo. Cuenca, febrero – agosto, 2014.



FUENTE: formulario de encuesta
ELABORACIÓN: las autoras

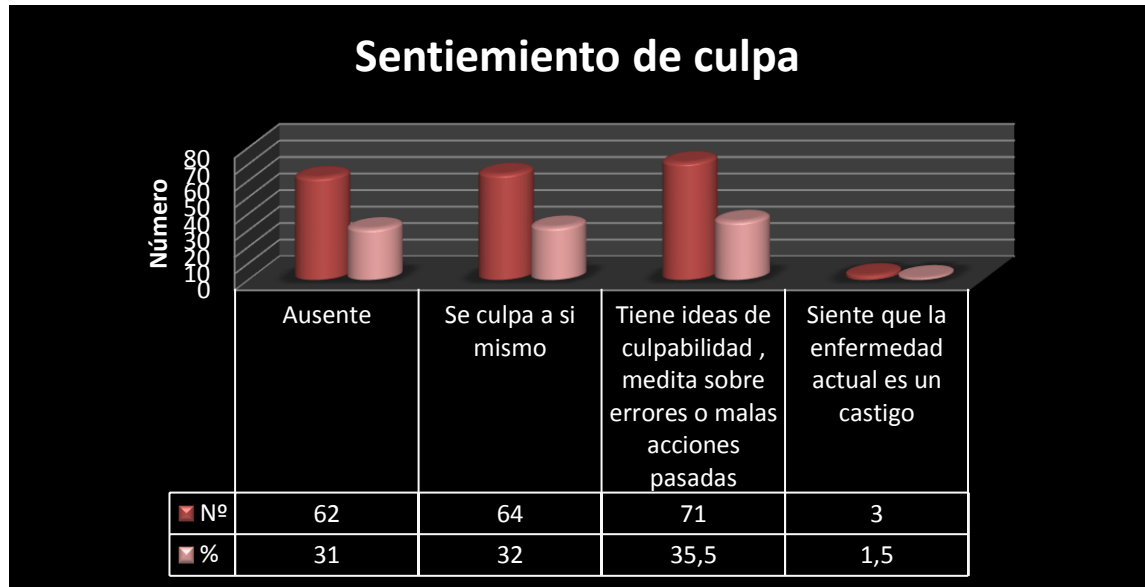
ANÁLISIS

En el presente gráfico observamos que de 129 adolescentes que representan el 100% que representa a los adolescentes con depresión, el 38% de los adolescentes no presenta humor depresivo, 18% sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente, 17% sensaciones que las relata espontáneamente, 19% presenta sensaciones no comunicadas verbalmente, 8% manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea. Siendo por lo tanto que el humor depresivo en los adolescentes el componente desvalorizador llevado sobre sí mismo y puede representar una señal de alarma dando síntomas como el aislamiento, el encerrarse en sí mismo, las actividades reducidas al mínimo y los accesos de pesimismo son frecuentes en esta etapa de la vida.

Comparado con un estudio realizado en Italia por Bernardo Nardi pag. 1 menciona que en la adolescencia la depresión del tono del humor se

presenta con aspectos extremadamente variables: a veces con expresiones comportamentales como crisis de llanto, desesperación, rabia, otras veces con actitudes marcadamente inhibidas como: cierre relacional, mutismo, retiro de las inversiones emocionales; en otros casos, puede estar “enmascarada” por trastornos psicosomáticos o por una serie de conductas riesgosas.⁴

Gráfico N° 11. Distribución de los 129 adolescentes que presentaron depresión de la unidad educativa “Herlinda Toral”, según sentimiento de culpa. Cuenca, febrero – agosto, 2014.



FUENTE: formulario de encuesta
ELABORACIÓN: las autoras

ANÁLISIS

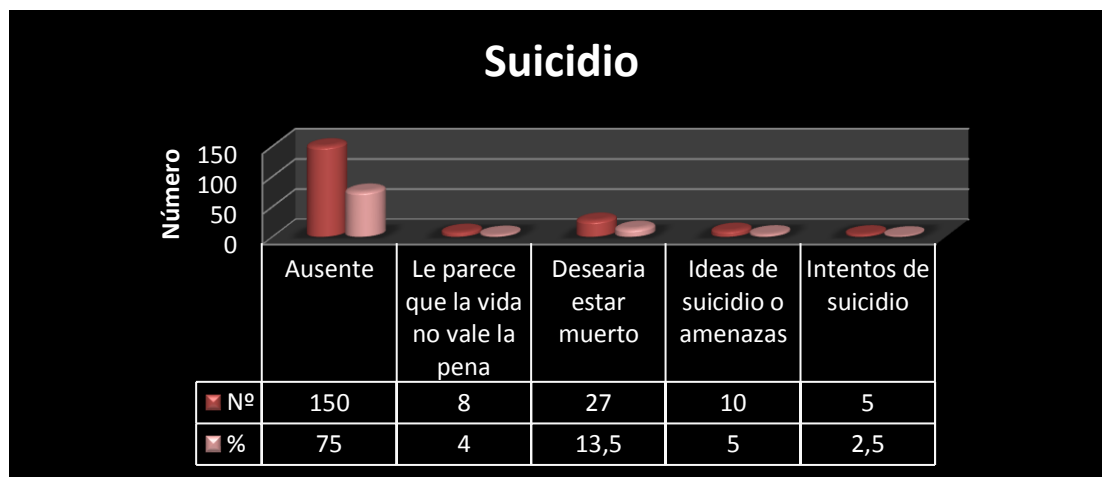
En el presente gráfico observamos que de 129 adolescentes que representan el 100% que representa a los adolescentes con depresión, el 35,5% de los adolescentes tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones, 32% se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente, 31% no presenta sentimiento de culpa, 1,5% siente que la enfermedad actual es un castigo. El sentimiento de culpa se da por el remordimiento de un acto real o en apariencia absurdo o todavía con un sentimiento difuso de indignidad personal, sin relación con algún acto preciso del que deba acusarse.

Comparado con una investigación realizada en España por Itziar Etxebarria, María José Ortiz, Susana Conejero y Aitziber Pascual mencionan que las vivencias de culpa de las personas, pueden distinguirse claramente dos componentes, uno de carácter empático (de pena por la persona a quien hemos hecho algún daño) y otro de carácter ansioso-agresivo (de desasosiego y agresividad contenida). En unas experiencias está más presente un componente y en otras, el otro. Obviamente, el



componente ansioso-agresivo estará más presente en personas que han recibido una educación más culpabilizadora y sobre las que pesan reglas más estrictas respecto al control de la conducta en general, y de la agresividad en particular. Teniendo esto en cuenta, parecía lógico pensar que este componente tuviera una mayor intensidad en las mujeres.⁴⁵

Gráfico N° 12. Distribución de los 129 adolescentes que presentaron depresión de la unidad educativa “Herlinda Toral”, según suicidio. Cuenca, febrero – agosto, 2014.



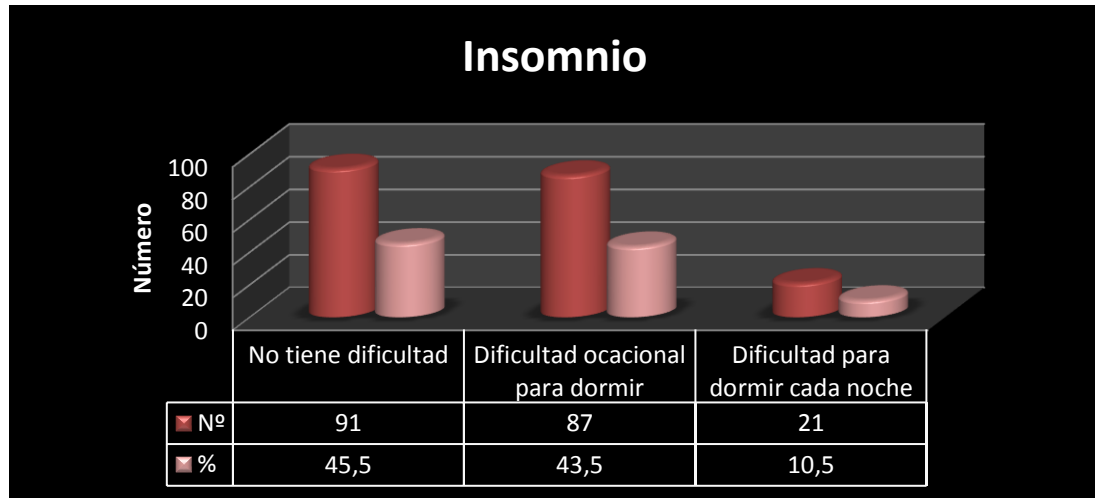
FUENTE: formulario de encuesta
ELABORACIÓN: las autoras

ANÁLISIS

En el presente gráfico observamos que de 129 adolescentes que representan el 100% que representa a los adolescentes con depresión, el 75% de los adolescentes no presenta ideas de suicidio, 13,5% desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir, 11,5% le parece que la vida no vale la pena ser vivida, presenta ideas de suicidio o amenazas e intentos de suicidio respectivamente. El suicidio es uno de los grandes problemas que acompaña a la depresión.

Un estudio realizado en la ciudad de Bogotá por Isabel Pérez-Olmos, Milcíades Ibáñez-Pinilla, Julio C. Reyes-Figueroa, Juana Y. Atuesta-Fajardo y Mónica J. Suárez-Díaz en el año 2006 indica que El 80% tenía 30 años o era menor edad, 66.7% eran mujeres, 24.4% estudiantes. Como desencadenantes: disfunción familiar y conflictos de pareja en 35.2% cada uno.⁴⁶

Gráfico N° 13. Distribución de los 129 adolescentes que presentaron depresión de la unidad educativa “Herlinda Toral”, según insomnio. Cuenca, febrero – agosto, 2014.



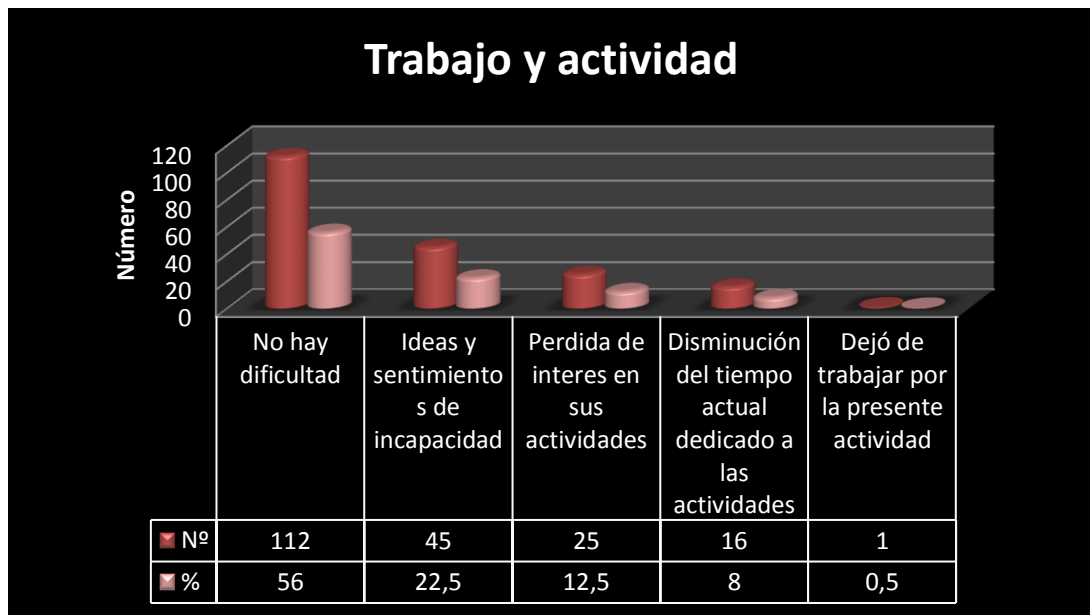
FUENTE: formulario de encuesta
ELABORACIÓN: las autoras

ANÁLISIS

En el presente grafico observamos que de 129 adolescentes que representan el 100% de los adolescentes que presentaron depresión en la Unidad Educativa Herlinda Toral, el 45,5% de los adolescentes no tiene dificultad para dormir, 43,5% presenta dificultad ocasional para dormir, 10,5% presenta dificultad para dormir cada noche. Esto se ve relacionado con problemas personales, familiares preocupación por los estudios, ansiedad, dolor por algún trastorno físico o pasan demasiado tiempo enviando mensajes de texto o chateando en la computadora con amigos hasta la madrugada.

El insomnio puede tener su origen en el estrés cotidiano, entorno muy ruidoso, temperaturas extremas, cambios de horario de estudio, uso de estimulantes (cafeína y nicotina). Comparado con otros estudios el psiquiatra Wázcar Verduzco, cuando una persona no tiene un sueño reparador, merma en sus funciones físicas y cognitivas, lo que le ocasiona un mal funcionamiento en todos los ámbitos, Verduzco Fragoso precisó es importante acudir al médico, ya que la falta de sueño es una de las razones por las que se deteriora el desempeño en la vida cotidiana.⁴⁷

Gráfico N° 14. Distribución de los 129 adolescentes que presentaron depresión de la unidad educativa “Herlinda Toral”, según trabajo y actividad. Cuenca, febrero – agosto, 2014.



FUENTE: formulario de encuesta
ELABORACIÓN: las autoras

ANÁLISIS

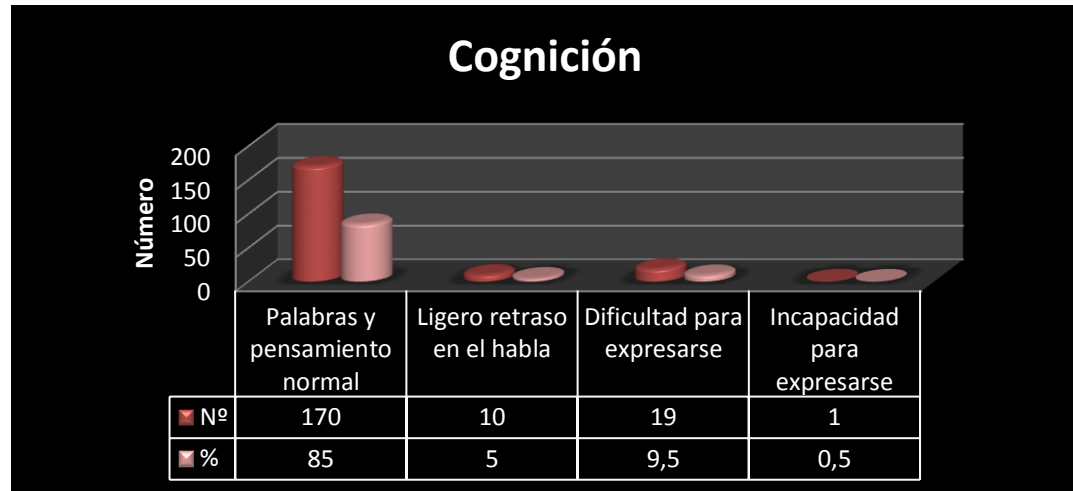
En el presente gráfico observamos que de 129 adolescentes que representan el 100% de los adolescentes con depresión de la Unidad educativa Herlinda Toral, el 56% de los adolescentes no presenta dificultad para realizar sus actividades diarias 22,5% presenta ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad en sus actividades, hay una dificultad para realizar actividad física, 12,5% presenta pérdida de interés en sus actividades por sentimientos negativos, 8,5% presenta disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad, dejó de trabajar por la presente enfermedad respectivamente por falta de energía, fatiga física o mental, no se alimenta bien. Los síntomas de la depresión es la apatía, falta de deseos de atender a sus propias necesidades físicas, lo cual prolonga el periodo de recuperación.

Comparado con otros estudios en España La depresión puede tener importantes consecuencias sobre la capacidad del trabajador para



desempeñar su actividad laboral de forma efectiva. Algunas adolescentes con depresión tienen incluso que dejar de trabajar o estudiar por completo durante cierto tiempo a causa de la gravedad de sus síntomas. La identificación de una persona que sufre una depresión, posibilitará una ayuda efectiva, acelerará su retorno a un nivel de funcionamiento mejor, y reducirá mucho sufrimiento innecesario⁴⁸

Gráfico N° 15. Distribución de los 129 adolescentes que presentaron depresión de la unidad educativa “Herlinda Toral”, según cognición. Cuenca, febrero – agosto, 2014



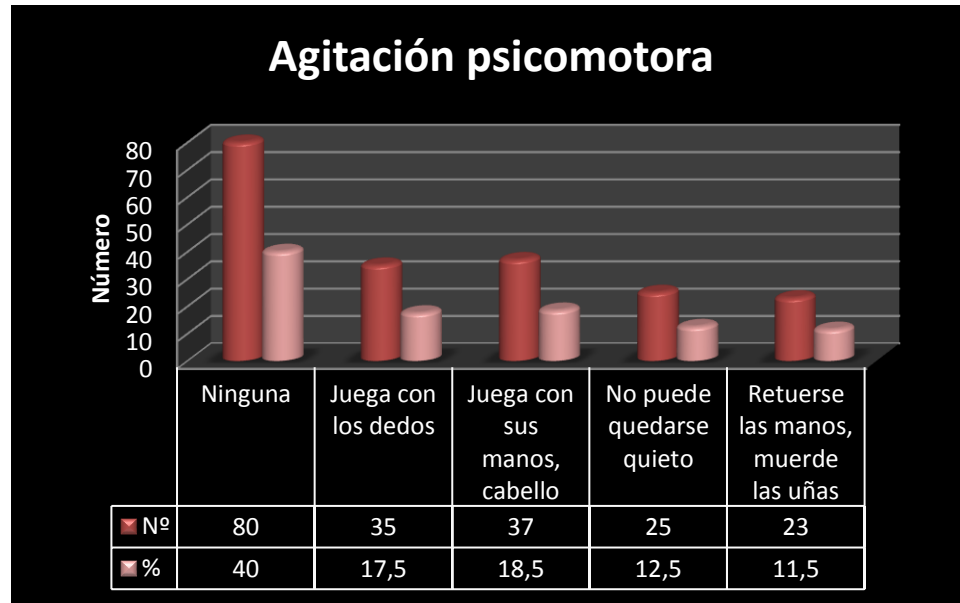
FUENTE: formulario de encuesta
ELABORACIÓN: las autoras

ANÁLISIS

En el presente gráfico observamos que de 129 adolescentes que representan el 100% de los adolescentes con depresión en la Unidad educativa Herlinda Toral, el 85% de los adolescentes presentan palabra y pensamiento normales, 9,5% presenta dificultad para expresarse, 5,5% presenta ligero retraso en el habla. La tristeza, preocupación, incapacidad para expresarse respectivamente, esto se ve reflejado por que los adolescentes se sienten frustrados esto se ve reflejado por problemas familiares, maltrato físico o emocional dentro del hogar.

Comparado un estudio realizado en España por Elizabeth Goodale dice que los síntomas de cognición de la depresión pueden tener un profundo efecto en la habilidad de los adolescentes para llevar a cabo las tareas de la vida diaria, y son factores significativos que afectan a la capacidad de funcionar tanto a nivel interpersonal como ocupacional⁴⁹

Gráfico N° 16. Distribución de los 129 adolescentes que presentaron depresión de la unidad educativa “Herlinda Toral”, según agitación psicomotora. Cuenca, febrero – agosto, 2014.

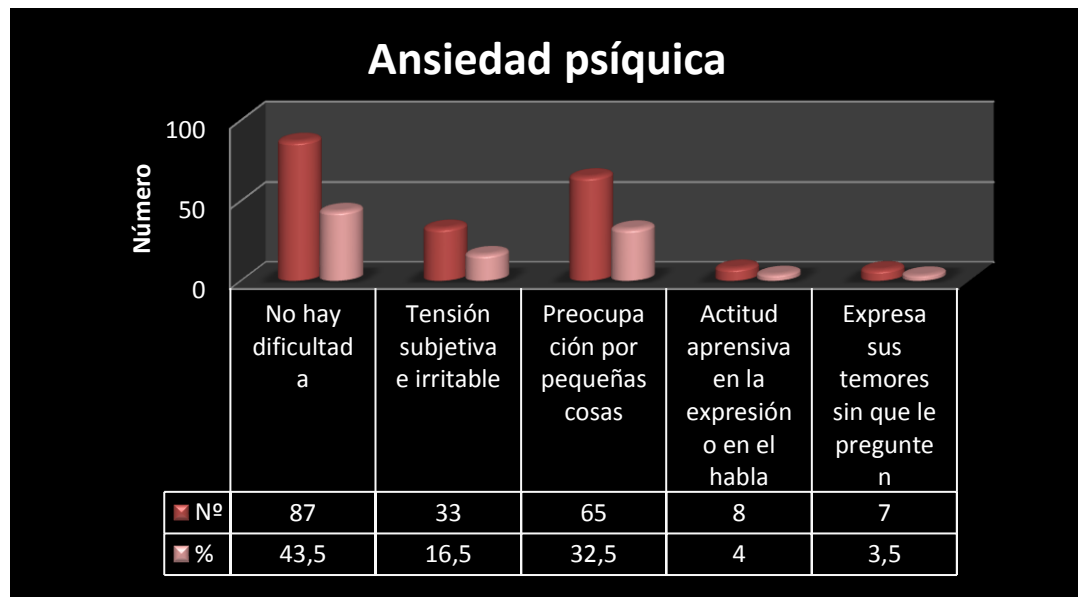


FUENTE: formulario de encuesta
ELABORACIÓN: las autoras

ANÁLISIS

En el presente gráfico observamos que de 129 adolescentes que representan el 100% de los adolescentes con depresión en la Unidad educativa Herlinda Toral, el 40% de los adolescentes no presenta, 18,5% juega con sus manos, cabello, 17,5% juega con sus dedos, 12,5% no puede quedarse quieto ni permanecer sentado, 11,5% retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios. Los adolescentes se sienten nerviosos por preocupaciones personales malos resultados en el colegio, demasiada presión, problemas de relación con los amigos o quiere llamar la atención.⁵⁰

Gráfico N° 17. Distribución de los 129 adolescentes que presentaron depresión de la unidad educativa “Herlinda Toral”, según ansiedad psíquica. Cuenca, febrero – agosto, 2014.



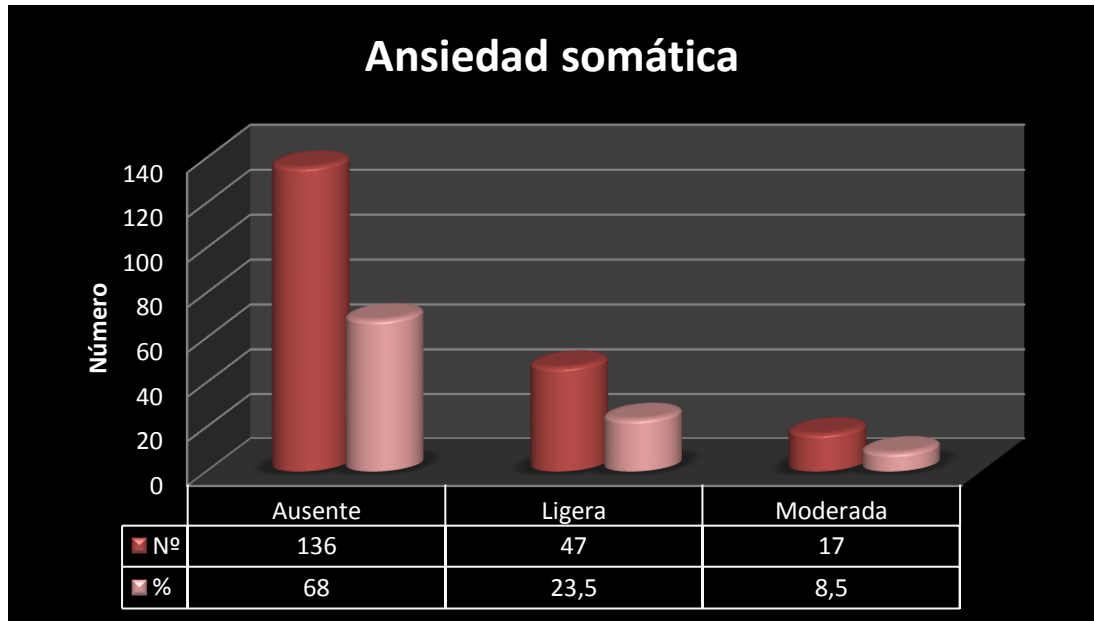
FUENTE: formulario de encuesta
ELABORACIÓN: las autoras

ANÁLISIS

En el presente gráfico observamos que de 129 adolescentes que representan el 100% de los adolescentes con depresión de la Unidad educativa Herlinda Toral, el 48% de los adolescentes no tiene dificultad, 32,5% presenta preocupación por pequeñas cosas, 16,5% presenta tensión subjetiva e irritabilidad, los adolescentes se 7,5% presenta actitud aprensiva en la expresión o en el habla, expresa sus temores sin que le pregunten respectivamente. Los adolescente presenta cambios en el estado de ánimo de malhumor, Irritables, se enfada fácilmente se siente ansioso y con miedo, indefenso, confuso, preocupante y con pensamientos negativos repetitivos.

Entre los adolescentes de 12 a 18 años tienden a surgir temores más relacionados con la autoestima personal (capacidad intelectual, aspecto físico, temor al fracaso y con las relaciones interpersonales.⁵¹

Gráfico N° 18. Distribución de los 129 adolescentes que presentaron depresión de la unidad educativa “Herlinda Toral”, según ansiedad somática. Cuenca, febrero – agosto, 2014.



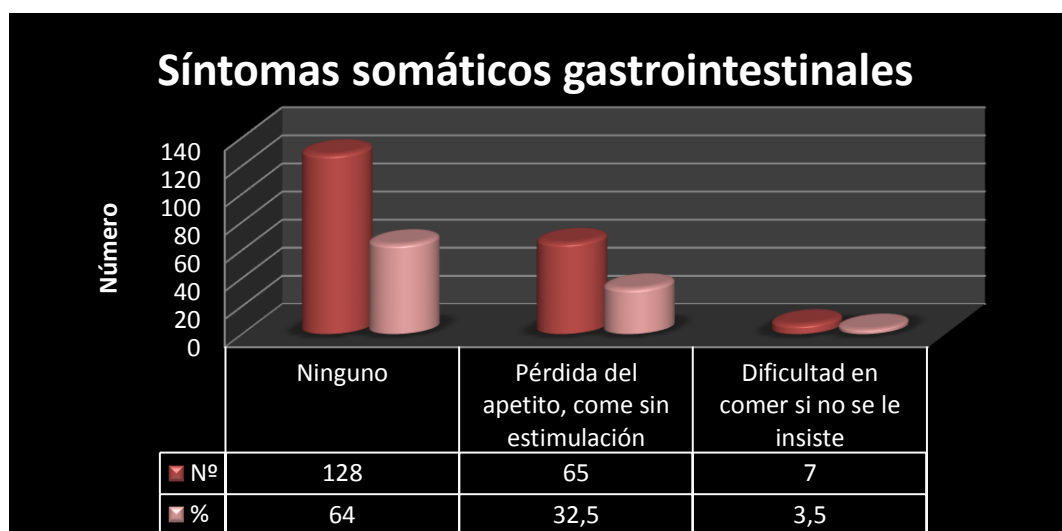
FUENTE: formulario de encuesta
ELABORACIÓN: las autoras

ANÁLISIS

En el presente gráfico observamos que de 129 adolescentes que representan el 100% de los adolescentes con depresión en la Unidad Educativa Herlinda Toral, el 68% de los adolescentes no presenta alteraciones somáticas, 23,5% presenta una ligera alteración 8,5% presenta una moderada alteración.

Los acontecimientos significativos de la vida, como la muerte de un ser querido, un divorcio, un traslado a otra zona o incluso una ruptura con un novio o novia, pueden provocar depresión. El estrés también puede intervenir, y como la adolescencia puede ser una época de gran agitación emocional y social.⁵²

Gráfico N° 19. Distribución de los 129 adolescentes que presentaron depresión de la unidad educativa “Herlinda Toral”, según síntomas somáticos gastrointestinales. Cuenca, febrero – agosto, 2014.



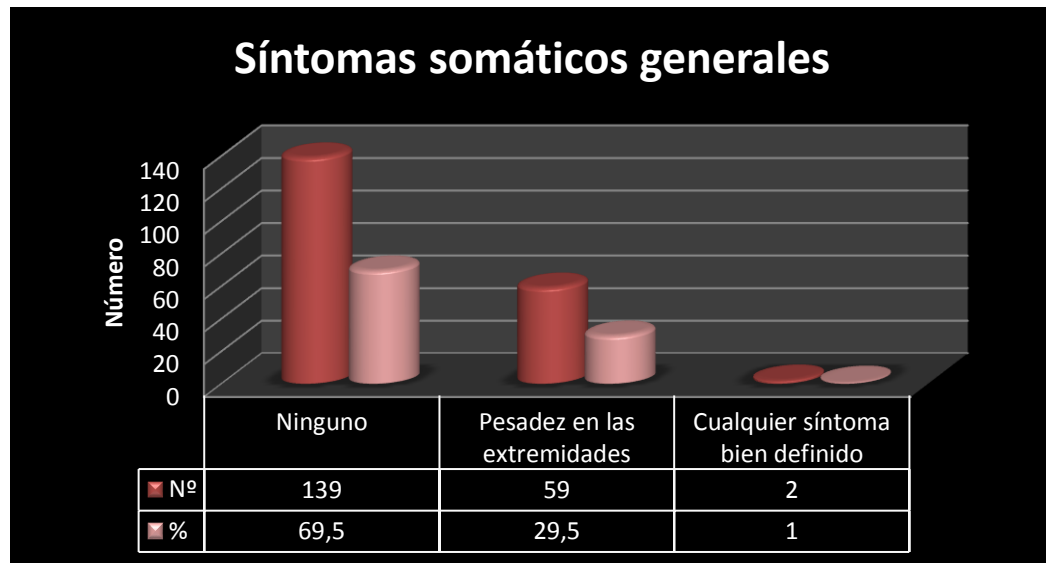
FUENTE: formulario de encuesta
ELABORACIÓN: las autoras

ANÁLISIS

En el presente gráfico observamos que de 129 adolescentes que representan el 100% de los adolescentes con depresión en la Unidad educativa Herlinda Toral, el 64% de los adolescentes no presenta síntomas somáticos gastrointestinales 32,5% presenta pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen, sensación de pesadez en el abdomen, 3,5% presenta dificultad en comer si no se le insiste, solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales. Los adolescentes están pasando por una etapa donde quieren verse más bonita, delgadas o porque están pasando por problemas familiares y se ve reflejado en la alimentación por problemas gastrointestinales.

Comparado con un estudio realizado por el Centro de Diagnóstico de la Pontificia Universidad Católica de Chile el 88% de los adolescentes con depresión la principal molestia son los dolores de cabeza y cefaleas, seguidas por problemas gastrointestinales (constipación, colon irritable), ahogos, lumbagos u otras incomodidades osteomusculares.⁵³

Gráfico N° 20. Distribución de los 129 adolescentes que presentaron depresión de la unidad educativa “Herlinda Toral”, según síntomas somáticos generales. Cuenca, febrero – agosto, 2014.



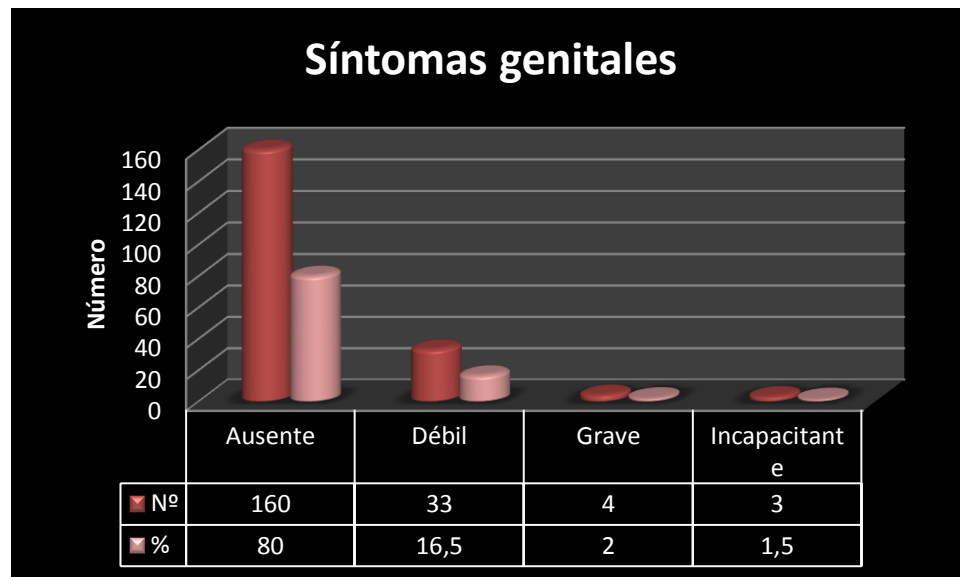
FUENTE: formulario de encuesta
ELABORACIÓN: las autoras

ANÁLISIS

En el presente gráfico observamos que de 129 adolescentes que representan el 100% de los adolescentes con depresión en la Unidad educativa Herlinda Toral, el 69,5% de los adolescentes no presenta síntomas somáticos generales, 29,5% pesadez en las extremidades, espalda o cabeza, dorsalgias, cefaleas, algias musculares, pérdida de energía y fatigabilidad, 1% presenta cualquier síntoma bien definido.

Esto se debe a problemas por enfermedades que afectan el estado de ánimo y el desempeño escolar, comparado con otros estudios las manifestaciones somáticas como fatiga, debilidad, problemas músculo-esqueléticos, sensaciones de peso o ligereza en al menos una parte del cuerpo.⁵⁴

Gráfico N° 21. Distribución de los 129 adolescentes que presentaron depresión de la unidad educativa “Herlinda Toral”, según síntomas genitales. Cuenca, febrero – agosto, 2014.



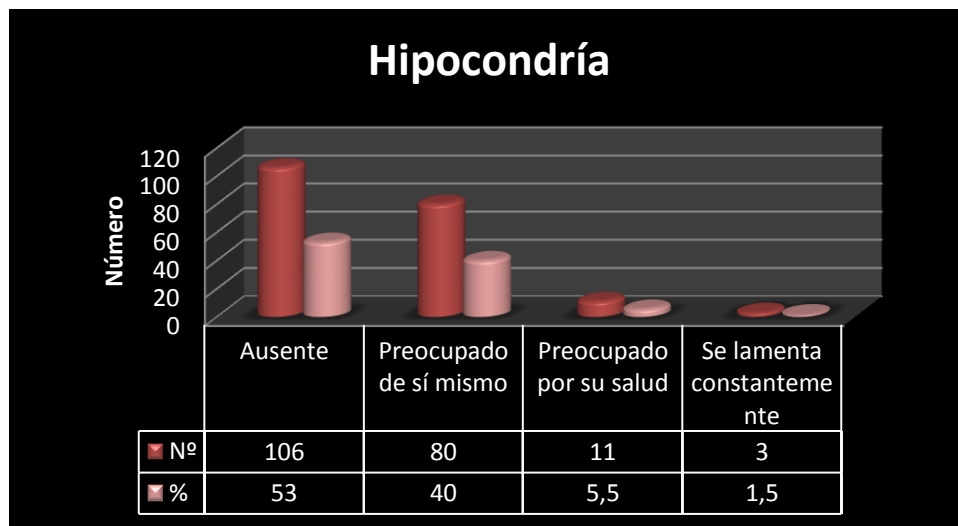
FUENTE: formulario de encuesta
ELABORACIÓN: las autoras

ANÁLISIS

En el presente gráfico observamos que de 129 adolescentes que representan el 100% de los adolescentes con depresión en la Unidad Educativa Herlinda Toral, el 80,0% no presenta síntomas genitales, el 20% de los adolescentes presenta síntomas como retraso en la menstruación, disminución de la libido. La adolescencia es la fase de la vida en la que se desarrollan los caracteres sexuales secundarios hasta lograr el fenotipo adulto, se produce el impulso del desarrollo de la pubertad, se alcanza la fertilidad y se acompaña de grandes modificaciones psíquicas. Los adolescentes tienen dificultad para percibir las consecuencias negativas de la actividad sexual. Suelen ser monógamos seriados y la mayoría de sus problemas se evitarían si se abstuviesen de conductas sexuales arriesgadas

Comparado con un estudio realizado en la ciudad de Quito por Bernardo Álvarez Vacas, menciona que los síntomas relacionados con la depresión en las mujeres son los síntomas genitales como retrasos en la menstruación, disminuían de la libido.⁵⁵

Gráfico N° 22. Distribución de los 129 adolescentes que presentaron depresión de la unidad educativa “Herlinda Toral”, según hipocondría. Cuenca, febrero – agosto, 2014.



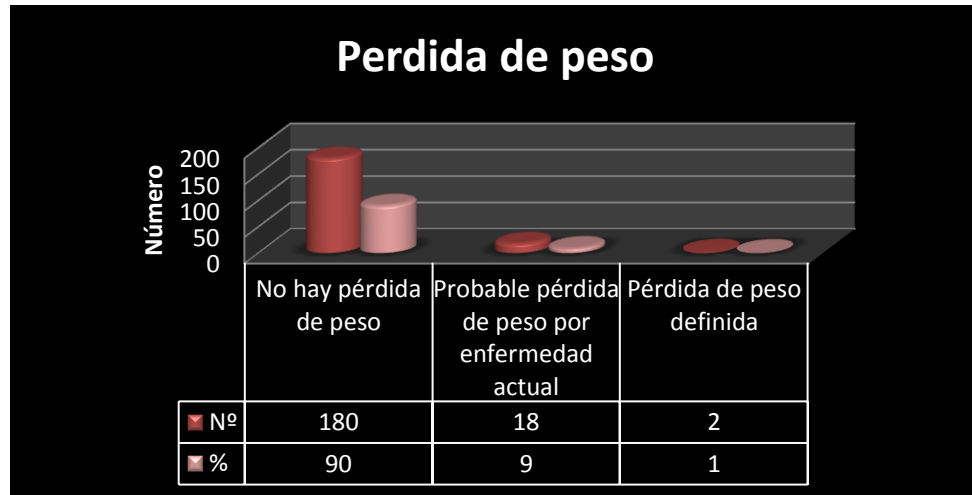
FUENTE: formulario de encuesta
ELABORACIÓN: las autoras

ANÁLISIS

En el presente gráfico observamos que de 129 adolescentes que representan el 100% que representa a los adolescentes con depresión, el 53% no presenta, 40% se encuentra preocupado de sí mismo (corporalmente), 5,5% se encuentra preocupado por su salud, 1,5% se lamenta constantemente, solicita ayuda. Es una evidente preocupación al padecer de una enfermedad o temor a padecer alguna enfermedad y pensar que la tiene.

Comparando con un estudio realizado en Barcelona España por Pincs menciona que la inmensa preocupación genera mucha angustia y suele llevar al descuido de diferentes actividades, la hipocondría es un trastorno obsesivo-compulsivo, la obsesión sería pensar que tenemos algo grave y la conducta compulsiva.⁵⁶

Gráfico N° 23. Distribución de los 129 adolescentes que presentaron depresión de la unidad educativa “Herlinda Toral”, según pérdida de peso. Cuenca, febrero – agosto, 2014.



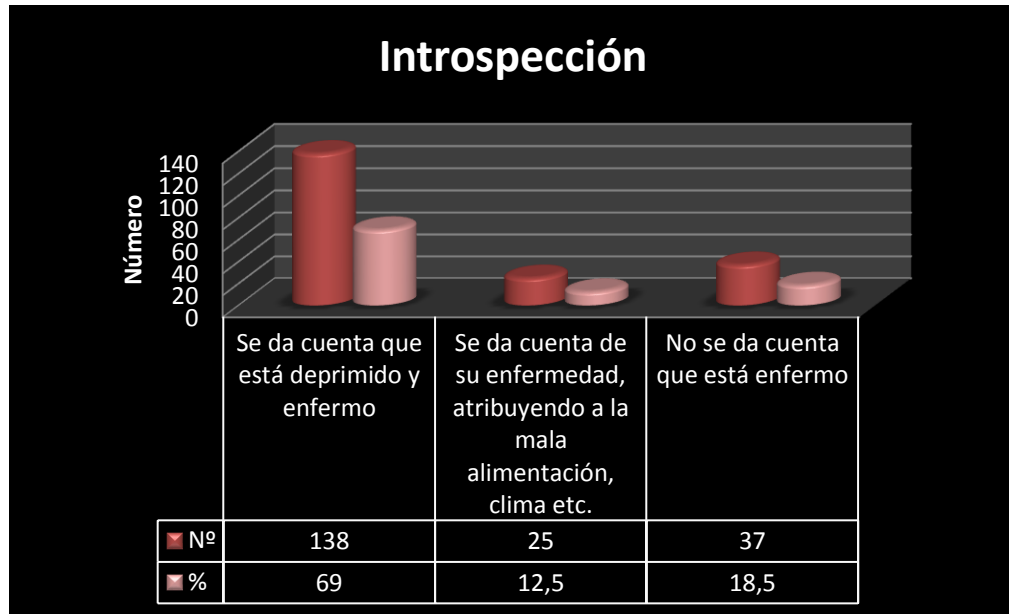
FUENTE: formulario de encuesta
ELABORACIÓN: las autoras

ANÁLISIS

En el presente gráfico observamos que de 129 adolescentes que representan el 100% de los adolescentes con depresión en la Unidad Educativa Herlinda Toral, el 90% no ha tenido pérdida de peso, 9% presenta una probable pérdida de peso por enfermedad actual, 1% presenta pérdida de peso definida según el enfermo. La pérdida de apetito o bien pérdida de interés por la comida está relacionada con trastornos de alimentación esto se debe por alguna enfermedad o está pasando por situaciones familiares desfavorables para su desarrollo, es un adolescente frustrado con su peso y quiere mantenerse delgado por la opinión de la sociedad. Los trastornos en la alimentación, como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, son especialmente frecuentes entre los adolescentes.

Comprobado con un estudio realizado en por la revista Contigo Salud publicados en marzo del 2010 menciona que en los Archivos de Psiquiatría General, demostraron que la obesidad peso aumenta el riesgo de presentar depresión y viceversa manifestándose por el sedentarismo, comer en exceso o pérdida de apetito.

Gráfico N° 24. Distribución de los 129 adolescentes que presentaron depresión de la unidad educativa “Herlinda Toral”, según introspección. Cuenca, febrero – agosto, 2014.



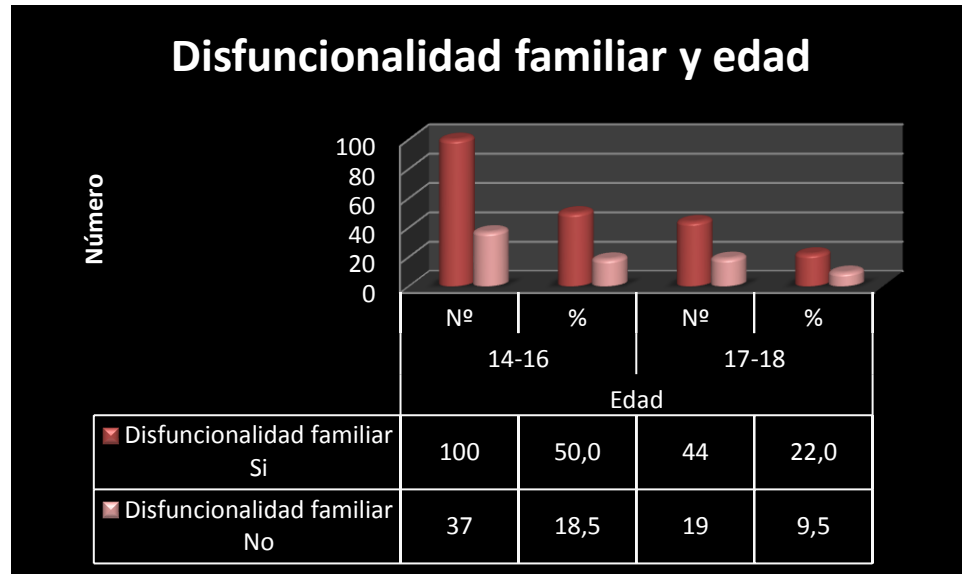
FUENTE: formulario de encuesta
ELABORACIÓN: las autoras

ANÁLISIS

En el presente gráfico observamos que de 129 adolescentes que representan el 100% de los adolescentes con depresión en la Unidad Educativa Herlinda Toral, el 69% se da cuenta que está deprimido y enfermo, 18,5% no se da cuenta que está enferma, 12,5% se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso. Los síntomas son somáticos o se expresan a través de los síntomas orgánicos de la enfermedad primaria, también están presentes síntomas psíquicos y emocionales: tristeza, llanto, evasión, pérdida del interés, enlentecimiento de las respuestas, temores infundados, y autoreproche.

La introspección se ha utilizado para utilizar a un cierto estado mental que se infiere a partir de la respuesta verbal y conductual del adolescente a su enfermedad.⁵⁸

Gráfico N° 25. Distribución de los 200 adolescentes que presentaron depresión de la unidad educativa “Herlinda Toral”, según la disfuncionalidad familiar y edad. Cuenca, febrero – agosto, 2014.



FUENTE: formulario de encuesta
ELABORACIÓN: las autoras

ANÁLISIS

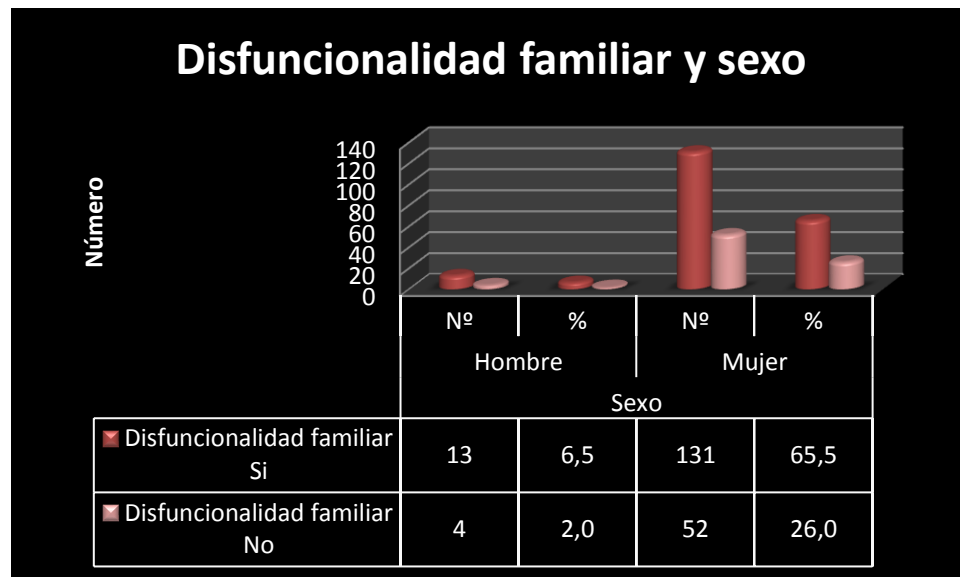
En el presente gráfico observamos que de 200 adolescentes que representan el 100%, el 50% de las edades entre 14-16 y el 22 % de las edades entre 17-18 años presentan disfuncionalidad familiar entre, el 18,5% entre 14-16 y el 9,5% de las edades entre 17-18 no presentan disfuncionalidad familiar respectivamente. La disfuncionalidad familiar en la adolescencia se da por la falta de participación activa de los padres dentro de la familia u hogar; por lo que estos básicamente no han desarrollado una actitud responsable frente a su familia, es muy común que los padres se refugien en el trabajo, lo cual es un factor muy importante en este aspecto, ya que los padres cada vez tienen menos tiempo para dedicarle a sus hijos y hacer vida familiar, dejando que ellos los adolescentes busquen la forma de los problemas perdiendo comunicación con sus padres y a su vez presentando una mala relación familiar.

Comparado con un estudio realizado en Venezuela por Allied C. Ovalles Rincón menciona que los adolescentes con edades comprendidas entre 12



a 14 años, 60% vivían con uno de sus padres u otro familiar y los de 15 a 17 años 38,3% con sus padres, además, revela que los adolescentes que vivían con uno o ambos padres presenciaban frecuentemente discusiones en su hogar, los adolescentes que vivían solo con uno de sus padres, o con padrastros y madrastras tendían a ser más agresivos y desobedientes en el Colegio.⁵⁹

Gráfico N° 26. Distribución de los 200 adolescentes que presentaron depresión de la unidad educativa “Herlinda Toral”, según la disfuncionalidad familiar y sexo. Cuenca, febrero – agosto, 2014.



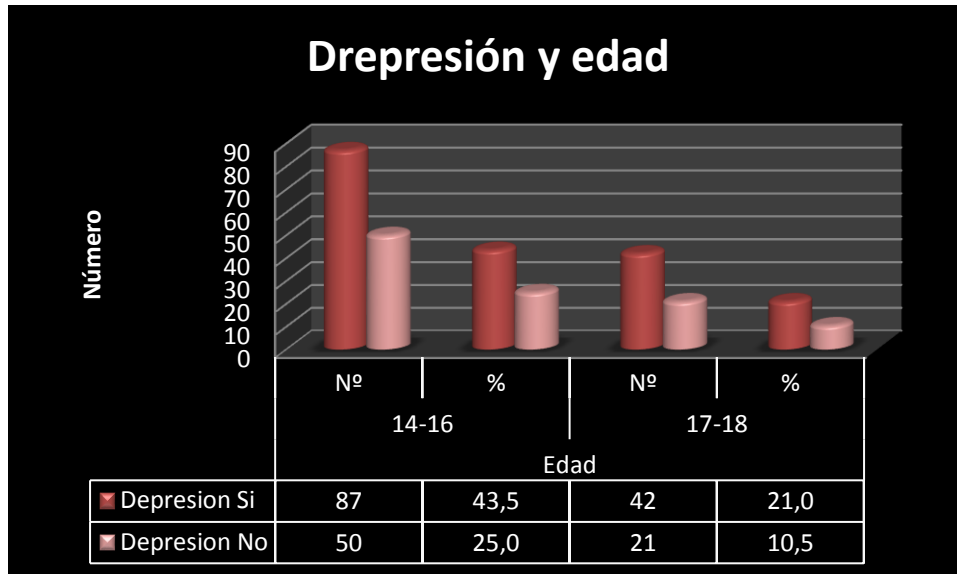
FUENTE: formulario de encuesta
ELABORACIÓN: las autoras

ANÁLISIS

En el presente gráfico observamos que de 200 adolescentes que representan el 100%, el 65,5% de mujeres y el 6,5% de los hombres presentan disfuncionalidad familiar, el 26% de mujeres y el 2% de varones no presentan disfuncionalidad familiar respectivamente. En mayor porcentaje las mujeres presentan disfuncionalidad familiar debido a que la unidad Educativa fue una institución netamente para mujeres porque las mujeres son más susceptibles a los problemas familiares, tienen más responsabilidad en el hogar.

Comparado con un estudio realizado en Venezuela por Allied C. Ovalles Rincón menciona que la relación afectiva entre los padres y los adolescentes de sexo masculino era poco comunicativa y problemática, siendo la relación familiar autoritaria, conflictiva y violenta, puesto que los padres eran severos, condiciones que no le permitían al adolescente adaptarse a la disciplina familiar.⁶⁰

Gráfico N° 27. Distribución de los 200 adolescentes que presentaron depresión de la unidad educativa “Herlinda Toral”, según la depresión y edad. Cuenca, febrero – agosto, 2014.

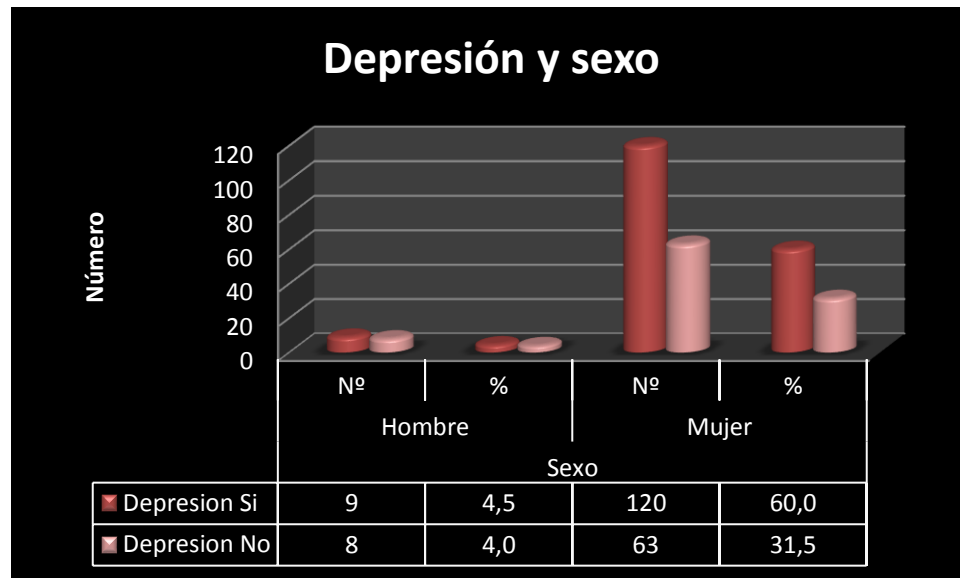


FUENTE: formulario de encuesta
ELABORACIÓN: las autoras

ANÁLISIS

En el presente gráfico observamos que de 200 adolescentes que representan el 100%, el 43,5% de adolescentes de entre 14 y 16 años y el 21% de las edades entre 17 -18 años presentan depresión, el 25% de las edades entre 14 y 16 años, y el 10,5% de las edades entre 17 y 18 años no presentan depresión respectivamente. Tomando en cuenta en las edades donde existe mayor porcentaje de depresión es en las edades entre 14-16 años esto se da porque estas edades se encuentran en un periodo de inestabilidad emocional, es una etapa de rebeldía donde se ve más sensible por los problemas con sus padres, problemas escolares, abuso o maltrato en el hogar o colegio, poca habilidad de socializar, inestabilidad emocional, fracaso en el colegio, ruptura con la pareja, presentando un sensibilidad extrema al rechazo, dificultad para expresar sus sentimientos, baja autoestima.⁶¹

Gráfico N° 28. Distribución de los 200 adolescentes que presentaron depresión de la unidad educativa “Herlinda Toral”, según la depresión y sexo. Cuenca, febrero – agosto, 2014.



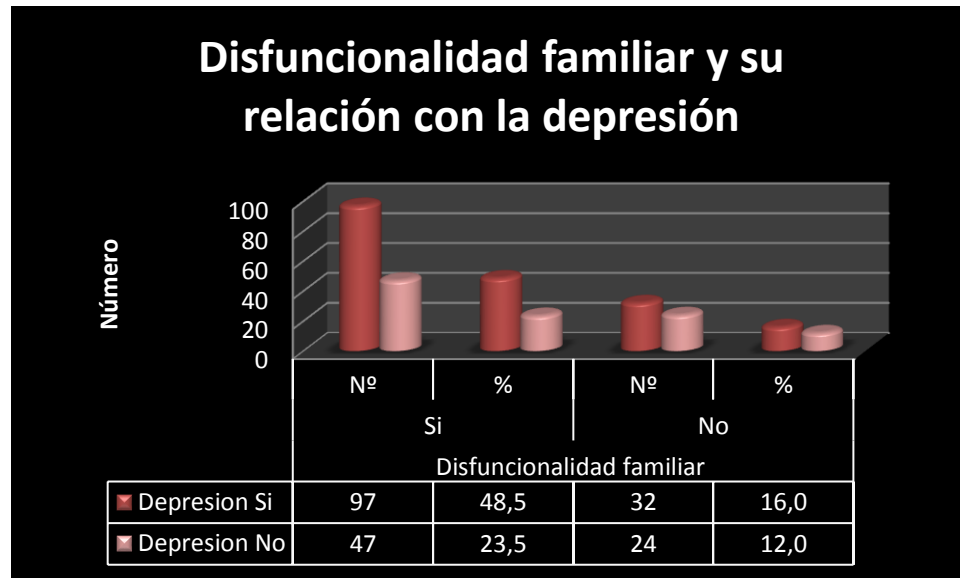
FUENTE: formulario de encuesta
ELABORACIÓN: las autoras

ANÁLISIS

En el presente gráfico observamos que de 200 adolescentes que representan el 100%, un 4.5% del sexo masculino presenta depresión y un 4% no presentan depresión, mientras que un 6% del sexo femenino presentan depresión y un 31.5 no presentan depresión. La depresión se da en la mujer con mayor frecuencia que en el varón, pero existen datos con los que se afirma que la prevalencia global de la depresión es inferior entre los varones.

Comparado con un estudio realizado en Estados Unidos Hollon, S. & Ponniah, K. mencionan que un 4-5% de las mujeres en la adolescencia presentan síntomas depresivos, las mujeres muestran el doble de probabilidades de padecer los síntomas depresivos que los hombres, los eventos traumáticos ocurridos durante la infancia, tales como el abuso sexual o psicológico, o la pérdida de un miembro cercano de la familia, pueden causar cambios en el cerebro que hacen que las mujeres sean más susceptibles a sufrir trastornos depresivos.⁶²

Gráfico N° 29. Distribución de los 200 adolescentes que presentaron depresión de la unidad educativa “Herlinda Toral”, según la disfuncionalidad familiar y su relación con la depresión. Cuenca, febrero – agosto, 2014.



FUENTE: formulario de encuesta
ELABORACIÓN: las autoras

ANÁLISIS

En el presente gráfico observamos que de 200 adolescentes que representan el 100%, un 48,5% de adolescentes presenta una relación entre la disfuncionalidad familiar y depresión, 23,5% presenta disfuncionalidad familiar y un 16% presentan depresión, el 12% no presenta ni disfuncionalidad familiar ni depresión. La familia desempeña un papel importante en los adolescentes, una atmósfera familiar negativa, estresante o infeliz puede afectar su autoestima y llevarlos a la depresión. La disfunción familiar y depresión como factores de riesgo para el intento de suicidio, con la finalidad de identificar factores de riesgo personal y familiar, siendo los principales factores de riesgo para intento de suicidio, la disfunción familiar (violencia intrafamiliar, desintegradas, disfuncionales) y los rasgos psicopatológicos (depresión, ansiedad, baja autoestima).



Comparada con otros estudios realizados en la ciudad de Guayaquil realizado por Saad de Janon, E.; Sadd de Janon, J mencionan que en la última década los problemas de violencia intrafamiliar, maltrato físico, abuso sexual de menores de edad, crisis familiares por problemas económicos debido a la situación financiera que vive el mundo, especialmente los países latinoamericanos, se han acentuado de manera drástica, siendo por ello motivo de múltiples estudios por parte de expertos en la materia.⁶³

CAPITULO VI

6. Conclusiones y Recomendaciones

6.1 Conclusiones

6.1.1 Al finalizar la investigación se determinó que el 48,5% de los adolescentes presentan una relación entre la disfuncionalidad y la presencia de depresión, por cuanto el 72% presentan disfuncionalidad familiar resaltando más la falta de comunicación, mala relación dentro del hogar, problemas con sus padres, violencia familiar, padres divorciados o separados, abuso o maltrato en el hogar, y esto hace que los mismos adolescentes presenten depresión en un 64,5%.

Como consecuencia la presencia de depresión en los adolescentes representan problemas escolares, abuso en el colegio, poca habilidad de socializar, inestabilidad emocional, fracaso en el colegio, ruptura con la pareja, sensibilidad extrema al rechazo.

6.1.2 Según la disfuncionalidad familiar es más prevalente en la edad de 14 – 16 años con un 50% debido que es una etapa de rebeldía e inmadurez emotiva, en las mujeres la disfuncionalidad familiar es más prevalente con un 65,5% y en los hombres con el 6,5%.

6.1.3 De acuerdo al estado civil de los padres de los adolescentes el 63,5 son casados, esto revela que al haber mayor porcentaje de familias nucleares y comparando con el gran porcentaje de la existencia de disfuncionalidad familiar concluimos que la mala comunicación, las malas relaciones familiares, los problemas familiares, y con un 16% son divorciados siendo estas las causas fundamentales para que se dé una disfuncionalidad familiar.

6.1.4 De los adolescentes investigados el 73,5% presentan problemas familiares mostrando un resultado contradictorio en cuanto a la relación familia siendo que el 63,5% presenta buena relación familiar.

6.1.5 Según la depresión es más prevalente en la edad de 14 – 16 años con un 43,5% debido que es una etapa de cambios emocionales y hormonales, frecuentes problemas familiares, mala comunicación en el hogar maltrato en el colegio por parte de sus compañeros, bajo rendimiento académico, en las mujeres la depresión es más prevalente con un 60% debido a que son más susceptibles a una ruptura o pelea con su pareja y a los problemas en el hogar.

6.1.6 Según los grados de disfuncionalidad familiar tiene mayor prevalencia la disfuncionalidad familiar leve con un 35,5%, caracterizándose por un poco comunicación con sus padres o hermanos, una satisfacción en como la familia resuelve los problemas, en como expresa afectos y sentimientos como amor, tristeza, rabia, en como la familia permite la participación activa del adolescente en decisiones, y en como la familia comparte un tiempo de estar juntos.

6.1.7 Según grados de depresión en mayor porcentaje los adolescentes presentan depresión leve con un 36,5%, en un menor porcentaje con el 8,5% presentan depresión severa y muy severa respectivamente siendo valores que tenemos que tomar en cuenta y no dejarlos debido a que son alarmas para actuar a tiempo con los adolescentes que eminentemente están ya en riesgo de tomar decisiones inadecuadas, según el test de Hamilton el 7,5% presenta ideas o intentos de suicidio, esto es porque la adolescencia es una etapa en la que se requiere una mayor atención por parte de sus padres y/o sus demás seres queridos.

6.2 Recomendaciones

Es importante tomar en cuenta la influencia de la familia en la adolescencia por cuanto la funcionalidad familiar en esta etapa no sólo depende de cómo reaccionen los hijos sino también de la forma en como los padres comprendan y asuman esta etapa de la vida.

6.2.1 Se recomienda evaluar la percepción de los adolescentes hacia los miembros de su familia para acercarse al nivel de funcionamiento familiar y tener una idea general de cuál es el problema familiar que afecta al adolescente llevándolo a una depresión y es recomendable una consulta psicológica.

6.2.2 Se recomienda que el departamento de bienestar estudiantil ponga más énfasis en el acompañamiento personalizado a cada uno de los estudiantes.

6.2.3 Elaborar programas sociales que promuevan la participación de adolescentes y familia como colaboradores en diferentes actividades recreativas (charlas, talleres, consultas psicológicas, promover la comunicación en la familia, etc.)

6.2.4 Se recomienda trabajar a profundidad el comportamiento de los adolescentes y su relación con el entorno familiar, para conocer las causas de la disfuncionalidad familiar y la depresión.

6.2.5 Intervención de índole sistémico (a nivel personal, familiar y social) basado en evaluación, intervención psicoeducativa e intervención psicoterapéutica familiar.

CAPITULO VII

7. Referencias bibliográficas

1. Disfuncionalidad familiar y la depresión en los adolescentes.
Disponibleen: scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113212962008000300006&script=sci_arttext. Acceso en Octubre 2013
2. Depresión en los adolescentes disponible en:
adolescentes.about.com/od/Psicologia/a/LaDepresiOnEnLosAdolescentes.htm. Acceso en Octubre 2013.
3. Funcionalidad familiar disponible en: medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2010/un041g.pdf Acceso 01 de junio de 2014
4. Dionisio F. Zaldívar Pérez “funcionalidad familiar” disponible en:
<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/funcionamientofamiliar.pdf> Acceso Mayo 2014
5. La funcionalidad familiar disponible en: scielo.org.co/scielo.php?pid=S003474502009000400005&script=sci_arttext. Acceso en Octubre 2013.
6. Gómez Clavelina FJ. Diagnóstico de Salud Familiar. En Irigoyen-Coria A, Gómez-Clavelina FJ. Fundamentos de Medicina Familiar. 7ª ed. México: Medicina Familiar Mexicana. 2009. p. 103-140. Acceso en Octubre 2013
7. Dulanto: disfuncionalidad familiar (2008) Acceso en Junio 2014
8. Disfuncionalidad familiar: factores asociados y de riesgo de la disfuncionalidad familiar disponible en:
armonia.cl/site/index.php/2012-10-10-19-25-30/121-gonzalo-gonzalez/261-la-familia-disfuncional. Acceso en Octubre 2013

9. La disfuncionalidad familiar: características, síntomas, causas y dinámicas de una familia disfuncional disponible en: scielo.org.co/scielo.php?pid=S003474502009000400005&script=sci_arttext. Acceso en Octubre 2013
10. Disfuncionalidad familiar: consecuencias disponible en: http://www.iskalti.com.mx/dimages/boletines/12/pdf_Familia%20disfuncional.pdf
11. Familia disfuncional disponible en: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/12345678/220/2/Maria%20de%20los%20Angeles%20Perez%20Perez.pdf>
12. M Rodríguez Rigual. Mesa redonda: Adolescencia - Necesidad de creación de unidades de adolescencia (en español). AnPediatri, 2009; 58:104-106. Acceso 01 de Junio de 2014
13. Depresión disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos48/la-depresion-tipos/la-depresion-tipos2.shtml> Acceso Junio 2014
14. Depresión disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Depresi%C3%B3n> Acceso en Mayo 2014.
15. Depresion en la adolescencia Goldenring, 2005 Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos48/la-depresion-tipos/la-depresion-tipos2.shtml> Acceso en Junio 2014
16. Factores externos que actúan en la depresión Bhatia, 2007; Davis, 2005). Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos48/la-depresion-tipos/la-depresion-tipos2.shtml> Acceso en Junio 2014



17. Causas de la depresión en los adolescentes disponible en <http://mujer.starmedia.com/familia/adolescencia/causas-depresion-en-adolescentes.html> 2011 acceso Mayo 2014
18. Factores de riesgo Bhatia, 2007 Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos48/la-depresion-tipos/la-depresion-tipos2.shtml> Acceso en Junio 2014
19. Depresion consecuencias Any 2007 Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos48/la-depresion-tipos/la-depresion-tipos2.shtml> Acceso en Junio 2014
20. Sintomas depresivo en los adolescentes Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos48/la-depresion-tipos/la-depresion-tipos2.shtml> Acceso en Junio 2014
21. Problemas familiares: disputas familiares disponible en: <http://benitamendez.blogspot.com/2008/09/conflictos-familiares-adolescencia.html> Acceso en Mayo 2014
22. Conductas del adolescente en una familia disfuncional disponible en: <http://www.psiquiatria.com/depresion/la-depresion-en-la-adolescencia-y-disfuncion-familiar-un-enfoque-multidisciplinario> /Álvarez, 2009 Acceso en Junio 2014
23. Adolescente en una familia disfuncional disponible en: <http://www.psiquiatria.com/depresion/la-depresion-en-la-adolescencia-y-disfuncion-familiar-un-enfoque-multidisciplinario> /Álvarez, 2009 Acceso en Junio 2014
24. Disfuncionalidad familiar y la depresión en la adolescencia disponible en: <http://www.psiquiatria.com/depresion/la-depresion-en->

la-adolescencia-y-disfuncion-familiar-un-enfoque-multidisciplinario
/pdfAcceso en Junio 2014

- 25.** Relación entre la disfuncionalidad familiar y la depresión estudios internacionales Villa, Robles, Gutiérrez, Martínez, Valadez y Cabrera (2009) disponibles en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2562/1/arenas_as.pdf Acceso en Junio 2014
- 26.** Relación entre la disfuncionalidad familiar y la depresión estudios internacionales Cogollo, Gómez, De Arco, Ruíz y Campo –Arias (2009) disponibles en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2562/1/arenas_as.pdf Acceso en Junio 2014
- 27.** Depresión en Quito muestra números alarmantes. Diario El Comercio. Últimas Noticias. Junio 2012. Disponible en: www.ultimasnoticias.ec/noticias/8875-depresion-en-quito-presenta-numeros-alarmantes.html. Acceso en Octubre 2013
- 28.** Depresión en el Azuay Disponible en: <http://www.metroecuador.com.ec/archivo-guayaquil/8491-depresion-un-mal-del-siglo-21.html> Acceso en Junio 2014
- 29.** Depresión en el Ecuador disponible en: <http://www.manabi-ecuador/252066-cuidado-con-la-depresion/> Acceso en Junio 2014
- 30.** Historia del Apgar familiar disponible en: ensayos/Apgar-Familiar-Reseña/567181.html. Acceso en Mayo 2014.
- 31.** Apgar familiar disponible en: [enfermeria/ficheros/cuestionario_apgar_familiar.pdf](#) 2012 Acceso en Octubre 2013.
- 32.** Test de Hamilton disponible en: depresión.psicomag.com/esc_hamilton.php Acceso en Mayo 2014.

- 33.** Escala de Hamilton Disponible en:
<http://www.meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.pdf> acceso en Junio 2014
- 34.** Determinación del tamaño muestral, Pita Fernández Disponible en:
http://www.fisterra.com/mbe/investiga/9muestras/tamano_muestral2.pdf Acceso en Diciembre 2013.
- 35.** Incremento de varones en colegios femeninos disponible en: Revista Venezolana de Estudios de la Mujer v.15 n.35 Caracas dic. 2010,
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1316-37012010000200009&script=sci_arttext Acceso en: julio 2014.
- 36.** Influencia del Estado civil de los padres en los adolescentes. Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/1129/1/T-UTMACH-FCS-600.pdf> Acceso en julio de 2014
- 37.** Nivel de instrucción de los padres frente la disfuncionalidad familiar en la adolescencia disponible en: <http://www.desintegracion-familiar-y-su-consecuencia-rendimiento-escolar-estudiantes/desintegracion-familiar-y-su-consecuencia-rendimiento-escolar-estudiantes2.shtml#ixzz37joSxdE9> Acceso en Julio 2014
- 38.** Relaciones familiares en la disfuncionalidad familiar disponible en <http://www.bibliociencias.cu/gsdll/collect/libros/index/assoc/HASHac76.dir/doc.pdf> Acceso en Julio 2014.
- 39.** Problemas familiares en la adolescencia disponible en:
<http://www.funveca.org/revista/PDFespanol/1999/art07.3.07.pdf>
Acceso en Julio 2014.
- 40.** Estudios de la disfuncionalidad familiar en los adolescentes disponible en: <http://psiquiatria.org.co/web/wp-content/uploads/2012/04/VOL->

%F3n%20en%20adolescentes%20y%20deestructuraci%F3n%20famili ar.pdf Acceso en junio de 2014.

41. Aplicación del Apgar familiar en la disfuncionalidad familiar en los adolescentes disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-745020130001007 Acceso en julio 2014.

42. Estudios de la depresión en los adolescentes disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/272/1/PG%20193%20TESIS%20CORREGIDA%20TOTAL%20ABORDAJE.pdf> Acceso julio de 2014

43. Estudios aplicados con el test de Hamiltong. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-13752004000400004&script=sci_arttext Acceso en julio de 2014

44. BERNARDO NARDI, Psiquiatra, Psicoterapeuta, Università Politécnica delle Marche humor deresivo en los adolescentes disponible en: <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/14/14> Acceso en julio de 2014.

45. Sentimientos de culpa en los adolescentes Disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2713 Acceso en julio de 2014.

46. Factores asociados al intento de suicidio en los adolescentes Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/rsap/v10n3/v10n3a02.pdf> Acceso en julio de 2014.

47. Insomnio relacionada con la depresión disponible en: <http://bienestar.salud180.com/salud-dia-dia/insomnio-se-genera-por-depresion> acceso en: Julio 2014

-
- 48.** Trabajo y actividad relacionada con la depresión disponible en:
<http://www.monografias.com/trabajos48/la-depresion-tipos/la-depresion-tipos2.shtml#ixzz37kAFjdWF> Acceso en: Julio 2014.
- 49.** Síntomas cognitivos relacionados con la depresión disponible en:
http://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/Ret50_2.pdf acceso en: Julio 2014.
- 50.** Agitación Psicomotora relacionada con la depresión disponible en:
http://www.psicoactiva.com/cie10/cie10_20.htm acceso en: Julio 2014.
- 51.** Ansiedad psíquica relacionada con la depresión disponible en:
<http://www.consumer.es/web/es/salud/psicologia/2010/12/03/197437.php> Acceso en: Julio 2014.
- 52.** Agitación somática relacionada con la depresión disponible en:
<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/index.shtml> acceso en: Julio 2014.
- 53.** Síntomas Somáticos gastrointestinales relacionada con la depresión disponible en: <http://www.schilesaludmental.cl/depresion.htm> acceso en: Julio 2014.
- 54.** Síntomas somáticos relacionados con la depresión disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151644462007000200018&script=sci_arttext acceso en: Julio 2014.
- 55.** Síntomas genitales relacionados con la depresión disponible en:
<http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/1559/1/UDLA-EC-TPC-2013-07.pdf> accesos en: Julio 2014.
- 56.** Hipocondría relacionada con la depresión disponible en:
<http://www.clinicadeansiedad.com/02/137/Hipocondria:-Ansiedad-por-la-salud.htm> acceso en: julio 2014.

-
- 57.** Pérdida del apetito relacionada con los adolescentes, disponible en <http://www.contigosalud.com/depresion-y-cambios-en-el-peso> acceso en Julio 2014.
- 58.** Introspección relacionada con la depresión disponible en: <http://es.slideshare.net/vitriolum/introspeccin-en-pacientes-con-psicosis> Acceso en: Julio 2014
- 59.** Incidencia de la disfunción familiar en la adolescencia, Disponible en: http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-95982007000100004&lng=es&nrm=i Acceso en julio de 2014.
- 60.** Disfuncionalidad familiar en la adolescencia Disponible en: http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-95982007000100004&lng=es&nrm=i Acceso en julio de 2014.
- 61.** Causas de la disfuncionalidad familiar en la adolescencia Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielophp?pid=S003474502009000400005&script=sci_arttext. Acceso en julio de 2014
- 62.** Índice de la depresión en los adolescentes disponible en: <http://www.sanar.org/depresion/depresion-adolescente> acceso en: Julio 2014
- 63.** Disfuncionalidad familiar relacionado con la depresión disponible en: <http://www.psiquiatria.com/depresion/la-depresion-en-la-adolescencia-y-disfuncion-familiar-un-enfoque-multidisciplinario/> acceso en: Julio 2014



CAPITULO VIII

8. ANEXOS

8.1 Consentimiento informado

Cuenca,

Señor padre de familia

Nosotras Adriana Monserrath Rivera Rodas y Sonia Beatriz Sánchez Tapia estudiantes de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Cuenca estamos realizando una investigación relacionada con la “Disfuncionalidad familiar y su relación con la depresión en los adolescentes del ciclo diversificado en la Unidad Educativa Herlinda Toral Cuenca Ecuador 2014”.

El objetivo central es determinar la disfuncionalidad familiar y su relación con la depresión en los adolescentes del ciclo diversificado en la unidad educativa “Herlinda Toral” Cuenca Ecuador 2014. La misma que se realizara mediante un formulario el test de Apgar familiar y test de Hamilton.

La presente investigación no representara daño para el alumno/a así como costo alguno para la institución o para los padres de familia.

Es preciso recalcar que los datos recolectados serán manejados con completa confidencialidad.

Si Ud. está de acuerdo que su hija/o forme parte de esta investigación le solicitamos se digne en firmar el presente documento, así como consignar su número de cedula de identidad.

Agradecemos su participación y colaboración que ira en beneficio directo de las alumnas/os.

Nombre y apellidos _____

Firma

Cedula

Responsables:

Adriana Rivera 0105477970

Sonia Sánchez 0104889159

8.2 Asentimiento informado



ANEXO 2.

Por medio del presente; los responsables de la investigación “Disfuncionalidad familiar y su relación con la depresión en los adolescentes del ciclo diversificado en la unidad educativa Herlinda Toral cuenca ecuador 2014”, solicitamos a usted de la manera más encarecida responder el siguiente formulario y test con el propósito de facilitarnos información necesaria para llevar a cabo esta investigación en este establecimiento.

Es preciso recalcar que los datos recolectados serán manejados con completa confidencialidad.

Usted es libre de responder el formulario y test adjunto, al igual que puede abandonarlo en caso que usted lo desee.

Luego de recibir y entender las explicaciones yo _____, acepto voluntariamente mi participación en este estudio y estoy dispuesta a responder todas las preguntas del formulario y test, dando por hecho que los resultados son confidenciales y que mi identidad no será revelada.

Al firmar este documento doy mi consentimiento de participar en este estudio.

Firma del voluntario: _____

Nº de cédula: _____

Responsables:

Adriana Rivera 0105477970

Sonia Sánchez 0104889159



8.3 Formulario

ANEXO 3.

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**“DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACION CON LA
DEPRESIÓN EN LOS ADOLESCENTES DEL CICLO DIVERSIFICADO EN
LA UNIDAD EDUCATIVA HERLINDA TORAL CUENCA ECUADOR
2014”**

Instructivo: Le pedimos que el siguiente cuestionario lo responda con toda franqueza. Marque con una “X” el espacio correspondiente y recuerde seleccionar una sola opción. La información que se obtenga en el siguiente cuestionario será confidencial.

FORMULARIO N° _____

FECHA: ____/____/____

EDAD: _____

SEXO: _____

1. Estado civil de sus padres

- Soltero ()
- Casado ()
- Divorciado ()
- Viudo ()
- Unión libre ()

3. ¿Cómo son sus relaciones intrafamiliares?

- Buena ()
- Regular ()
- Mala ()

2. Instrucción académica de sus padres

- Analfabeta ()
- Primaria ()
- Secundaria ()
- Superior ()

4. ¿Afectan a su estado de ánimo los problemas familiares?

- Si ()
- No ()

8.4 Apgar Familiar

ANEXO 4.

APGAR FAMILIAR

Instrucciones: responda de acuerdo a su apreciación personal las siguientes preguntas, marcando con una cruz la respuesta que más se acomode a su vivencia personal en su familia.

Funciones	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
	0	1	2	3	4
¿Está satisfecho (a) con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?					
¿Le satisface la participación que su familia le brinda y permite?					
¿Le satisface como su familia acepta y apoya sus deseos de emprender nuevas actividades?					
¿Le satisface como su familia expresa afectos y responde a sus emociones como rabia, tristeza, amor?					
Le satisface como comparten en familia: a) El tiempo para estar juntos. b) Los espacio en la casa c) El dinero					

Puntaje total:

8.5 Test de Hamilton

ANEXO 5.

TEST DE HAMILTON (HAM-D)

Lea detenidamente las preguntas y conteste lo más honestamente posible, subrayando una sola respuesta.

Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)	
- Ausente.	0
- Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente.	1
- Estas sensaciones las relata espontáneamente.	2
- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto).	3
- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea.	4
Sentimientos de culpa	
- Ausente.	0
- Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente.	1
- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones.	2
- Siente que la enfermedad actual es un castigo.	3
- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza-	4
Suicidio	
- Ausente.	0
- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida.	1
- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir.	2
- Ideas de suicidio o amenazas.	3
- Intentos de suicidio.	4
Insomnio precoz	
- No tiene dificultad.	0
- Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño.	1
- Dificultad para dormir cada noche.	2
Insomnio intermedio	
- No hay dificultad.	0
- Está inquieto o se despierta varias veces durante la noche.	1
- Esta despierto durante la noche.	2
Insomnio tardío	
- No hay dificultad.	0
- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir.	1
- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.	2
Trabajo y actividades	
- No hay dificultad.	0
- Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad en sus actividades.	1
- Pérdida de interés en sus actividades.	2
- Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad.	3
- Dejó de trabajar por la presente enfermedad.	4
Cognición	
- Palabra y pensamiento normales.	0
- Ligeramente retrasado en el habla.	1
- Evidente retraso en el habla.	2
- Dificultad para expresarse.	3
- Incapacidad para expresarse.	4

Agitación psicomotora	
- Ninguna.	0
- Juega con sus dedos.	1
- Juega con sus manos, cabello, etc.	2
- No puede quedarse quieto ni permanecer sentado.	3
- Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios.	4
Ansiedad psíquica	
- No hay dificultad.	0
- Tensión subjetiva e irritabilidad.	1
- Preocupación por pequeñas cosas.	2
- Actitud aprensiva en la expresión o en el habla.	3
- Expresa sus temores sin que le pregunten.	4
Ansiedad somática (gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración.	
- Ausente.	0
- Ligera.	1
- Moderada.	2
- Severa.	3
- Incapacitante.	4
Síntomas somáticos gastrointestinales	
- Ninguno.	0
- Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen.	1
- Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales.	2
Síntomas somáticos generales	
- Ninguno.	0
- Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad.	1
- Cualquier síntoma bien definido.	2
Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)	
- Ausente.	0
- Débil.	1
- Grave.	2
- Incapacitante.	3
Hipocondría	
- Ausente.	0
- Preocupado de sí mismo (corporalmente).	1
- Preocupado por su salud.	2
- Se lamenta constantemente, solicita ayuda.	3
Pérdida de peso (según manifestación del paciente)	
- No hay pérdida de peso.	0
- Probable pérdida de peso por enfermedad actual.	1
- Pérdida de peso definida según el enfermo.	2
Introspección (insight)	
- Se da cuenta que está deprimido y enfermo.	0
- Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	1
- No se da cuenta que está enferma	2