



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA
SALUD**

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA HUMANA

TÍTULO

**DISFUNCIÓN FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DEL
NIVEL SECUNDARIO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
“MARISCAL CÁCERES” TACNA, 2018**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA HUMANA**

PRESENTADO POR:

YESSICA CAROLINA ILLACHURA CHURA

ASESOR:

Ps. ARTURO SALAZAR MORALES

TACNA- PERÚ

2018

DEDICATORIA

Este presente trabajo es dedicado a Dios por darme el don de la vida y. A mi Madre María Elena y mi Padre Santos gracias por creer en mí y por sus oraciones fervientes de todos los días, A mi hermana por el apoyo incondicional que me ha otorgado en todo este trayecto, y a mis amigos por sus palabras de aliento y oraciones que me ayudaron para cumplir mi meta.

AGRADECIMIENTO

Mi profundo y sincero agradecimiento a mi Dios por su amor, por concederme la vida, y por todas las bendiciones que me ha concedido, a mis padres por su incondicional apoyo moral, amor, comprensión y sus oraciones para seguir estudiando y lograr el objetivo trazado para mi futuro, a la Universidad Alas Peruanas, a la Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud a cada uno de quienes fueron mis profesores; como también a mis compañeros.

INDICE GENERAL

<i>DEDICATORIA</i>	<i>ii</i>
<i>AGRADECIMIENTO</i>	<i>iii</i>
<i>INDICE GENERAL</i>	<i>iv</i>
<i>ÍNDICE DE TABLAS</i>	<i>viii</i>
<i>ÍNDICE DE FIGURAS</i>	<i>ix</i>
<i>RESUMEN</i>	<i>xi</i>
<i>Palabras claves: Disfunción Familiar, Depresión.</i>	<i>xi</i>
<i>ABSTRACT</i>	<i>xii</i>
<i>INTRODUCCIÓN</i>	<i>xiii</i>
<i>CAPITULO I</i>	<i>1</i>
<i>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</i>	<i>1</i>
<i>1.1. Planteamiento del problema</i>	<i>1</i>
<i>1.2. Formulación del problema</i>	<i>3</i>
<i>1.2.1. Problema principal</i>	<i>3</i>
<i>1.2.2. Problemas secundarios</i>	<i>4</i>
<i>1.3. Justificación del problema</i>	<i>4</i>
<i>1.4. Objetivos del problema</i>	<i>5</i>
<i>1.4.1. Objetivo general</i>	<i>5</i>
<i>1.4.2. Objetivos secundarios</i>	<i>5</i>

CAPITULO II	6
MARCO TEÓRICO.....	6
2.1. <i>Antecedentes de la investigación</i>	6
2.1.1. <i>Antecedentes Nacionales</i>	6
2.1.2. <i>Antecedentes Internacionales</i>	9
2.2. <i>Bases teóricas de las variables</i>	12
2.2.1. <i>Disfunción familiar</i>	13
2.2.1.1. <i>Definición de la Disfunción familiar</i>	13
2.2.1.2. <i>Tipos de disfunción familiar</i>	14
2.2.1.3. <i>Causas de disfunción familiar</i>	15
2.2.1.4. <i>Dimensiones de las familias</i>	19
2.2.2. <i>Depresión</i>	20
2.2.2.1. <i>Definición de la depresión</i>	20
2.2.2.2. <i>Antecedentes</i>	23
2.2.2.3. <i>Síntomas de la depresión en adolescentes</i>	26
2.2.2.4. <i>Clasificación de la depresión en adolescentes</i>	28
2.2.2.5. <i>Causas de la depresión en la adolescencia</i>	30
2.2.2.6. <i>Factores educativos de la depresión</i>	33
2.2.2.7. <i>Consecuencias de la depresión</i>	35
2.2.2.8. <i>Tratamiento de la depresión en adolescentes</i>	35
2.2.2.9. <i>Dimensiones de la depresión</i>	37
2.2.2.10. <i>La adolescencia:</i>	39
2.2.2.11. <i>Diferentes fases de la adolescencia</i>	40
2.2.2.12. <i>Los problemas internos y externos del adolescente</i>	42
2.2.2.13. <i>El adolescente como parte de la familia</i>	44
2.2.2.14. <i>La familia como sistema social.</i>	45
2.3. <i>Definición de Términos Básicos</i>	46
CAPITULO III	48
HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	48

3.1.	<i>Hipótesis de Investigación</i>	49
3.1.1.	<i>Hipótesis principal</i>	49
3.1.2.	<i>Hipótesis secundarias</i>	49
3.2.	<i>Variables de estudio</i>	49
3.2.1.	<i>Definición conceptual</i>	49
3.2.2.	<i>Definición Operacional</i>	50
CAPITULO IV		52
METODOLOGÍA		52
4.1.	<i>Tipo y Nivel de la investigación</i>	52
4.1.1.	<i>Tipo de Investigación</i>	52
4.1.2.	<i>Nivel de la Investigación</i>	53
4.2.	<i>Diseño de la investigación</i>	53
4.3.	<i>Población y muestra de estudio</i>	54
4.3.1.	<i>Población</i>	54
4.3.2.	<i>Muestra</i>	55
4.4.	<i>Técnicas e instrumentos de recolección de datos</i>	57
4.4.1.	<i>Técnicas de recolección de datos</i>	57
4.4.2.	<i>Instrumentos de recolección de datos</i>	59
4.5.	<i>Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información</i>	59
4.6.	<i>Aspectos éticos</i>	60
CAPITULO V.....		62
RESULTADOS		62

4.1. Resultados	62
4.1.1. Resultados generales por variables	62
4.1.2. Resultado por ítems	63
4.1.3. Contrastación de hipótesis	84
CAPITULO VI	95
DISCUSIÓN	95
5.1. Análisis de discusión de resultados	95
CONCLUSIONES	103
RECOMENDACIONES	104
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	106
Anexo 1: Matriz de consistencia	111
Anexo 2: Matriz de operacionalización de la variable	113
Anexo 3: Instrumentos	114

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1: Definición conceptual de variables</i>	<i>49</i>
<i>Tabla 2: Definición operacional de las variables</i>	<i>50</i>
<i>Tabla 3: Población en estudio.....</i>	<i>55</i>
<i>Tabla 4: Muestra de la población en estudio</i>	<i>56</i>
<i>Tabla 5: Conformación de la muestra.....</i>	<i>85</i>
<i>Tabla 6: Estadísticos de fiabilidad.....</i>	<i>85</i>

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Fig. 1: Resultados de la V 1 Disfuncionalidad Familiar y Resultados de la V 2 Depresión.</i>	62
<i>Fig.2: Resultados de los entre ítems 5 de la VI Resultados de los ítems 1 de la V2.....</i>	63
<i>Figura 3 Resultados de los entre ítems 1 de la VI Resultados de los ítems 2 de la V2</i>	64
<i>Figura 4: Resultados de los entre ítems 1 de la VI Resultados de los ítems 3 de la V2</i>	65
<i>Figura 5: Resultados de los entre ítems 1 de la VI Resultados de los ítems 4 de la V2... </i>	66
<i>Figura 6: Resultados de los entre ítems 3 de la VI Resultados de los ítems 5 de la V 2..</i>	67
<i>Figura 7: Resultados de los entre ítems 3 de la VI Resultados de los ítems 6 de la V 2..</i>	68
<i>Figura 8: Resultados de los entre ítems 4 de la VI Resultados de los ítems 7 de la V 2..</i>	69
<i>Figura 9: Resultados de los entre ítems 3 de la VI Resultados de los ítems 8 de la V 2..</i>	70
<i>Figura 10: Resultados de los entre ítems 5 de la VI Resultados de los ítems 9 de la V 2</i>	71
<i>Figura 11: Resultados de los entre ítems 5 de la VI Resultados de los ítems 10 de la V.</i>	72
<i>Figura 12: Resultados de los entre ítems 2 de la VI Resultados de los ítems 11 de la V 2</i>	73
<i>Figura 13: Resultados de los entre ítems 5 de la VI Resultados de los ítems 12 de la V 2</i>	74
<i>Figura 14: Resultados de los entre ítems 3 de la VI Resultados de los ítems 13 de la V 2</i>	75
<i>Figura 15: Resultados de los entre ítems 5 de la VI Resultados de los ítems 14 de la V 2</i>	76
<i>Figura 16: Resultados de los entre ítems 2 de la VI Resultados de los ítems 15 de la V 2</i>	77

<i>Figura 17: Resultados de los entre ítems 2 de la V1 Resultados de los ítems 15 de la V 2</i>	78
<i>Figura 18: Resultados de los entre ítems 5 de la V1 Resultados de los ítems 17 de la V 2</i>	79
<i>Figura 19: Resultados de los entre ítems 2 de la V1 Resultados de los ítems 118 de la V 2</i>	80
<i>Figura 20: Resultados de los entre ítems 1 de la V1 Resultados de los ítems 19 de la V 2</i>	81
<i>Figura 21: Resultados de los entre ítems 2 de la V1 Resultados de los ítems 20 de la V 2</i>	82
<i>Figura 22: Resultados de los entre ítems 5 de la V1 Resultados de los ítems 21 de la V 2</i>	83

RESUMEN

Se consideró como objetivo principal de la investigación determinar la relación entre disfunción familiar y depresión en estudiantes de cuarto y quinto grado del nivel secundario de la Institución Educativa “Mariscal Cáceres” Tacna, 2018.

Para el cual se consideró como muestra 94 estudiantes de cuarto y quinto grado del nivel secundario de la Institución Educativa “Mariscal Cáceres” Tacna, 2018. Los instrumentos utilizados fueron el test de APGAR familiar compuesto por cinco dimensiones (Adaptabilidad, Participación, Crecimiento, Afecto y Resolución) y el inventario de depresión de Beck compuesto por cinco dimensiones (afectiva, motivacional, cognitiva, conductual y físico).

Como resultado encontramos que, si existe relación directa entre disfunción familiar y depresión en estudiantes de cuarto y quinto grado del nivel secundario de la Institución Educativa “Mariscal Cáceres” Tacna, 2018.

Palabras claves: Disfunción Familiar, Depresión.

ABSTRACT

The objective of the investigation was to determine the relationship between family dysfunction and depression in the quarter and fifth grade students of the Mariscal Cáceres stitution in the city of Tacna, 2018. For which 94 Students of quarter and fifth grade of the Educational Institution "Mariscal Cáceres" Tacna in the 2018.

The instruments used were the family Apgar test composed of five dimensions (Adaptability, Participation, Growth, Affection and Resolution) And Beck's inventory of five-dimensional depression (affective, motivational, cognitive, behavioral, and physical).

As a result we find that if there is a direct and significant relationship between family dysfunction and depression in the quarter and fifth grade students of the Educational Institution "Mariscal Cáceres of the city of Tacna in 2018".

Keywords: Family Dysfunction, Depression."

INTRODUCCIÓN

La familia como sistema es un organismo compuesto de varios miembros, todos importantes, con sus necesidades, capacidades, contextos y objetivos propios, que interactúan en una búsqueda permanente de integración y bienestar.

La Organización Mundial de la Salud define a la depresión como la pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, la disminución de la vitalidad y por ende la reducción de actividad, disminución de la atención y concentración, pérdida de confianza en sí mismo y sentimiento de inferioridad, ideas de culpa o sentimiento de inutilidad, perspectiva sombría del futuro, pensamientos y acciones suicidas, trastornos del sueño y pérdida de apetito.

Una familia disfuncional habitualmente genera personas disfuncionales con efectos negativos no solo en los hijos, sean niños o adolescentes, sino también en los padres, provocando múltiples repercusiones psicológicas, sociales y laborales que van más allá de violencia y las adicciones.

La presente investigación se enfoca en la relación que tiene la disfunción familiar y la depresión en estudiantes de cuarto y quinto grado del nivel secundario de la Institución Educativa “Mariscal Cáceres” Tacna, 2018

En el primer capítulo se realiza el planteamiento del problema, así mismo formular los objetivos y la justificación.

En el marco teórico es donde se plasman investigaciones realizadas anteriormente; además de conceptualizar las variables empleadas en la investigación.

En la metodología se detalla el tipo de investigación, el diseño de la misma, la población y la muestra de estudio, se definen las variables, se explican las técnicas y distribución de los datos, el procedimiento de recolección de datos y las técnicas de procesamiento y análisis de datos.

En la última parte se presenta los resultados de la evaluación; y la discusión de los resultados, las conclusiones, las recomendaciones.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La familia es la célula fundamental de la sociedad, ya que es el primer grupo humano del que somos parte y marca una pauta importante en nuestro desarrollo personal y social.

De su funcionamiento depende gran parte del bienestar de sus miembros, ya que es inevitable aceptar que cuando dentro del contexto familiar algo anda mal, cualquiera de sus integrantes puede verse afectado, lo cual tendrá repercusiones en diversas áreas de su vida.

La importancia de la familia en la vida de las personas, no se remite únicamente a ser la primera fuente de socialización de los hijos, sino que se convierte en la principal fuente de apoyo a pesar de los conflictos que puedan suscitarse. El afecto y el apoyo dentro del contexto familiar son fundamentales para un adecuado desarrollo psicosocial de los niños y, sin duda, son un elemento clave del bienestar psicosocial. (Navarro & Cols., 2007)

En la medida que se crece, la expresión de la depresión empieza a ser más tenue. Hay niños que lloran y lloran, que no están seguros con nadie más que con la mamá, que no quieren quedarse en el colegio depresión por la separación, pero ya más grandes se vuelven temerosos y tímidos.

A unos les sudan las manos, tienen tics, se comen las uñas, se sacan el cabello, presentan manifestaciones de angustia de tipo conductual”, detalla el experto. Al crecer, la depresión se evidencia de otras maneras. A los 11 o 12 años, los síntomas toman formas de ideas. Se les ve triste, expresan temores a varias cosas. (Karina Garay)

En la adolescencia se vuelven inestables, confrontacionales, no toleran la frustración. Empiezan a tener actos autoagresivos, a golpearse, a cortarse, a tirar las cosas, son explosivos. El destacado psiquiatra sugiere buscar ayuda especializada en todas las situaciones mencionadas debido a que la depresión es una enfermedad que tiene tratamiento y cuanto antes se atienda el problema la respuesta será mucho mejor. (Karina Garay)

Desde la perspectiva del adolescente, esta etapa presenta cambios difíciles que les producen ansiedad, confusión, desorientación y hasta ideas de suicidio. Saset y Batlle (1997, citados por Callabed y cols., 1997), encontraron investigaciones en las que se halla la presencia de factores asociados a la depresión adulta que también se cumplen en los adolescentes.

No obstante, Ibarra comenta que, a inicios de la adolescencia los posibles síntomas de depresión se enmascaran a través de otros síntomas psicológicos como la fatiga persistente, intranquilidad, preocupaciones por el cuerpo, búsqueda ansiosa de compañía o de aislamiento y comportamiento teatral y es en la etapa final de la adolescencia que la depresión puede manifestarse a través de la sintomatología adulta o formas indirectas como el consumo de droga, promiscuidad sexual y los intentos suicidas. (Ibarra & col 2003)

La población peruana se caracteriza por ser relativamente joven, donde el 32% tiene menos de 15 años, tres de cada cuatro viven con sus dos padres biológicos (75%). Un 6% de los hogares tienen un menor de 15 años que no vive con ninguno de sus padres biológicos, aun cuando estos se encuentran vivos.

Del total de la población femenina de 15 a 19 años, el 13% ya son madres o están gestando y el 2% gesta por primera vez. La mayor parte de adolescentes que

son madres o están embarazadas, tienen educación primaria (34%), residen en la selva (32%) y se encuentran en el quintil inferior de riqueza (29%).

En los últimos 20 años, a pesar de los marcados avances logrados en la sobrevivencia infantil, las condiciones de salud mental de estos grupos poblacionales han empeorado, tanto en los países ricos como en los pobres.

En los estudiantes de cuarto y quinto grado del nivel secundario de la institución educativa “Mariscal Cáceres”, se observó problemas en la conducta y en el aprendizaje como consecuencia de la depresión; el cual surge por la carga emocional, vivencial y afectiva dentro de la familia.

La disfunción familiar es una causa importante para que se produzca la depresión en los adolescentes, que presentan muchos factores que pueden influir en su comportamiento. Por lo general los problemas de depresión suelen surgir cuando los estudiantes se encuentran en esta etapa que es la adolescencia, ya que presentan cambios a nivel fisiológico y psicológico que pueden provocar ansiedad para llegar a sus metas.

Es por ello que planteamos la siguiente investigación, con el fin de compilar información y dar un aporte a la sociedad sobre la disfunción familiar y la depresión en estudiantes de cuarto y quinto grado del nivel secundario de la institución educativa “Mariscal Cáceres” Tacna, 2018.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema principal

¿Cuál es la relación de la disfunción familiar y depresión en estudiantes de cuarto y quinto grado del nivel secundario de la Institución Educativa Mariscal Cáceres” Tacna, 2018?

1.2.2. Problemas secundarios

¿Cuál es nivel de disfunción familiar en estudiantes de cuarto y quinto grado del nivel secundario de la Institución Educativa “Mariscal Cáceres”?

¿Cuál es el nivel de depresión en los estudiantes de cuarto y quinto grado del nivel secundario de la Institución Educativa “Mariscal Cáceres”?

1.3. Justificación del problema

Con la presente investigación se pretende examinar la importancia teórica del tema de disfunción familiar y depresión en estudiantes del cuarto y quinto grado del nivel secundario de la Institución Educativa “Mariscal Cáceres” de Tacna.

Esta investigación se constituirá de la información empírica de base, que llenará el vacío del conocimiento existente sobre la disfunción familiar y la depresión en los estudiantes de la ya mencionada institución, así como generará otras interrogantes en futuras investigaciones, se dará hincapié en los estudiantes provenientes de familias disfuncionales relacionados con la agresividad física y verbal, la ira y hostilidad que presentan en la Institución Educativa “Mariscal Cáceres”.

Hoy en día los problemas y cambios que las familias enfrentan son más difíciles, es por todo esto que diseño la presente investigación con el fin de recoger información y dar un aporte a la sociedad, sobre disfunción familiar y depresión en estudiantes del cuarto y quinto grado del nivel secundario de la Institución “Mariscal Cáceres” de Tacna, además de ello será utilizado con fines preventivos y de esta forma evitar consecuencias desastrosas a la sociedad.

1.4. Objetivos del problema

1.4.1. Objetivo general

Determinar la relación entre disfunción familiar y depresión en estudiantes de cuarto y quinto grado del nivel secundario de la institución “Mariscal Cáceres” Tacna, 2018.

1.4.2. Objetivos secundarios

Establecer el nivel de disfunción familiar en estudiantes de cuarto y quinto grado del nivel secundario de la Institución Educativa “Mariscal Cáceres”.

Establecer el nivel de depresión en los estudiantes de cuarto y quinto grado del nivel secundario de la Institución Educativa “Mariscal Cáceres”.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes Nacionales

Espinoza (2015) “*Clima social familiar y la depresión del tercer año del nivel secundario de la Institución Educativa N° 001 José Lishner Tudela*”. Tumbes – Perú.

El objetivo principal es determinar la relación entre el clima social familiar y la depresión en los estudiantes del nivel secundario de la “Institución Educativa N° 001 José Lishner Tudela”-Tumbes, 2015. La hipótesis principal es si existe una relación de grado significativo entre el clima social familiar y la depresión de los estudiantes de la Institución Educativa N° 001 José Lishner Tudela Tumbes, 2015. La metodología utilizada es de tipo cuantitativo, es descriptivo correlacional y conformada por 103 estudiantes muestra de 83. Se concluyó que si existe relación positiva y significativa entre el clima social familiar y la depresión en los estudiantes del tercer año del nivel secundario de la institución educativa N° 001 "José Lishner Tudela"- Tumbes, 2001.

Palomino (2015) “Disfunción familiar como factor de riesgo para embarazo adolescente en el Hospital Distrital Jerusalén de la esperanza en el período Enero - Febrero 2015” Trujillo – Perú menciona.

El objetivo principal es determinar si la disfunción familiar es factor de riesgo para embarazo adolescente en el Hospital Distrital Jerusalén de la Esperanza. Se llevó

a cabo un estudio de tipo, analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. La población de estudio estuvo constituida por 120 adolescentes según criterios de inclusión y exclusión establecidos distribuidos en dos grupos: con y sin gestación. La frecuencia de disfunción familiar en las adolescentes con y sin gestación fue de 32% y 17% respectivamente. El ODDS ratio de disfunción familiar en relación a adolescente gestante fue de 2.31 ($p < 0.05$) el cual fue significativo. La disfunción familiar es factor de riesgo para embarazo adolescente en el Hospital Distrital Jerusalén de la Esperanza. No existen diferencias significativas en relación a edad y procedencia entre las adolescentes de ambos grupos de estudio.

Gonzáles & otros. (2013) “Factores familiares que influyen en las manifestaciones depresivas en adolescentes del 1° al 5° de secundaria de un colegio nacional mixto del distrito de Los Olivos - Lima “ Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima-Perú menciona en su investigación.

Su objetivo principal es determinar los factores familiares que influyen en las manifestaciones depresivas en los adolescentes de 1° al 5° grado de secundaria del colegio N° 2022 del distrito de Los Olivos - Lima 2013. La investigación es de tipo descriptivo, de corte transversal. La población de estudio fue de 163 estudiantes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. El tipo familiar predominante fue el de familia extendida: 40,5% (66) de los adolescentes. El nivel de disfunción familiar fue muy elevado: 26,4% (43) con disfunción moderada y 24,5% (40) con severa. La relación factor familiar con tipo de familia y manifestaciones depresivas, hizo ver que el 40,7% (27) pertenece a familias extendidas y presentan manifestaciones depresivas definidas, y el 3,1% (1) de familia monoparental presenta depresión; aunque las diferencias no resultaron significativas ($p = 0,712$). La relación funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas mostró que el 50,0% (20) de adolescentes de familias con disfunción severa presentan manifestaciones depresivas bien definidas, y el 46,5% (20) de familias con disfuncionalidad moderada también presenta manifestaciones depresivas bien definidas; incluso un 18,4% (7) proveniente de familias con buen funcionamiento presentan manifestaciones depresivas bien definidas. Las diferencias resultaron significativas ($p = 0,030$). Se concluyó de que las manifestaciones depresivas tienen relación directa con el

funcionamiento de la familia, siendo este dato significativo ($p=0,030$). En tanto, las manifestaciones depresivas no guardan relación con el tipo de familia ($p=0,712$).

Arenas, S. (2009) “Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes”. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima-Perú menciona en su investigación:

Su objetivo principal es determinar la relación existente entre la funcionalidad familiar y la depresión en los y las adolescentes atendidos en el Departamento de Psicología del Hospital Nacional Hipólito Unanue. La hipótesis a conjeturar es ver si existe relación entre los niveles de funcionalidad y la presencia o ausencia de depresión en los adolescentes evaluados. El presente estudio se perfila como una investigación de tipo sustantiva con nivel descriptiva porque se orienta a conocer la funcionalidad familiar en las y los adolescentes que presentan depresión o no presentan depresión, para poder encontrar detalles generales que puedan complementar la teoría científica sobre la depresión. Se concluyó que la percepción de los niveles de funcionalidad familiar y su relación con la presencia o ausencia de depresión en adolescentes no presenta relación significativa en la muestra estudiada. La presencia de depresión y la percepción de los niveles de funcionalidad familiar no se diferencian significativamente entre adolescentes varones y mujeres de la muestra. En cuanto a la presencia o ausencia de depresión en los adolescentes según sexo no se hallaron diferencias estadísticamente significativas, no obstante la frecuencia de depresión en las mujeres se observó que era mayor que en los varones. Respecto a los niveles de funcionalidad que perciben los adolescentes de ambos géneros no se hallaron diferencias estadísticamente significativas, ya que la mayoría de los evaluados, independiente del género, perciben un nivel de rango medio en la funcionalidad familiar.

Condori (2002). “*Funcionamiento familiar y las situaciones de crisis de adolescentes infractores y no infractores en Lima Metropolitana*”. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima-Perú, menciona en su investigación:

El objetivo principal de la investigación es conocer los tipos y niveles de funcionamiento familiar, y su relación con las respuestas ante situaciones de crisis,

esto es, la forma como enfrenta sus problemas, en familia, los menores infractores y no infractores. Se investigó en una muestra poblacional de 514 menores infractores y no infractores elegidos de forma intencional por muestreo no probabilístico. Utilizó el FACES III y el F-COPES que evalúan funcionamiento familiar y respuesta ante las situaciones de crisis; ambos instrumentos se basan en el modelo circunflejo de Olson. Los resultados revelan la existencia de diferencias significativas entre los menores infractores y no infractores, principalmente en la relación entre el tipo de familia y sus respuestas ante las situaciones de crisis. El investigador comenta que no siempre es propio de un modelo de vida del individuo un determinado tipo de familia (entre los 16 tipos que postula Olson) y la posibilidad de conductas desadaptativas tiende a ser similar en cualquier tipo de familia; no obstante, es importante reconocer que la funcionalidad familiar como un conjunto de dimensiones es la base principal para la buena formación del menor y el desarrollo de su estabilidad emocional.

2.1.2. Antecedentes Internacionales

Tellechea, L (2014). “Abordaje del adolescente que se encuentra en una familia disfuncional en la ciudad de Guayaquil – Ecuador”, menciona:

Tiene como objetivo principal proponer una estrategia de intervención familiar para el abordaje del adolescente que se encuentra en una familia disfuncional. La metodología seleccionada fue de campo, descriptivo y documental. La población de la presente investigación estuvo constituida por 250 familias del casco histórico del Municipio Naguanagua. Edo. Carabobo, cuya muestra estuvo constituida por 10 familias disfuncionales con hijos adolescentes. Se concluyó que los miembros de las familias investigadas no siempre están conscientes de la magnitud del problema ocasionado por la disfunción familiar produciéndose el debilitamiento de las relaciones entre sus miembros, no perciben esta situación como un problema que afecta el desarrollo de sus hijos adolescentes. Es necesario entonces, fortalecer a la familia en todos sus aspectos de manera que ésta pueda ejercer su labor como célula de la sociedad en la formación, educación y fortalecimiento de sus miembros, de manera que tengamos adolescentes sanos física, psíquica, social y

espiritualmente para que la sociedad pueda contar con adolescentes emocionalmente estables y físicamente sanos que contribuyan al bienestar actual y adultos motivados a la búsqueda de la prosperidad propia y colectiva, para construir el futuro social.

Rivera & Sánchez (2014). “Disfuncionalidad familiar y su relación con la depresión en los adolescentes del ciclo diversificado en la unidad educativa Herlinda Toral Cuenca 2014”. Cuenca - Ecuador, menciona:

La investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo, utilizando los siguientes instrumentos de evaluación como un formulario, cuestionario Apgar familiar y test de Hamilton, La investigación se llevó a cabo en la unidad educativa “Herlinda Toral”, está ubicada en Cuenca- Ecuador, con una población conformada de 200 estudiantes de primero, segundo y tercer año de bachillerato. Durante el mes de Febrero-agosto del 2014. Cuyo objetivo es Determinar la disfuncionalidad familiar y su relación con la depresión en los adolescentes del ciclo diversificado en la unidad educativa “Herlinda Toral”. Al finalizar la investigación se determinó que el 48,5% de la población presentan una relación entre la disfuncionalidad y la presencia de depresión, es así que 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 adolescentes presenten depresión en un 64,5 %.

Moreno, (2014) “Familias disfuncionales como predictoras de conductas asociales en los estudiantes de primero y segundo año de bachillerato de un colegio público del Noroccidente de Pichincha, año lectivo 2013-2014”. Centro Universitario San Miguel de los Bancos Ecuador

La presente investigación intenta identificar si la disfunción familiar es un predictor de conductas disociales en los estudiantes de primero y segundo año de bachillerato de un colegio público en el Noroccidente de Pichincha. Para el efecto se consideró una muestra de 40 adolescentes a quienes se aplicó el test EPQ-J y ECODI, la ficha sociodemográfica y el cuestionario APGAR para padres de familia y entrevistas a docentes guía. Los resultados de los instrumentos aplicados mostraron la existencia de conductas disociales en un 55% de los adolescentes, pero solamente

el 13% de familias presentó disfunción familiar, razón por la cual se concluyó que: las familias disfuncionales no son predictoras de conductas disociales en los adolescentes de primero y segundo año de bachillerato de la institución investigada. Ante estas evidencias, la propuesta se enfoca en un proyecto en el cual mediante la participación en actividades comunitarias, el estudiante logre una experiencia de vida que contribuya en su formación integral. En conclusión se encontró presencia de conductas disociales en los adolescentes investigados, entre las que los docentes refieren: alcohol, drogas, bullying, agresión y además la presencia de actitudes negativas como irrespeto, intolerancia, deshonestidad, entre otras. Las familias disfuncionales no son predictoras de conductas disociales en los adolescentes de primero y segundo año de bachillerato de la institución tomada como muestra para el presente trabajo investigativo.

Tuárez, (2013) “Influencia de la disfuncionalidad Familiar y los síntomas depresivos sobre el Rendimiento Académico en los estudiantes de 1er a 8vo semestre de la Facultad de Medicina de la Universidad de las Américas en la ciudad de Quito”. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Medicina. Quito-Ecuador.

El objetivo en esta investigación es analizar la prevalencia del trastorno de depresión y el grado de funcionalidad familiar en relación a los factores académicos en los estudiantes de la Facultad de Medicina de la UDLA. El estudio se realizó con una muestra obtenida del correspondiente universo conformado de todos los estudiantes (155 estudiantes) de 1er a 8vo semestre de la facultad de medicina de la UDLA aplicando el Inventario de Depresión de Beck para medir síntomas depresivos y el cuestionario de APGAR familiar y el FACES III para medir grado de funcionalidad familiar, además de emplear encuestas orientadas a la percepción académica de cada estudiante y su relación con el entorno estudiantil. Se realizó un estudio observacional y transversal con una muestra obtenida mediante muestreo aleatorio estratificado por nivel académico. Se concluyó que no se encontraron diferencias significativas con respecto a la disfuncionalidad familiar según FACES III, sin embargo se encontraron diferencias significativas entre tener síntomas depresivos según el Inventario de Beck con respecto al bajo rendimiento académico. Según el Inventario e Beck se encontró una prevalencia de 87% para síntomas

depresivos leves, un 9.4% para síntomas depresivos moderados y un 3.6% para síntomas graves

Iller, J. (2014). “La funcionalidad familiar y el riesgo suicida en los adolescentes del segundo año del colegio de bachillerato unificado Victoria Vascones Cuvi de la ciudad de Latacunga”. Repositorio Digital Universidad Técnica de Ambato.

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar la incidencia de la funcionalidad familiar en el riesgo suicida de los adolescentes del segundo año del colegio de bachillerato unificado Victoria Vascones Cuvi de la ciudad de Latacunga tomando en consideración la dinámica familiar y como esté afecta a los miembros del sistema familiar, su contextualización fue a nivel macro Latinoamérica, a nivel meso Ecuador, y finalmente a nivel micro la provincia de Cotopaxi y a su vez la institución. La metodología de la investigación fue un enfoque cuali-cuantitativo y de campo mediante la aplicación de reactivos psicológicos el FF-SIL para Funcionalidad Familiar y el Test de Riesgo Suicida teniendo como muestra a 448 estudiantes, posteriormente se realizó el cálculo del “Chi-cuadrado” χ^2 para la verificación de la hipótesis, en donde se llega a la conclusión de que se rechaza la Hipótesis Nula (H_0) y se acepta la Hipótesis Alternativa (H_1), es decir se comprueba la relación entre las variables del riesgo suicida sobre la funcionalidad familiar, manifestando que mientras menos funcional sea la familia, existirá más riesgo suicida, concluyendo que el 21% de la población evaluada si presenta riesgo suicida y el 47% son familias disfuncionales, de acuerdo a esto se ha generado la propuesta en base a la terapia cognitiva de Aaron T. Beck.

2.2. Bases teóricas de las variables

2.2.1. Disfunción familiar

2.2.1.1. Definición de la Disfunción familiar

Continuamente se habla de disfunción familiar se debe a que las interacciones de ven involucradas por problemas sociales, psicológicos, económicos, enfermedades biológicas y aspectos negativos que van deteriorando la armonía que existe en ella.

Según Hunt (2007) da dos definiciones de familia disfuncional: primero, considera que una familia disfuncional es donde el comportamiento inadecuado o inmaduro de uno de los padres inhibe el crecimiento de la individualidad y la capacidad de relacionarse sanamente los miembros de la familia. Por lo tanto, la estabilidad emocional y psicológica de los padres es fundamental para el buen funcionamiento de la familia. Y segundo, Una familia disfuncional es donde sus miembros están enfermos emocionales, psicológicos y espiritualmente (P.1).

La disfunción familiar es muy estudiada dentro de la psicología, ya que se la ha relacionado con el surgimiento de diversos problemas de salud mental como adicciones, anorexia y bulimia, depresión, ansiedad, entre otros. Por este motivo, es de suma importancia que los tratamientos para superar estas dificultades tomen en cuenta y consideren a la familia de manera integral. (<http://www.revistabiendesalud.com/articulos/funcionalidad-y-disfuncionalidad-familiar/>)

La familia es la base fundamental de la sociedad en ella se dan los primeras conductas, el apego, amor y proporcionan un medio para la crianza de los hijos. Una familia disfuncional puede convertirse en una fuente de obstáculos en la adaptabilidad del adolescente, este grupo poblacional presenta una gran inestabilidad personal, emocional, por los cambios físicos, psicológicos y sociales que atraviesan, estos cambios puede llegar a originar problemas sociales que a menudo se observa en nuestra localidad. (Marleny & Mubbia, 2013)

Hoy en día la familia disfuncional es muy estudiada por la psicología porque mantienen muchos secretos desastrosos para la sociedad y para el hogar se convierte en una fuente de obstáculo para los hijos que muestra dificultades en el buen desarrollo psicológico, emocional, espiritual. Las familias están enfermas en proporción a los secretos que guardan.

2.2.1.2. Tipos de disfunción familiar

Existen diferentes tipos de disfunción familiar; dependiendo con la particularidad del problema o enfermedad psicológica que tengan, por consiguiente muchos de ellos a veces se combinan.

Los tipos de familias disfuncionales los constituyen las familias disfuncionales por adicciones, familias disfuncionales de desórdenes mentales, familias disfuncionales por abuso y familias disfuncionales por irrealidad. (Altamirano J, Abad A, Arias J. 2014)

a. Disfuncionales por adicciones (adicto génicos)

Puede ser la adicción de sustancias químicas consideradas por la legislación del país como legales; o puede deberse a adicciones a otras sustancias ilegales y acaso un patrón con una conducta persistente y reincidente.

b. Familias disfuncionales de desórdenes mentales

El segundo tipo se trata de familias que tienen casos de conductas disruptivas, antisociales, psicopatías y depresiones. Muchas veces como en este caso una familia trata de ignorar y cubrir este tipo de problemas al ver que es embarazoso tener que admitir un problema tan grave como este.

c. Familias disfuncionales por abuso (psicogénicas)

En estas familias existen algún tipo de abuso sea sexual, físico y psicológico (amenazas, manipulación, bajar el autoestima, entre otros). Generando frialdad en los efectos, en ocasiones la disociación de su familia y generalmente provocando en su clima trastornos mentales.

d. Familias disfuncionales por irrealidad

En estas familias hay un comportamiento neurótico de parte de algunos miembros de la familia. El ser neurótico es quien no niega la realidad, simplemente no quiere saber nada de ella. Pertenecen a este tipo de neurosis la histeria, angustia, obsesivas, y las fóbicas.

Analizando los tipos de la disfunción familiar mencionados muchas veces es porque guardan secretos que los enferman cada día. Solo sacando a la luz cada situación es que podemos superarla.

Los secretos son aquellas cosas de las cuales estamos avergonzados: adulterios, suicidios, abortos, fraudes, adicciones, etc.

2.2.1.3. Causas de disfunción familiar

Se dice que el hombre y la mujer, no sólo se unen para preservar la raza humana. Su trabajo es mucho más complicado que ello. Lo difícil no es crear una familia. Es crear el ambiente propicio para que los hijos, crezcan y sean hombres y mujeres de bien. Cuando no se logra aquel ambiente propicio lo llamamos disfunción familiar y sus causas mencionado por el siguiente autor.

Manso, menciona las siguientes causas de las familias disfuncionales. (Manso. 2011)

a. El desempleo

Hace referencia a la situación del trabajador que carece de empleo por tanto de salario, por extensión es la parte de la población que estando en edad, condiciones y disposición de trabajar, población activa carece de un puesto de trabajo. Es por ello que las discusiones en el hogar comienzan a incrementar, por la falta de presupuesto para cubrir las necesidades básicas de la familia.

b. La escasa comunicación

Entre sus miembros, es uno de los factores que provocan que una familia funcional cambie radicalmente a disfuncional. A la vez la comunicación es autoritaria y dictatorial, la falta de comunicación entre padres e hijos destruye la autoestima en los hijos provocándolos a buscar aceptación en ambientes inapropiadas para ellos.

c. Relación disfuncional entre padre y madre

La base de una familia será siempre la unión de dos personas, los cuales puedan tener hijos y criarlos, aunque últimamente se han percibido otras alternativas, como concubinas, parejas homosexuales, o personas que quieren hijos sin tener pareja; éstos son ejemplos de que se piensa que es innecesario tener esta relación entre padre y madre para tener una familia. Aunque haya diferentes interpretaciones, veremos aquí la definición de familia como la relación entre una mujer y un hombre que se unen y que en muchos casos lleguen a tener hijos.

d. Machismo

Machismo hoy en día llega a influenciar en la sociedad y por ende en la familia. El machismo, es conocido también como androcentrismo (el varón como centro), supone una actitud de deshonor, desprecio y discriminación hacia la mujer. Ideológicamente sostiene que el varón es superior y la mujer debe estar unilateralmente sometida al mundo masculino. No hay base sostenible para dicha idea; por lo tanto, se trata de una construcción cultural.

e. Violencia

Son innumerables las formas de la violencia familiar. Puede pensarse en violencia hacia los mayores, entre cónyuges, hacia los hijos, las mujeres, los hombres, los discapacitados, etc. Además siempre es difícil explicitar un esquema típico familiar, debido a que la violencia puede ser física o emocional, y ocurre en todas las clases sociales, culturas y edades. Pero en la mayoría de las veces se trata de los adultos hacia una o varios individuos.

f. Adicciones

Dentro de cualquier clase social podemos también notar que la adicción es un problema grande, así como lo hemos visto en el tipo de familias disfuncionales y en parte de las familias adicto génicas. Las adicciones pueden ser de varios tipos, pero normalmente el alcoholismo es una de las adicciones más frecuentes. Sin embargo hay varios tipos de adicciones que son capaces de llevar una familia hacia la disfunción. Aunque la dependencia empieza normalmente con una persona en la familia, con el tiempo toda la familia es afectada por el problema.

En la mayoría de los casos de adicciones la familia trata de tener el problema en secreto, y suele ser un largo proceso hasta que entiendan y admitan que la adicción se ha vuelto un problema para toda la familia. Muchas veces se ve que el adicto esconde su adicción, pero que las consecuencias de su vida como adicto llega a tener secuelas para la familia de otras formas, por ejemplo al tener muchos secretos, descuidar la relación con el resto, síntomas de estrés y depresión, etc.

g. Falta de seguridad

Una de las características más generales para las familias disfuncionales es la falta de seguridad. Sea un abusado o un abusador, un violento y uno que recibe el maltrato, sea una persona depresiva o uno que vive con el depresivo, todos estos ambientes llegan a crear una falta de seguridad en el hogar.

En la crianza un buen fundamento para una niñez es la seguridad, al igual que para una pareja la seguridad es importante también. Con la seguridad viene la confianza, y la edificación de buenas relaciones entre los diferentes individuos de la familia. La falta de seguridad lleva entonces a que cada uno de los individuos de una familia tenga falta de confianza, y de este modo se corrompe la necesaria confianza en las relaciones entre ellos y también para poder crear una sana identidad y personalidad en cada uno.

h. Negación

Muy pocas familias disfuncionales llegan a admitir su problema en los primeros pasos hacia la disfuncionalidad. Cualquier persona que entra en la tarea de edificar junto con otra persona una nueva familia, quiere ser capaz de hacerlo sin la ayuda de otros. Pero en muchos casos se les hace difícil desarrollar un ambiente sano para una familia. El resultado es que no tienen con quien tratar los problemas familiares, y cuando surgen deseos desde afuera de ayudar o apoyar, se niega la necesidad de recibir ayuda.

Lamentablemente esta negación sigue normalmente hasta que el problema se vuelve tan grande que toda la familia es afectada y suele ser difícil resolverlo. El asunto es, que cuando se niegan los problemas, los mismos nunca se resuelven. De esta forma también niegan a sus miembros las libertades que deben tener para estar en un ambiente sano.

i. Ausencia de Dios en la familia

Desde una perspectiva teológica es necesario tomar en cuenta una característica sobre la gran carencia de tener el mensaje de Jesús como centro de la vida familiar. Hemos visto que el pecado también es parte crucial de una familia disfuncional, y es por esta razón necesaria que el mensaje de Cristo llegue a penetrar en las familias. El perdón de pecado, amar a las personas, entender que somos diferentes, ser sinceros, preocuparnos por otros, tener una identidad en Jesús, no tener divisiones en la familia, son algunas de las cosas que el mensaje de Jesús nos manda a aplicar. He visto bastantes casos de que Jesús es el que ha sido capaz de llevar una familia desde la disfuncionalidad hasta la funcionalidad. En el mismo tiempo no es sólo de recibir a Jesús y ya está todo bien, pero sí, es una decisión que llevará cualquier familia a mejorar sus relaciones, porque una familia que no tiene a Jesús en su corazón estará fácilmente entregada al pecado en las diferentes características de una familia disfuncional como ya lo hemos visto. Magnus (2011).

La familia, es la base para que todo ser humano, se pueda integrar de manera correcta a la sociedad. Por lo mismo, es que sus integrantes menores, deben ver los aspectos positivos de su familia, para potenciarlos en un futuro cercano. Asimismo, los aspectos negativos que son mencionados, deben ser estudiados, anotados y

tratados por los especialistas, para que ellos no los vuelvan a reiterar. En el fondo, a la familia, se le considera la escuela primaria, frente a los desafíos sociales, de los hijos.

En la actualidad la disfuncionalidad familiar constituye un factor de riesgo importante en el origen de la depresión en los adolescentes, que en la mayoría de los casos no es evaluada, la depresión ni las disfuncionales.

La única forma de terminar con estos aspectos disfuncionales y cada enfermedad es sacarlos a la luz delante de las personas adecuadas y pedir ayuda. De lo contrario se perpetuara patrones enfermos por generaciones.

2.2.1.4. Dimensiones de las familias

En 1978 Gabriel Smilkstein (citado en M.E.R., 2015) de la universidad de Washinton, quien basándose en su experiencia como Médico de familia creó el Apgar familiar como respuesta a la necesidad de evaluar la función de la familia, con un instrumento que se interesa por sí mismo, que sea entendido fácilmente por personas con educación limitada y que en poco tiempo se puede completar. Los parámetros se delinearon sobre la premisa que los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar y pueden manifestar el grado de satisfacción con el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar.

1. Adaptabilidad: Es la capacidad de usar recursos intra y extra familiares con el fin de resolver los problemas cuando el equilibrio familiar ha sido modificado en una situación de crisis.
2. Participación: Contribución 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 examinar la manera de resolverlos.
3. Crecimiento: Es el logro alcanzado en la maduración del área física, emocional y social que se lleva a cabo a través del auto realización alcanzado gracias al apoyo y al asesoramiento entre los miembros de la familia.

4. **Afecto:** Describe a la demostración de distintas emociones como el amor, cuidado, respeto, atención, cariño y pena o rabia que existe entre los integrantes de un grupo familiar.
5. **Resolución (recursos):** Hace descripción al compromiso de compartir el tiempo, dedicar recursos materiales (económicos) y especiales para apoyar a todos los miembros de la familia.

2.2.2. Depresión

2.2.2.1. Definición de la depresión

En estos tiempos la palabra depresión es un término utilizado con excesiva frecuencia en el lenguaje coloquial; todos en algún momento nos sentimos abatidos o melancólicos, pero esos sentimientos son pasajeros se desaparecen en unos días. Pero la depresión patológica es un trastorno psicológico más frecuente que interfiere el normal desenvolvimiento del individuo en sus principales áreas de actividad; las principales áreas que son afectados son: afectivo, conductuales, cognitivos, somáticos, interpersonales.

Según la Organización Mundial de la Salud publicó que la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10, explica que la depresión es caracterizada por la aparición de humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, la disminución de la vitalidad y por ende la reducción de actividad, disminución de la atención y concentración, pérdida de confianza en sí mismo y sentimiento de inferioridad, ideas de culpa o sentimiento de inutilidad, perspectiva sombría del futuro, pensamientos y actos suicidas, trastornos del sueño y del apetito. (OMS. 2012)

Así mismo indica que existen tres formas de depresión: Leve, moderada y grave; y la presentación clínica puede ser distinta en cada tipo y en cada individuo pues existen síntomas enmascarados a través de la irritabilidad, comportamiento histriónico, consumo excesivo de alcohol y síntomas obsesivos.

Se define depresión como una alteración del estado de ánimo que influye en todas las esferas del individuo, se instala progresivamente y es persistente en el tiempo y se refleja en el pensamiento, conducta, actividad psicomotora, manifestaciones somáticas y en la forma como el individuo se relaciona y percibe el medio ambiente. Esta alteración del estado de ánimo se caracteriza por una sensación de abatimiento e infelicidad. (Suarez. 2013)

La depresión constituye una patología identificada y descrita desde la antigüedad, pero es desde finales del siglo XX, que por su elevada prevalencia, se vuelve importante su diagnóstico a temprana edad, por lo que se inician estudios en niños y posteriormente en adolescentes. (Suarez.2013)

Ocasionalmente, todos nos sentimos melancólicos o tristes, pero estos sentimientos, por lo general, son pasajeros y desaparecen en unos días. Cuando una persona tiene un trastorno depresivo, este interfiere con la vida diaria y el desempeño normal y causa dolor tanto para quien padece el trastorno como para quienes se preocupan por él o ella.

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran aflicción y perturbar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan más de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años.

Investigaciones indican que las enfermedades depresivas son trastornos del cerebro. Las tecnologías para obtener imágenes del cerebro, tales como las imágenes por resonancia magnética, han demostrado que el cerebro de las personas con depresión luce diferente del de quienes no la padecen.

Las áreas del cerebro responsables de la regulación del ánimo, pensamiento, apetito, y comportamiento parecen no funcionar con normalidad.

La depresión constituye un problema habitual en la salud mental de los adolescentes en el mundo. (Thapar et al. 2012) Además es un importante factor de riesgo para el suicidio, constituye la segunda o tercera causa de muerte en este grupo de edad. (Windfuhr et al. 2008)

La depresión en la adolescencia se manifiesta como un estado generalizado de infelicidad, en el que se expresa tristeza, anhedonia y falta de capacidad de respuesta; destaca una conducta inadecuada e inmadurez para superar el duelo por la pérdida de la niñez, adoptando una conducta hostil hacia sus padres o hacia sí mismo. (Zapata Gallardo y otros. 2007)

La enfermedad depresiva durante la adolescencia, con frecuencia no recibe la atención debida. Los adolescentes deprimidos no reciben atención de los padres, además no buscan ayuda en ellos y evitan consultar a un profesional de la salud.

Cuando recurren a la atención médica, lo hacen con quejas primariamente somáticas. (Agreda. 2013).

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.

Cuando la estabilidad familiar está dañada puede dar paso a distintas afecciones emocionales, como la depresión cuyos síntomas se presentan de forma muy distinta en adolescentes, puede ocasionar un bajo rendimiento escolar, acompañado de diversas manifestaciones de tristeza y aislamiento voluntario como si quisieran estar solos, apatía, irritabilidad, cambios en la conducta, alteraciones en el apetito y sueño.

Definitivamente la depresión es una enfermedad grave que puede arruinar la vida de una persona y familia.

La persona deprimida presenta cambios en el apetito, sueño, disminución en la atención, concentración, capacidad para tomar decisiones, pérdida de confianza en sí mismo y agitación psicomotor, es una persona que no tiene paz espiritual porque siente mucho dolor, angustia, temor, etc.

2.2.2.2. Antecedentes

La depresión muchas veces es adquirida en nuestro hogar de cómo hemos sido tratado y formado; recordemos de cuán importante es el hogar; aquel es un lugar donde se practica los hábitos que forman el carácter, el genio, las peculiaridades personales, se revelara en las demás relaciones de la vida.

a. Genética

Se ha encontrado que el polimorfismo funcional del transportador de Serotonina (5-HTT), es una condición genética que favorece la depresión cuando existen eventos estresantes. Aunque la Depresión Mayor tiene influencia familiar, es la Depresión Bipolar la que más se ha relacionado con la predisposición genética, pero muchas personas con estos genes no desarrollan el trastorno, lo cual indica que se requiere otros factores emocionales que la precipiten.

b. Crianza

Las creencias de la familia o grupo dan la pauta en la forma de tratar al niño y deben ser tomadas en cuenta no solo como antecedente, sino también para encauzar la prevención y tratamiento con Esencias Florales, y siempre que sea posible, para psicoterapias que modifiquen el comportamiento, tal como se considera actualmente en las terapias cognitivas. (Olazo. 2014)

Las características que hemos encontrado con frecuencia en la familia de adolescentes que son lábiles al estrés, se deprimen frecuentemente y/o sufren de Depresión o Depresión Bipolar son:

- Madre y/o padre sobre protectores, que no permiten la autonomía del niño: en la infancia alargan el uso del biberón, les visten y les dan de comer en la boca hasta que el chico protesta y decide hacerlo solo. Posteriormente le prodigan cuidados que rayan en lo ridículo y pueden avergonzar a los adolescentes. La sobreprotección impide la autosuficiencia.
- Padre ausente física y/o emocionalmente. En ocasiones hemos en contra de padres muy autoritarios, críticos y/o castigadores; estas actitudes aumentan la sobreprotección de la madre y otros familiares, especialmente abuelitas, tías, hermanas mayores y la desvalorización del niño-adolescente.
- A los niños/ adolescentes no se les ha exigido, ni se les exige, colaborar en el hogar, ni siquiera para arreglar su habitación, menos aún hacer algún esfuerzo o trabajo para obtener algo: los chicos aprenden a esperar que les den; esto les impide madurar emocionalmente, les crea inseguridad por la necesidad de depender de otros y les condiciona a sentirse frustrados continuamente, todo lo cual facilita las depresiones.
- En la niñez no se les ha permitido los pequeños riesgos: subir a un árbol, hacer excursiones, salir cuando llueve, jugar con el perro del vecino, patinar, etc., lo cual además de ser negativo para el desarrollo psicomotor, emocional y social, les genera innumerables temores.
- No se les ha permitido expresar ni participar en la toma de decisiones importantes, pero en lo cotidiano, se les pregunta qué desean para comer, cuando lo que han preparado no es el gusto del niño, o se les da premios cuando comen o hacen las tareas escolares.
- Se les dice que lo merecen todo y que “para eso está su padre (o madre) que trabaja mucho para darle todo lo que pueda querer”. Esto condiciona baja o ninguna tolerancia a la frustración.
- Cuando el padre no forma parte del hogar, es frecuente que saquen a relucir el tema de “si tu padre no nos hubiera abandonado, tuviéramos una buena situación económica”, con enumeración de todo lo que hubiera podido ostentar y disfrutar. El chico se cría en el rencor pensando que le han quitado lo que debería tener, o desolado y desvalorizado por el abandono.

- Cuando las parejas son mal avenidas o se han separado, al hijo se le inculpa por parecerse físicamente o tener “los defectos” que tiene uno de sus progenitores. Puede que sean continuamente desvalorizados y maltratados o que estas acusaciones alternen con períodos de “pobrecito mi niño” y le sobreprotejan. Los dobles mensajes son muy dañinos para la estabilidad emocional en ésta u otras circunstancias.
- Es frecuente que uno o más familiares tengan poca o ninguna tolerancia a las dificultades cotidianas y menos aún al estrés y se quejen continuamente de estar angustiados, nerviosos, de que “tienen el mundo en contra”, que la vida es “difícil, llena angustias”, que “no vale la pena tanto esfuerzo para tener tan poco”, etc.
- El abuso sexual y las violaciones puede ser causa de trastornos depresivos, especialmente cuando se trata de incesto. El miedo y la desesperación generan depresión que puede conducir al suicidio.
- En caso de los menores abandonados, que son acogidos por organizaciones o en casas de familia, las humillaciones persistentes y en especial el abuso sexual pueden llevar a la depresión grave y al suicidio.
- En los niños y jóvenes de la calle, la separación del grupo, especialmente por reclusión, es la causa más frecuente de trastornos depresivos, pues se suman los maltratos y abusos que sufren en esos centros para menores a manos de compañeros mayores y/o cuidadores.

c. Creencias sobre sí mismo y los demás

Están cimentadas por lo que cada ser percibe y aprende desde que es concebido, a lo cual se agregan la educación cotidiana (familia, medios audiovisuales, entorno), la educación formal, lo que observe y experimente en el transcurso de la vida con respecto a sí mismo y los demás. El resultado será las creencias que cada persona tendrá sobre sí mismo y los demás. El tenor de consideración/ amor y respeto que cada quien se tenga, es lo que se llama autoestima.

La autoestima es básica no solo para la formación de la personalidad, la capacidad para desenvolverse en la vida y afrontar los eventos estresantes, sino que influye directamente en el funcionamiento de los Sistemas Inmunitario, Neurológico y Endocrino, y por ende, de la autoestima depende la salud integral y la capacidad de recuperación en caso de enfermedad o accidentes. (Olazo. 2014). Como factores de riesgo de la depresión son genéticos (antecedentes familias) y el ambiente del hogar (separación o divorcio de los padres, muerte de los padres o hermanos, rechazo y maltrato por parte de los compañeros, cambio del colegio, enfermedades crónicas) más aun cuando los adolescentes que son frágiles al estrés, se deprimen continuamente.

2.2.2.3. Síntomas de la depresión en adolescentes

Los síntomas de la depresión de un adolescente es un estado de ánimo triste, ansioso y vacío en forma constante. Además, siente mucha culpa, miedo, inutilidad, pesimismo, desaliento, sensación de estar en cámara lenta.

Méndez, menciona las siguientes sintomatologías depresivas de los adolescentes edades de 13 a 18 años. (Méndez. 1998)

- a. Estado de animo
 - Tristeza
 - Variabilidad
 - Irritabilidad
 - Malhumorado, ira, rebeldía.
- b. Interés
 - Pasotismo
- c. Alimentación
 - Pérdida de apetito.
 - Ganancia de peso lenta.
 - Pérdida de peso.
 - Comer en exceso.
 - Obesidad.
- d. Sueño

- Insomnio
- hipersomnia
- e. Energía
 - Cansancio
 - Fatiga
 - Falta de energía
- f. Autoestima, preocupaciones, sentimientos
 - Preocupación por la imagen corporal.
 - Baja autoestima.
 - Auto desprecio.
- g. Déficits cognitivos
 - Reducción del pensamiento abstracto
 - Indecisión
- h. Ideación suicidio
 - Intentos, planes, intentos de suicidio.
 - Suicidios violentos.

Otros síntomas según Blanca: (Blanca.2016)

- a) Estado de irritabilidad o enojo

La irritabilidad más que la tristeza es por lo regular el estado de ánimo predominante en los adolescentes. Un joven deprimido puede estar de mal humor, hostil, se frustra fácilmente o es propenso a arrebatos de ira.

- b) Sienten dolores inexplicables

Los adolescentes con depresión frecuentemente se quejan de malestares físicos como dolores de cabeza o de estómago. Si su examen físico completo no revela una causa medica aparente, entonces estos síntomas se deben a una severa depresión.

- c) Extrema sensibilidad a la crítica

Los adolescentes deprimidos se ven afectados por sentimientos de insuficiencia, lo cual los hace extremadamente frágiles a la crítica, el rechazo y el fracaso; esto es un problema particular para aquellos que quieren o eran “triunfadores”.

d) Se aíslan de algunas personas, pero no de todo el mundo

Mientras que los adultos tienden a aislarse cuando están deprimidos, los adolescentes suelen mantenerse en contacto con algunos compañeros.

Sin embargo, los jóvenes con depresión suelen socializar menos que antes, se separan de sus padres y viejos amigos, y empiezan a salir con nuevas amistades que usualmente les traen conflictos por su mala influencia. (Mamani B. y otros, 2016)

La estancia de los síntomas ya mencionados por más de dos semanas es considerada depresión patológica. Así mismo el adolescente puede manifestar aburrimiento, algunos síntomas físicos como el dolor abdominal y cefaleas para no ir al colegio o no salir de su cuarto.

Además, suele obsequiar las pertenencias más valoradas a sus amigos, pues envuelve planes inminentes del suicidio.

2.2.2.4. Clasificación de la depresión en adolescentes

Los trastornos depresivos generalmente se clasifican en dos criterios. Cuando nos referimos a las depresiones neuróticas, reactivas o leves son las que requieren terapia psicológica. Y las depresiones somáticas o psicóticas son cuadros en lo que hay un desequilibrio químico de los neurotransmisores que por lo tanto necesitan tratamiento con medicamentos.

Olazo, menciona las clases de depresión en adolescente. (Olazo. 2004)

- Depresión reactiva: es consiguiente a acontecimientos significativos para la vida afectiva y a veces, cuando disminuye la capacidad adquisitiva.

En los jóvenes con familia, las causas más frecuentes de depresión reactiva son: el divorcio de los padres, la muerte de un ser querido incluyendo la mascota, las rupturas sentimentales y la frustración en los estudios (aplazamiento en una o más materias, no ser aceptado en la Universidad u otro Instituto, no obtener una beca). En los jóvenes sin familia, las causas más frecuentes son la pérdida de un compañero, la separación de su grupo, la pérdida de la libertad y el aislamiento por lesiones físicas o enfermedad.

- Depresión mayor- Es poco frecuente en la adolescencia, aunque los jóvenes que se ven precisados a trabajar y/o ser cabeza de familia desde edades muy tempranas, pueden presentarla.
- Depresión Bipolar. - Puede comenzar en la niñez o adolescencia, especialmente cuando uno o ambos padres la han sufrido. La historia familiar de abuso de drogas o de alcohol puede también estar asociada con el Desorden Bipolar. Los adolescentes con este trastorno pueden sufrir cambios de humor continuos, que fluctúan entre extremadamente altos (maníacos) y bajos (deprimidos). Los altos pueden alternar con los bajos, o la persona puede sentir los dos extremos el mismo día. Los síntomas de la fase depresiva son los anotados anteriormente.

Los síntomas de la fase maníaca son:

- Alegría desbordante, se ríen mucho sin motivo.
- Se considera todopoderoso, con poderes especiales, un superhéroe.
- Aumento desmedido de energía, puede pasar días sin dormir y sin sentir cansancio, a pesar de realizar muchas actividades.
- Locuacidad excesiva: el adolescente no deja de hablar, habla muy rápido, cambia de tema constantemente y no permite que le interrumpan; su atención pasa de una cosa a otra constantemente; no puede sintetizar ni concentrarse.
- Comportamiento arriesgado repetitivo, tal como el abuso del alcohol y las drogas, el guiar temerario y descuidado, la afición desmedida a los deportes de alto riesgo, la promiscuidad sexual sin protección.
- Puede haber exceso de excitación sexual.
- Se pierden la capacidad de juicio y de comportamiento social.

El Dr. Eduardo Greco resalta la creatividad del bipolar, que adecuadamente guiada puede lograr la adecuación de las oscilaciones extremas (La Bipolaridad como Don, Ediciones Continente).

- Depresión por consumo de sustancias (drogas, medicamentos).
- Depresión por discapacidades congénitas o adquiridas: la hemos observado cuando el niño o el adolescente se da cuenta de las diferencias y/o limitaciones de su condición, especialmente cuando los problemas interfieren en la aceptación por el sexo contrario.
- Depresión ocasionada por enfermedades: diabetes, problemas neurológicos, hipotiroidismo, SIDA.
- Hepatitis C, Enfermedades Autoinmunes.
- Depresión post-parto, es infrecuente en la adolescencia, aunque no lo sea la procreación.

2.2.2.5. Causas de la depresión en la adolescencia

Las depresiones en la adolescencia son causadas generalmente por eventos negativos como la pérdida de un ser querido, padecer una enfermedad medica grave o estar vago periodos largos de estrés. Así mismo puede de ser también un factor genético; porque muestran que las probabilidades de desarrollar una depresión se triplican para las personas cuyos padres o hermanos hayan padecido de este trastorno.

Yunes, menciona las causas de la depresión (Yunes. 2003)

a. Influencias Biológicas

Influencias genéticas:

- Influencia de la personalidad y temperamento
- Influencia del entorno
- Se hereda la vulnerabilidad a padecer trastornos del estado de ánimo

Bioquímica de la depresión

- Déficit de neurotransmisión sobre todo de la noradrenalina, serotonina y dopamina.
- Exceso de la recaptación y mala utilización de la permeabilidad de la segunda neurona.

b. Influencias Sociales y Psicológicas

- Pérdida por separación
- Desesperanza
- Pérdida de la autoestima
- Conductas de agresión
- Perspectivas conductuales – cognitiva
- No estimulan respuestas sociales
- Distorsiones cognitivas
- Creencias sobre el poco control
- Problemas de auto regulación
- Estrés

La depresión puede ser una respuesta a muchas situaciones y factores de estrés en los adolescentes.

En ellos, el estado anímico depresivo es común debido a:

- El proceso normal de maduración y el estrés que se presenta con éste.
- La influencia de las hormonas sexuales.
- Los conflictos de independencia con los padres.

También puede ser una reacción a un suceso perturbador, como:

- La muerte de un amigo o pariente.
- La ruptura con la novia o novio.
- El fracaso en la escuela.

Los adolescentes que son más propensos a resultar deprimidos cuando experimentan eventos estresantes:

- Tienen baja autoestima.
- Son muy autocríticos.
- Sienten poco control sobre los acontecimientos negativos.

Las niñas adolescentes presentan el doble de posibilidades de experimentar depresión que los niños. Un antecedente de depresión en la familia también pone a los adolescentes en mayor riesgo.

Los siguientes eventos o situaciones pueden causar depresión:

- Agresión o acoso en la escuela o en otra parte.
- Abuso o maltrato infantil, tanto físico como sexual.
- Falta de destrezas sociales.
- Dificultades de aprendizaje.
- Enfermedad crónica.
- Crianza o cuidados deficientes.

Acontecimientos estresantes de la vida, como la pérdida de uno de los padres por muerte o por divorcio.

Muchos adolescentes con depresión también pueden tener:

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

Finalmente, analizando las causas mencionados como es que las influencias biológicas, psicológicas y sociales pueden originar el trastorno depresivo en la adolescencia. La depresión en la adolescencia sea hereditaria o no, el trastorno depresivo severo está a menudo asociado con cambios en las funciones cerebrales.

2.2.2.6. Factores educativos de la depresión

Hoy en día la depresión en la adolescencia se incrementa cada vez más, por lo general se encuentra asociado a dificultades emocionales; sobre todo el rendimiento académico, determinado por una serie de aspectos cotidianos como la intensidad de estudio, sus competencias, aptitudes, personalidad, atención, motivación, memoria, etc. que afectan directamente al adolescente.

a. Debilidades del sistema escolar

Un primer factor “expulsor” del sistema escolar comprende la situación económica y el contexto familiar de los niños adolescentes (insuficiencia de ingresos, inserción laboral temprana, anomia familiar, etc.). (Cajigas y otros.2010) En casos, la familia como fuente de abandono y violencia, así como la cultura extendida en los contextos desfavorables de falta de apoyo del trabajo formativo de la escuela, juegan un rol difícil.

En segundo lugar y al interior del sistema escolar, problemas conductuales, bajo rendimiento, autoritarismo y ausentismo docente, etc. generan situaciones expulsoras, ya sea por su inadecuada acción socializadora o porque no canalizan los problemas adversos del contexto de los alumnos. (Espíndola & León. 2002)

Se observó que los jóvenes con bajo rendimiento en el primer grado, probablemente experimenten síntomas depresivos en sus últimos años de estudio y se manifiestan en conducta, atención y problemas sociales, siendo el sexo femenino el más afectado.

Otro estudio sobre las repercusiones del rendimiento escolar en el desarrollo individual y de salud de los jóvenes reveló que quienes rinden mejor académicamente muestran menos conductas de riesgo, incluidos el consumo de sustancias y los pensamientos suicidas. (OMS. 2000)

b. Suicidio

El suicidio adolescente está vinculado con la presencia de psicopatología, predominantemente depresión y conductas de adicción. (Dajas. 2001) De acuerdo con la OMS Uruguay se encuentra entre los seis países con mayor número de suicidios, producto de la depresión, y exhibe una de las tasas más altas de América Latina (alrededor de 10/100.000 habitantes a fines del siglo pasado). (Bailador, Viscardi y Dajas. 1997) Según informes actualizados de la OMS y OPS actualmente el suicidio es la segunda causa de muertes entre el grupo de edad de 10-24 años.

Aunque tradicionalmente la población con mayores tasas de suicidio eran los varones de edad avanzada, las tasas de los jóvenes han venido creciendo a tal punto que ellos son actualmente el grupo con el riesgo más alto, tanto en los países industrializados como en los emergentes.

La presencia de depresión en la adolescencia está asociada a problemáticas en múltiples ámbitos como el de la salud, el laboral o el escolar. Es en este último donde se pueden apreciar de una manera clara los efectos de este trastorno en la adolescencia, debido a la gran parte del tiempo que los jóvenes pasan en la escuela. (Pardo y otros.2004)

En este sentido, algunos estudios han encontrado que la presencia de trastornos depresivos están asociados a problemas que influyen en el rendimiento escolar como el surgimiento de un sentimiento de incapacidad para afrontar las exigencias académicas y poco entusiasmo frente al trabajo escolar; (Campo-Arias, González, Sánchez, Rodríguez, Dallos y Díaz-Martínez. 2005) también se ha visto una relación entre la depresión y la baja autoestima, expectativas negativas acerca del éxito académico, (Buena-Casal, Carretero-Dios y Macarena. 2001) problemas de conducta e interpersonales, victimización o aislamiento, delincuencia juvenil y adicción a sustancias nocivas.

Cada vez más los adolescentes sufren con la depresión, se estima que es uno de los trastornos mentales a nivel mundial que en el 2020 será la segunda causa de la enfermedad. Los factores económicos, culturales, sociales y familiares inciden sobre los procesos psicológicos individuales; entre ellos está por los problemas académicos, baja autoestima, adicciones.

2.2.2.7. Consecuencias de la depresión

Es indiscutible que los riesgos más vitales en la depresión en la adolescencia es el suicidio, los principales procesos emocionales que son implicados en comportamientos autodestructivos, baja autoestima, el aislamiento de la sociedad, etc.

Como es de suponer, las consecuencias de la depresión no se harán esperar. La repercusión de los síntomas de la depresión se apreciará enseguida en el área escolar debido al bajo rendimiento académico del afectado. Por otro lado, las relaciones sociales y familiares de los pequeños se verán alteradas por su inestabilidad emocional y su posible tendencia al aislamiento.

Todo ello desemboca en un retraso en el desarrollo intelectual y social del menor. (Dra. Vanesa Fernández López) El bajón anímico de la depresión también hace mella en el estado físico.

En primer lugar, en la imagen, porque la persona con depresión suele desatender su aspecto físico, la higiene y la vestimenta.

Pero también en lo biológico, porque la depresión genera sensación de cansancio y fatiga y provoca una serie de perturbaciones físicas, como dolores de cabeza, problemas digestivos o gástricos, problemas sexuales, y trastornos del sueño. (www.saludenfamilia.es)

La depresión en la adolescencia es un círculo vicioso, es incapacitante, el adolescente con el tiempo disminuye el rendimiento académico y laboral. Por otro lado genera mucho gasto en el tratamiento.

2.2.2.8. Tratamiento de la depresión en adolescentes

El tratamiento de la depresión en la adolescencia consiste en la psicoterapia que aplica las técnicas cognitivas; está basada en la interrelación de los pensamientos, las acciones y los sentimientos.

Por otro lado cuando las causas son graves entonces va acompañado con tratamiento farmacológico. Las opciones terapéuticas para los adolescentes con depresión abarcan: (Clínica DAM Madrid. 2017)

- Tratamiento complementario por parte de un médico
- Psicoterapia
- Medicamentos antidepresivos (posiblemente)

El tratamiento se debe adecuar al adolescente y a los síntomas. Las familias con frecuencia ayudan en el tratamiento de la depresión del adolescente.

a. MEDICAMENTOS

El primer medicamento que se ensaya normalmente es un tipo de antidepresivo llamado inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina (ISRS). (Clínica DAM Madrid. 2017)

Fluoxetina (Prozac) y escitalopram (Lexapro) son los únicos aprobados por la FDA para tratar la depresión mayor en adolescentes (edades de 12 a 17 años). La fluoxetina también está aprobada para niños de 8 años en adelante.

- Los niños y los adolescentes que toman medicamentos deben asistir a control con un médico en busca de efectos secundarios.

b. PSICOTERAPIA

Casi todos los adolescentes con depresión se benefician de algún tipo de psicoterapia. La psicoterapia es un buen espacio para hablar de sus sentimientos y preocupaciones y aprender formas de manejarlos. (Clínica DAM Madrid. 2017)

Los tipos de psicoterapia abarcan:

- La terapia cognitiva conductista la enseña a las personas deprimidas formas de combatir los pensamientos negativos. Esto hace que estas personas sean más conscientes de sus síntomas, les ayuda a conocer qué es lo que hace empeorar su depresión y les enseña habilidades de resolución de problemas.

- La terapia de familia puede ser de ayuda si el conflicto de familia está contribuyendo a la depresión. El apoyo de la familia o los profesores puede ayudar con los problemas escolares.
- La terapia psicológica (psicoterapia) puede ayudar a adolescentes a entender cuestiones que pueden estar causando su comportamiento, pensamientos, o sentimientos.

Los adolescentes con depresión deben aprender a:

- Tomar los medicamentos correctamente y manejar sus efectos secundarios.
- Estar atentos a signos tempranos que indiquen que la depresión está empeorando y reaccionar cuando esto suceda.
- Hacer más ejercicio y buscar otras actividades que disfrute.
- Evitar el alcohol o fármacos (sea que se los hayan recetado o no). Estas sustancias afectan el cerebro y empeoran la depresión con el tiempo y también pueden trastornar su capacidad de discernimiento respecto al suicidio.
- Cuando usted está luchando, hable con alguien de confianza respecto a cómo se está sintiendo. Trate de estar alrededor de personas que sean afectuosas y positivas.

Una vez determinado los objetivos terapéuticos, se procede a seleccionar las técnicas que ha de ser utilizado para el tratamiento de la depresión. Antes de comenzar el tratamiento; se debe explicar al adolescente los siguientes aspectos; en que consiste, cuál es su objetivo, qué relación tiene sus problemas, que resultados esperamos, y en cuanto tiempo podemos conseguirlos, etc. con todo ello se espera conseguir que el adolescente practique las estrategias aprendidas.

2.2.2.9. Dimensiones de la depresión

Sanz y Vázquez (2011) menciona el resumen de la validación del test del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) es un auto informe de lápiz y papel compuesto por 21 ítems de tipo Likert. El inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y

evaluar la gravedad de la depresión. De hecho, es el quinto test más utilizado por los psicólogos españoles (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010). Sus ítems no se derivan de ninguna teoría concreta acerca del constructo medido, sino que describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión. El BDI-II ha experimentado algunas modificaciones respecto a las versiones anteriores para representar mejor los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994) y CIE-10 (Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, Organización Mundial de la Salud, 1993). La prueba ha de ser destinada preferentemente para un uso clínico, como un medio para evaluar la gravedad de la depresión en pacientes adultos y adolescentes con un diagnóstico psiquiátrico y con 13 años o más de edad.

1. Estado de ánimo
2. Pesimismo
3. Fracaso
4. Descontento
5. Sentimientos de culpa
6. Necesidad de castigo
7. Odio a sí mismo
8. Autoacusaciones
9. Impulsos suicidas
10. Llanto
11. Irritabilidad
12. Aislamiento social
13. Incapacidad de decisión
14. Imagen corporal
15. Incapacidad para el trabajo
16. Trastornos de sueño
17. Fatigabilidad
18. Pérdida del apetito
19. Pérdida de peso

20. Hipocondría

21. Pérdida de libido

2.2.2.10. La adolescencia:

La etapa de adolescencia es fundamental en la vida, pues en un momento único en la interiorización de valores en todas sus dimensiones, se producen cambios importantísimos que transforman al niño en un joven preparado para vivir de mejor manera la vida del adulto.

La adolescencia, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, es una etapa de cambio biológico, social y mental, una crisis personal en el desarrollo del ser humano que va de los 10 a los 19 años. Durante esta época, el adolescente se caracteriza por actitudes impulsivas, poco reflexivas, rebeldía e imprudencia; dadas por su poca experiencia y la búsqueda de una identidad. Se sabe que la adolescencia se dará con riesgos mayores de los necesarios cuando se vive en condiciones poco favorables. (Zapata & OTROS (2007 P.24)

La adolescencia es principalmente una época de cambios. Es la etapa que marca el proceso de transformación del niño en adulto, es un período de transición que tiene características peculiares. Se llama adolescencia, porque sus protagonistas son jóvenes que aún no son adultos pero que ya no son niños. Es una etapa de descubrimiento de la propia identidad (identidad psicológica, identidad sexual) así como la de autonomía individual.

Camacho define adolescencia como el periodo de transición entre la niñez y la etapa adulta, donde el sujeto atraviesa cambios profundos en el área fisiológica, social y psicológica: Estos cambios tendrán trascendencia en su adecuación psicológica y social como adulto. (Camacho. 2002)

Efectivamente el adolescente pasa por muchos descubrimientos de su identificación sexual y psicológica; cambios biológicos y sociales. Por tal motivo los padres deberían ser los primeros maestros de sus hijos.

2.2.2.11. Diferentes fases de la adolescencia

El adolescente pasa por distintas fases, iniciando por la pubertad, luego pasando a ser joven que establece su propia individualidad, principios éticos, sus valores, creencias e ideas, etc.

Camacho, refiere que la adolescencia empieza generalmente entre los 12 y 13 años de edad con el ímpetu de la pubertad, pero que se consolida por los factores sociales y emocionales que percibe el individuo.

Parra, considera que por tener diversos cambios a todo nivel la adolescencia no debe catalogarse como un periodo unitario y homogéneo, sino un conjunto de fases por las cuales la persona va formando identidad y personalidad. (Camacho. 2002)

Por ello existen 3 fases a las que se hace frente: La adolescencia inicial, la adolescencia media y la adolescencia tardía.

La adolescencia inicial, comprende desde la pubertad hasta los 13 o 14 años. Es la fase en la que se despierta la necesidad de interrelacionarse entre compañeros del mismo sexo y el sexo opuesto, con la finalidad de validar su autoconocimiento y valorarse. Ello coincide el proceso de aceptación de su apariencia física, por cambios hormonales, fisiológicos y morfológicos distintos entre varones y mujeres, los cuales tiene influencia psicológica en las personas relacionado a su autoestima. Coleman y Hendy indican que las mujeres son las más afectadas en esta primera etapa de adolescencia mostrando más irritabilidad, estados depresivos y menos satisfacción de su aspecto físico ya que el aumento de masa corporal que implica la madurez femenina, no está en relación con los patrones de belleza actuales; mientras que los varones mantiene un estado de ánimo positivo y mejor autoestima. (Coleman y Hendy)

Shaffer comenta que es esta etapa en la cual el conflicto interno del adolescente consigo mismo ocasiona que aumenten las diferencias y problemas con

los padres ya que ellos aún continúan brindándole protección y afecto para demostrarles que son aceptados por sus padres. (Shaffer. 2000)

La adolescencia media, cuando llegan los 14 y 15 años, el joven ya se encuentra inmerso en mitad de la adolescencia con la crisis que ello con lleva. (www.salud.mapfre.es/salud). Su intimidad, su aspecto y la sexualidad son tres de los aspectos que más le preocupan. Vive con mucha intensidad el conflicto dependencia-independencia, es decir, es egocéntrico pero al mismo tiempo también necesita del grupo, en el cual cada vez se integra más imitando a los miembros y defendiéndolos, llegando incluso a adoptar las normas del grupo porque las considera más valiosas que las de los adultos. En esta edad suceden los primeros enamoramientos y es cuando se encuentra la identidad sexual de cada uno.

Al contrario de la fase anterior, aquí el grupo ya está formado por chicos y chicas. En la esfera moral se van flexibilizando sus opiniones y sus normas morales son cada vez más laxas, incluso claramente permisivas con aquello que le interesa y que le sirve para justificar sus actos y satisfacer sus deseos.

En efecto los adolescentes en esta etapa intentan marcar su independencia para afrontar retos por sí mismos pero aún necesitan depender emocionalmente de sus padres, así mismo los padres al ver que los jóvenes exigen igualdad en el trato, proponen soluciones más elaboradas y demandan “controlar sus vidas”, supervisan más el comportamiento pero de forma indirecta para que evitar que se rebelen.

Cuando las familias no realizan este control y exceden en el mismo se cae en malas relaciones con los hijos y ellos pueden adquirir conductas poco asertivas buscando apego y confianza con los amigos, y personas externas a la familia.

La adolescencia tardía, (www.salud.mapfre.es/salud) cuando el joven llega al final de la adolescencia (entre 16 y 19 años), los rasgos de adulto empieza a aflorar en su cuerpo y en sus pensamientos, ya actúa con más seguridad (aparente o real) y es capaz de tomar decisiones importantes. Su personalidad está prácticamente formada, lo que va a ser de adulto estará estrechamente ligado a lo que ha vivido en esta etapa. A nivel de relaciones sociales es más selectivo y a la vez más extrovertido,

necesita menos del grupo y puede involucrarse en relaciones de pareja, aunque éstas son generalmente inseguros.

En esta época se desliga de las opiniones y reglas morales del grupo forjándose y manifestando las suyas propias. Es en esta última etapa, a un paso de la adulta, donde el adolescente es capaz de asumir la responsabilidad individual de sus actos.

Definitivamente los cambios que debe afrontar el adolescente crea un ambiente tenso con los padres y al mismo tiempo una predisposición a problemas emocionales, pero si el clima familiar se torna negativo y conflictivo en lugar de reflejar aceptación y sensibilidad, los problemas se intensifican.

Esta fase de la vida del adolescente pareciera tomar distancia con sus padres, es primordial entender que durante el difícil tiempo de crecimiento, el adolescente necesita padres que sepan reconocer que en él se está generando cambios que lo llevan a la adultez, padres que comprendan con paciencia en vez de reaccionar severamente contra sus actitudes y el comportamiento.

2.2.2.12. Los problemas internos y externos del adolescente

El adolescente se enfrenta a muchos cambios los cuales moldearan su personalidad y su comportamiento, estos problemas surgen internamente por baja autoestima, cambios emocionales y trastornos de personalidad; también existe cambios externos como la imagen corporal, etc.

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

Además de ellos la relación entre el incremento de hormonas sexuales, el deseo y la actividad sexual los motiva a satisfacer la necesidad de relacionarse con personas del sexo opuesto e interactuar, para ello el adolescente busca tener

independencia en su elección de amistades y busca un propio espacio; lo que genera mayor control y atención de los padres.

Esto supone que habría más incidencias de disputas y conflictos familiares por el estrés que atraviesan los adolescentes, sin embargo, existen otros factores que pueden ser desencadenantes de conflicto como la falta de congruencia y comunicación o la resistencia de los padres para aceptar que los hijos empiezan a crecer. (Barna y cols. 1986)

Parra, comenta que los cambios que afronta el adolescente pueden relacionarse con trastornos como la depresión mayor y existen diversas investigaciones al respecto por los casos de suicidios, intentos de suicidios y conductas relacionadas con el desequilibrio emocional. (Parra. 2007)

Estudios españoles indican que existe mayor inclinación a desencadenar trastornos de ansiedad antes que trastornos depresivos, encontraron en una investigación que el 4% de adolescentes con depresión mayor está entre los 12 y 19 años mientras que el 9% está entre los 18 años.

La sensibilidad que demuestran los adolescentes puede tener sus causas en factores genéticos (temperamento), la alteración hormonal explicada líneas arriba o estilos cognitivos disfuncionales que ponen más vulnerable a la persona.

A ello se suma el estereotipo de la etapa, catalogando a los jóvenes como problemáticos y en muchas ocasiones predisponiendo a los padres a las discusiones y debates sobre la forma en que la familia debe tomar esta etapa de los hijos.

Las relaciones familiares se pueden tornar tensas cuando los hijos están en etapa adolescente, sea porque ellos presentan las características mencionadas anteriormente, porque ya existían problemas conyugales que afectan el bienestar familiar, influencia de amistades, etc.

La dinámica es bidireccional y lo que plantean los investigadores es basar al afrontamiento de estrés en la comunicación. (Arranz. 2004)

Para todo adolescente es un paso necesario de establecer su propia identidad. A veces con frecuencia el adolescente relaciona la estatura con el derecho de hacer lo que le parezca, especialmente durante el tiempo libre. Así mismo el adolescente aun no puede intervenir sus emociones en forma racional, ni tampoco está bien equipado para enfrentarse con las emociones intensas de sus padres.

2.2.2.13. El adolescente como parte de la familia

Los padres sabios formarán de sus hogares laboratorios donde cada adolescente pueda practicar el arte de vivir y atender el hogar.

El adolescente de ambos sexos debe aprender a lavar, limpiar la casa, cocinar, hacer reparaciones sencillas, comprar en el mercado, balancear presupuesto, cuidar dar el jardín y hacer planes para eventos sociales. Es de suma importancia que los adolescentes tengan responsabilidades hogareñas que sea muy importante para ellos y los mantenga activos.

Barna y cols., comenta que la familia con hijos adolescentes ha recibido mucha atención a mediados de los años 80, por los conflictos potenciales que surgían en ella. Los padres deben aceptar el desarrollo físico y psicológico de sus hijos, así como las decisiones personales frente a su futuro académico, laboral y familiar aunque en ocasiones difiera de sus expectativas (explícitas o implícitas). (Barna y cols. 1986)

La aceptación de la realidad es difícil tanto para los padres como para los hijos, en estos casos los progenitores pueden reaccionar apoyando a los hijos, manteniendo la comunicación y orientándolos, o cerrándose y tomando una actitud controladora abierta o encubierta.

La adolescencia es un periodo especial para los miembros de la familia en que existe inestabilidad debido a los importantes cambios para el hijo o hija así como para los padres.

Oliva y Parra comentan que durante la adolescencia se produce un empeoramiento de la comunicación y un aumento de los conflictos entre padres e

hijos, lo cual tiene un mayor impacto emocional y afecta más negativamente a los padres que a los propios hijos debido a que son situaciones de riña constante. (Arranz. 2004). Las investigaciones ponen de manifiesto que la familia sigue siendo un contexto fundamental para el desarrollo positivo de las y los adolescentes.

Al margen de los valores y costumbres culturales de cada familia, las características principales para fomentar un clima familiar saludable son el afecto y el apoyo en conexión con un control y monitorización adecuados según la edad del adolescente para fomentar autonomía en su desenvolvimiento personal.

Además de ello es indispensable la comunicación asertiva, por medio de la cual se establezcan normas de convivencia y límites justos para que los hijos se sientan libres y autónomos en su toma decisiones. (Arranz. 2004)

Según pasan los años del adolescente el tiempo ocupa un papel muy importante en la educación y responsabilidad. Aunque los adolescentes deban mantenerse ocupados en las tareas cotidianas, los padres deben permitirles que tengan tiempo libre para realizar sus propias actividades.

2.2.2.14. La familia como sistema social.

El adolescente tiene su individualidad, su personalidad, su manera de pensar; ahora el adolescente no quiere que sus padres lo sigan considerando de su propiedad, a pesar de que sigue estando bajo su responsabilidad de ellos. Todos los hijos adolescentes necesitan a sus padres, porque las relaciones afectivas que desde su nacimiento han mantenido con ellos los ayudan a desarrollar los rasgos de un carácter noble.

Existen diversos modos de enfocar la noción de familia, Barna (1986) refieren que la familia es el componente de la estructura social sobre el cual las personas sienten que poseen experiencias y vivencias más directas y claras, de ello se entiende que gran parte de los recursos que el individuo dispone para definir su mundo proviene de la familia y dichos recursos son de dos tipos: Personas y símbolos.

Las personas son los parientes o los que se perciben como tales y los símbolos se expresan en lealtades, obligaciones, historias compartidas y sentido de pertenencia; con todo ello el individuo logra satisfacer necesidades sociales y psicológicas esenciales.

Shaffer toma la familia como un sistema social complejo, es decir, redes de relaciones recíprocas y alianzas que evolucionan en forma constante y son afectadas en gran medida por la comunidad y por influencias culturales. (Shaffer. 2000)

Dentro de estos sistemas existe el efecto directo de la relación madre-hijo y el efecto indirecto, dado por el padre cuando entra en la dinámica de la madre con el hijo.

Cuando la madre tiene un matrimonio feliz manteniendo una relación íntima con el esposo, tienden a interactuar con mucha mayor paciencia y sensibilidad con sus bebés, en cambio las madres que experimentan tensión matrimonial, sienten que están criando a los bebés ellas solas. (Cox. 1989)

La adolescencia, etapa trascendental en el desarrollo del individuo, constituye una de las épocas de mayor vulnerabilidad. El cumplimiento de esta etapa no depende sólo del joven y las características de su personalidad en consolidación, sino también, del equipamiento biológico y del ambiente social y cultural.

En este último se incluyen el apoyo, la orientación y los recursos que ofrecen la familia y las instituciones educativas. (Cox.1989)

Los elementos importantes que más influyen en la felicidad de la familia es el sentimiento de compañerismo y comprensión; como los viajes al campo, los juegos familiares, las vacaciones, las caminatas por el bosque, los proyectos de construcción y los debates amigables crean un ambiente placentero que trae a los hijos. Así mismo los padres deben dar a sus hijos grandes cantidades de afecto físico, dedicar más tiempo a escuchar a los hijos, proveer seguridad, amor, aceptación.

2.3. Definición de Términos Básicos

a. **La familia:** Son muchas las definiciones que hay de familia, pero la mayoría plantea que es la estructura social básica, donde padres e hijos/as se relacionan. Se basa en fuertes lazos afectivos, pudiendo de esta manera sus miembros formar una comunidad de vida y amor. Esta familia es exclusiva, única, implica una permanente entrega entre todos sus miembros sin perder la propia identidad. (Juan y Max.2007)

b. Disfunción

Desarreglo en el funcionamiento de algo o en la función que le corresponde.

c. Disfunción familiar

En cambio, la familia disfuncional tiene límites intergeneracionales borrosos, falta actitud negociadora, existe poca atención a los sentimientos y opiniones de los demás, los límites familiares son imprecisos, las pautas de interacción son fijas y rígidas y las funciones de los miembros no están claras ni limitadas. (Palomino. 2015)

d. Adolescente

La adolescencia es principalmente una época de cambios. Es la etapa que marca entre los 11 y 20 años son muy susceptibles a los cambios afectivos y socioeconómicos es el proceso de transformación del niño en adulto, es un período de transición que tiene características peculiares. Se llama adolescencia, porque sus protagonistas son jóvenes que aún no son adultos pero que ya no son niños. (www.salud.mapfre.es/salud)

e. Depresión

El término “depresión” manifiesta una amplia gama de significados. Hoy día este término se utiliza con excesiva frecuencia en el lenguaje coloquial. Fuera del ámbito clínico o de la salud se emplean expresiones como la depresión económica, política, etc. Cuando tenemos un mal día utilizamos a menudo la expresión “estoy deprimido”. Desde un punto de vista clínico o de la salud, lo importante es distinguir

la depresión como estado de ánimo, como síntoma o como síndrome clínico claramente definido. (Schramm. 1998)

CAPITULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Hipótesis de Investigación

3.1.1. Hipótesis principal

H1.- Existe relación entre disfunción familiar y depresión en estudiantes de cuarto y quinto grado del nivel secundario de la Institución Educativa “Mariscal Cáceres” Tacna, 2018.

3.1.2. Hipótesis secundarias

H1.-Existe un nivel de disfunción familiar normal en estudiantes de cuarto y quinto grado del nivel secundario de la Institución Educativa “Mariscal Cáceres”.

H2.-Existe un nivel de depresión normal en estudiantes de cuarto y quinto grado del nivel secundario de la Institución Educativa “Mariscal Cáceres”.

3.2. Variables de estudio

3.2.1. Definición conceptual

Tabla 1: Definición conceptual de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN
------------------	-------------------

Fuente: Elaboración propia

Variable 1	Una familia disfuncional es una familia en la que los conflictos, la mala conducta, y muchas veces el abuso por parte de los miembros individuales se produce continua y regularmente, lo que lleva a otros miembros a acomodarse a tales acciones. (https://es.wikipedia.org/wiki/Familia_disfuncional)
Disfunción familiar	
Variable 2	La depresión es un trastorno emocional que se caracteriza por la pérdida de la felicidad que se venía experimentando y la inmersión en un estado de abatimiento que, y dependiendo de sus causas, en algunos casos puede ser crónica y en otros momentánea. (https://www.definicionabc.com/salud/depresion.php)
Depresión	

3.2.2. Definición Operacional

Tabla 2: Definición operacional de las variables

VARIABLES DE INVESTIGACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES
(Variable de estudio 1) Disfunción familiar	Adaptabilidad familiar	Recursos intrafamiliares Recursos extra-familiares
	Participación familiar	Cooperación Comunicación
	Crecimiento familiar	Madurez física Madurez emocional Madurez social
	Afecto familiar	Cuidado Cariño
	Resolución familiar	Compartir tiempo Dedicar recursos materiales
(Variable de estudio 2) Depresión	Área afectiva motivacional	Tristeza Sentimientos de culpa Predisposición para el llanto Irritabilidad
	Área cognitiva	Insatisfacción Ideas suicidad Pesimismo frente al futuro Sensación de fracaso Expectativa de castigo

	Auto disgusto Indecisión Auto imagen deformada Preocupaciones somáticas Auto acusaciones
Área Conductual	Alejamiento social Retardo para trabajar Fatigabilidad
Área Física	Pérdida de sueño Pérdida de apetito Pérdida de peso Pérdida de deseo sexual

Fuente: Elaboración propia

CAPITULO IV

METODOLOGÍA

4.1. Tipo y Nivel de la investigación

4.1.1. Tipo de Investigación

La investigación se enmarca dentro del NIVEL APLICATIVO porque su interés principal es cooperar a resolver un problema concreto, como es el proponer estrategias para superar el problema de la disfuncionalidad de las familias así como medidas pertinentes para aminorar el tema de la depresión en estudiantes de secundaria.

Por otro lado, el estudio se realiza dentro del enfoque de la INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA pues se recogerá información de una muestra representativa de nuestra población de estudios, constituida por los alumnos de cuarto y quinto grado del nivel secundario de la Institución Educativa “Mariscal Cáceres de la ciudad de Tacna; y que se agruparán para hacer un análisis estadístico-matemático que nos dé una información numérica sobre la presencia y relación entre nuestras variables de estudio. Por otro lado, se hará un análisis cuantitativo de las variables de estudios a fin de describir e interpretar los datos recogidos y agrupados estadísticamente. Así, a partir de este proceso se obtienen datos del contexto. En el cual los eventos ocurren, en un intento para describir estos sucesos, como un medio para determinar los procesos en los cuales los eventos están incrustados y las perspectivas de los individuos participantes en los eventos utilizando la deducción para derivar las posibles explicaciones basadas en los fenómenos observados. (Hernández S., R. y otros. 2002)

4.1.2. Nivel de la Investigación

El nivel de la investigación hace referencia a la profundidad con que se trata el fenómeno en estudio, en ese sentido según Eudoro (2016) la organización y el desarrollo de todo proceso de investigación científica se efectúa en diversos niveles, grados o esquemas de investigación escalonados de profundidad: simple, complejo o predictivo y que conlleva a efectuar observaciones, acopio de hechos, elaboración de juicios, hipótesis, variables, indicadores e índices; o también los niveles exploratorio, descriptivo, clasificatorio o taxonómico, explicativo y predictivo.

El nivel de investigación corresponde al nivel descriptivo correlacional, debido a que no se conocen la relación existente entre las variables de estudio, las mismas que tendrán que ser medidas de manera independiente a fin de determinar su valor individual y determinar el tipo de relación que existe entre a ambas. (Hernández S., R. y otros.2002)

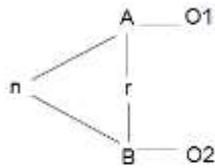
4.2. Diseño de la investigación

El presente estudio de investigación ha considerado adecuado emplear el diseño de investigación no experimental del tipo Correlacional transversal.

Correlacional transversal porque se miden independientemente las variables de estudio como se presentan en su entorno social explicar la relación que existe entre ambas.

Cabe precisar que el estudio actual, permite establecer relaciones causa - efecto. (Sánchez.2002)

Diseño de Estudio



Donde

n = Muestra

A: Disfunción familiar

r: Correlación

B: Depresión

O1: Test 1

O2: Test 2

4.3. Población y muestra de estudio

4.3.1. Población

La población está determinada por sus características definitorias. Por lo tanto, el conjunto de elementos que posea esta característica se denomina población o universo. Población es la totalidad del fenómeno estudiar, donde las unidades de población poseen una característica común, la que se estudia y da origen a los datos de la investigación.

La población es un conjunto de individuos de la misma clase, limitada por el estudio. Según Tamayo, (Tamayo. 1997) "la población se define como la totalidad del fenómeno a estudiar donde las unidades de la población poseen una característica común la cual se estudia y da inicio a los datos de la investigación".

En el caso específico del presente proyecto de investigación, la población estará constituida por todos los alumnos del cuarto y quinto grado de secundaria, y cuyo número asciende a 202 estudiantes.

La población de estudio estuvo constituido por 202 estudiantes de las diferentes secciones, los cuales se muestran en la tabla.

Tabla 3: Población en estudio

GRADO Y SECCION	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
4to A	7	20	27
4to B	12	14	26
4to C	14	12	26
4to D	14	13	27
5to A	6	14	20
5to B	8	12	20
5to C	7	13	20
5to D	9	10	19
5to E	10	7	17
TOTAL	87	115	202

Fuente: Nomina Matricula de la Institución Educativa Mariscal Cáceres 2018.

4.3.2. Muestra

La muestra es la que puede determinar la problemática ya que les capaz de generar los datos con los cuales se identifican las fallas dentro del proceso Según Tamayo, afirma que la muestra es el grupo de individuos que se toma de la población para estudiar un fenómeno estadístico. (Tamayo. 1997)

Según Salcedo (Salcedo. 1990), dice que “el muestreo es un sub-conjunto de unidades o elementos de una población, tomados de la manera que los resultados obtenidos en su estudio se puedan generalizar a la población de la cual se extrajo”

La muestra elegida se hará mediante el tipo de muestreo Aleatorio estratificado, que según Salcedo (1990), el total de la población es dividida en unidades o sub-poblaciones, que en su conjunto forman el total de la población; cada una de las sub-poblaciones recibe el nombre de estrato. Una de las razones para estratificar es la reducción de costos y tiempos.

Así mismo debemos mencionar que nuestra muestra es de tipo probabilística puesto que todos los integrantes de la población tendrán la misma probabilidad de formar parte de la misma.

La muestra estará constituida por 94 estudiantes de cuarto y quinto grado del nivel secundario de la Institución Educativa “Mariscal Cáceres” Tacna, 2018. La muestra está conformada de la siguiente manera:

Tabla 4: Muestra de la población en estudio

GRADO Y SECCION	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
4to A	7	20	27
4to D	14	13	27
5to A	6	14	20
5to B	8	12	20
TOTAL	35	59	94

Fuente: Elaboración propia

4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

4.4.1. Técnicas de recolección de datos

Técnica comprende el conjunto de pasos para recaudar datos, son el sistema de procedimientos ordenados para recoger los datos de la investigación; son las distintas formas o maneras de obtener la información requerida.

a. Test de APGAR familiar

Este es un instrumento de origen reciente, habiendo sido diseñado en 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein (Universidad de Washington, quien basándose en su experiencia como Médico de Familia propuso la aplicación de este test como un instrumento para los equipos de Atención Primaria, en su aproximación al análisis de la función familiar. Este test se basa en la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento de la familia y pueden manifestar el grado de satisfacción con el cumplimiento de sus parámetros básicos.

Consta de 5 ítems tipo likert para valorar la percepción de la persona sobre la función familiar. Componentes definición

- Adaptación: es la utilización de los recursos intra y extra familiares, para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por un cambio o período de crisis.
- Participación: Es la participación como socio, en cuanto se refiere a compartir la toma de decisiones y responsabilidades como miembro de la familia. Define el grado de poder y participación de cada uno de los miembros de la familia.
- Crecimiento: Es el logro en la maduración emocional y física y en la autorrealización de los miembros de la familia a través de soporte y fuerza mutua.
- Afecto: Es la relación de amor y atención que existe entre los miembros de la familia.

- Recursos: Es el compromiso o determinación de dedicar (tiempo, espacio, dinero) a los demás miembros de la familia.

A: Casi nunca **B:** A veces **C:** Casi siempre.

Interpretación:

- Funcionalidad normal de 7-10 puntos
- Disfunción moderada de 4-6 puntos.
- Disfunción grave de 0 a 3 puntos.

b. Inventario de Depresión de Beck.

El Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI) de Beck y Brown 1996., Cuyos autores son; Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregoryk. Brown. Publicaron la prueba en el año de 1961, la revisión en español fue realizada en el año 2011.

Cuyo objetivo es la evaluación de síntomas depresivos según criterios DSM IV, la población a la cual va dirigida la evaluación es de individuos 13 años en adelante (adolescentes). Su administración es individual, colectiva y autoadministrable. Cuenta con un tiempo de 10 a 15 minutos. se puede aplicar en las áreas de clínica, forense, y neuropsicología para la administración de esta prueba es necesario el manual y protocolos.

Titulo original: Beck depression Inventory (Second edition)

Traducido y adaptado con permiso.

1996, 1987 by Aaron T. Beck, by the Psychological Corporation, USA.

De la traducción al castellano 2006 by The Psychological Corporation, USA.

Todos los derechos reservados.

Adaptación: Lic. María Elena Brenlla

Grados de depresión

- De 0 a 9 puntos: no deprimidos
- De 10 a 15 puntos: ligeramente deprimidos
- De 16 a 24 puntos: moderadamente deprimidos
- De 25 a 26 puntos: gravemente deprimidos

4.4.2. Instrumentos de recolección de datos

Son las herramientas que se manipulan para obtener información y para llevar a cabo las observaciones de una investigación o estudio determinado. Conforme a lo que se desea estudiar o investigar, la característica a observar, sus propiedades y factores relacionados con aspectos naturales, económicos, políticos, sociales, etc., cuando se selecciona uno de estos instrumentos.

El cuestionario: Es un formato redactado en forma de interrogatorio para obtener información acerca de las variables que se investigan, puede ser aplicado personalmente o por correo y en forma individual o colectiva y debe reflejar y estar relacionado con las variables y sus indicadores.

4.5. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información

El tratamiento de los datos se realizara en forma automatizada con el manejo de medios informáticos:

- Para la descripción previa de las variables: Estadística descriptiva, se hará uso de cuadros de distribución y frecuencias y gráficos de barras.
- Para establecer la relación entre variables de estudio se utilizara la prueba χ^2 , teniendo en cuenta la siguiente formulación de hipótesis:

H_0 = No existe relación entre las variables.

H_1 = Existe relación entre las variables.

- Para determinar el grado de asociación entre las variables se aplicara el estadístico R. Pearson, este coeficiente no paramétrico muestra el nivel de asociación entre las variables, los valores van de 0 a 1, siendo 0 el valor que indica no correlación directa e inversa.

Posteriormente a la validación de los instrumentos se procederá a aplicar en la muestra y recoger información de cada sujeto en estudio luego se creara una base de datos para la estadística descriptiva y posteriormente mediante el SPSS para obtener tablas y gráficos con frecuencias y porcentajes presentando así la estadística descriptiva. Finalmente, se comprobaran las hipótesis mediante el uso de la estadística inferencial.

4.6. Aspectos éticos

La ética es una rama de la filosofía que estudia la naturaleza del juicio moral y desarrolla criterios sobre lo que es correcto o incorrecto (lo bueno y lo malo) en nuestra sociedad y en nuestra conducta diaria.

Es una obligación efectiva de la persona, es el compromiso que se adquiere con uno mismo, de ser siempre una persona más justa consigo misma y con la comunidad científica y con la sociedad en general; refiriéndose a una decisión interna y libre que no significa una simple imitación de lo que otros piensan, dicen y hacen.

La investigación, la ética nos lleva a la búsqueda de la verdad, basado en una conducta honesta y entendiendo el carácter relativo de la verdad, con lo cual se garantiza que los resultados obtenidos corresponden a los que se investigaron y que no son objetos de manipulación alguna.

En este sentido y amparados en juicios morales que respaldan nuestra actitud ética, orientada hacia el respeto de las personas involucradas en el proceso, de las cuales se guarda estricta confidencialidad y sobre los cuales el proceso de la investigación ha sido totalmente inocua, garantizando la integridad de los mismos. También garantizamos estricta rigurosidad y respeto en la metodología de la investigación empleadas en el presente estudio.

CAPITULO V

RESULTADOS

4.1. Resultados

4.1.1. Resultados generales por variables

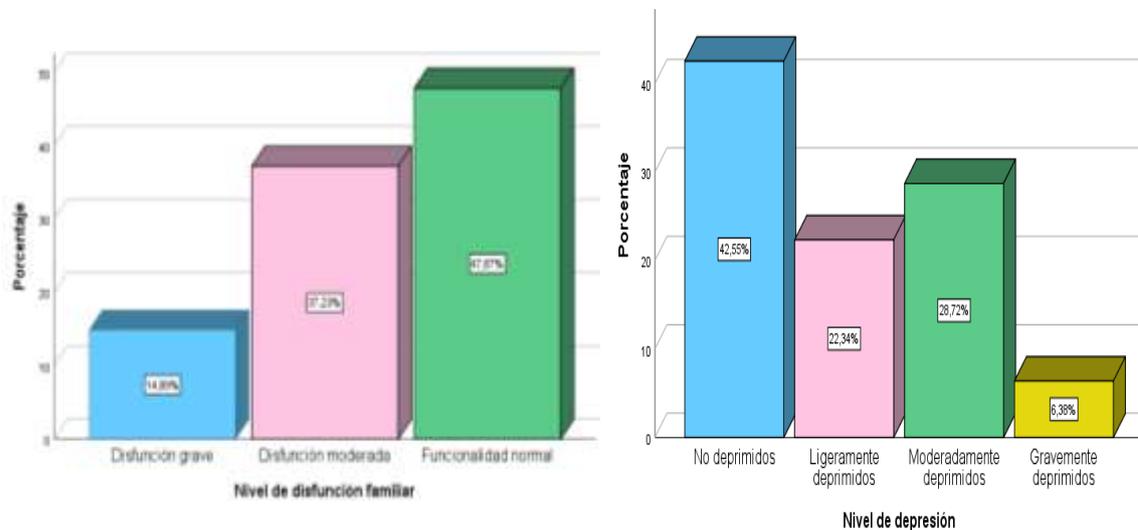


Fig. 1: Resultados de la V 1 Disfuncionalidad Familiar y Resultados de la V 2 Depresión.

En las siguientes figuras observamos que en el gráfico de barras correspondiente al análisis general del Test de APGAR de la variable 1 se ha registrado un 47,87% de que la funcionalidad en la familia es normal, en concordancia con los resultados obtenidos en la gráfica de barras que corresponde al análisis general del Test de Beck donde se registra un 42,55% de que los jóvenes no se encuentran deprimidos. Por lo tanto se nota una relación de influencia entre el ítem de la variable 1 y de la variable 2 observadas.

Por otro lado observamos que en la gráfica de test de APGAR el 37,23% manifiesta que la familia se encuentran moderadamente funcional en consecuencia los porcentajes obtenidos en la gráfica del Test de Beck corresponde en un 22,34%

y 28,72% de que existe ciertos niveles de depresión creando así una relación entre estos.

En la gráfica de APGAR existe un 14,87 de disfuncionalidad familiar que refleja el resultado de la gráfica de Beck en un 6,38% de jóvenes que se encuentran gravemente deprimidos guardando relación entre ambos.

4.1.2. Resultado por ítems

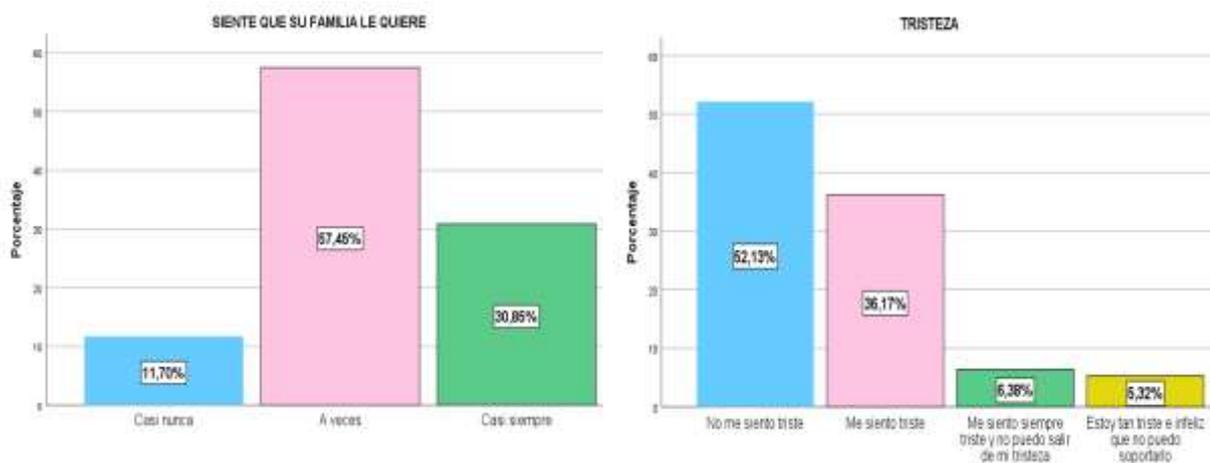


Fig.2: Resultados de los ítems 5 de la V1 Resultados de los ítems 1 de la V2

En la siguiente figura observamos que en la primera grafica correspondiente al ítems número 5 de la variable 1 se ha registrado un 30,85 % de sujetos que mencionan que su familia casi siempre lo quiere, en concordancia con los resultados obtenidos en la segunda grafica que corresponde al área tristeza del test de Beck donde se registra un 52,13% de los sujetos que mencionan no sentirse triste. Por lo tanto se nota una relación de influencia entre el ítem de la variable 1 y de la variable 2 observadas. Por otro lado observamos que en la primera grafica el 57,45% manifiesta que a veces la familia no lo quieren en consecuencia los porcentajes obtenidos en la segunda grafica existe cierto nivel de tristeza que exactamente no coincide con la cifra de la variable 2 de tristeza sin embargo si existe cierta relación.

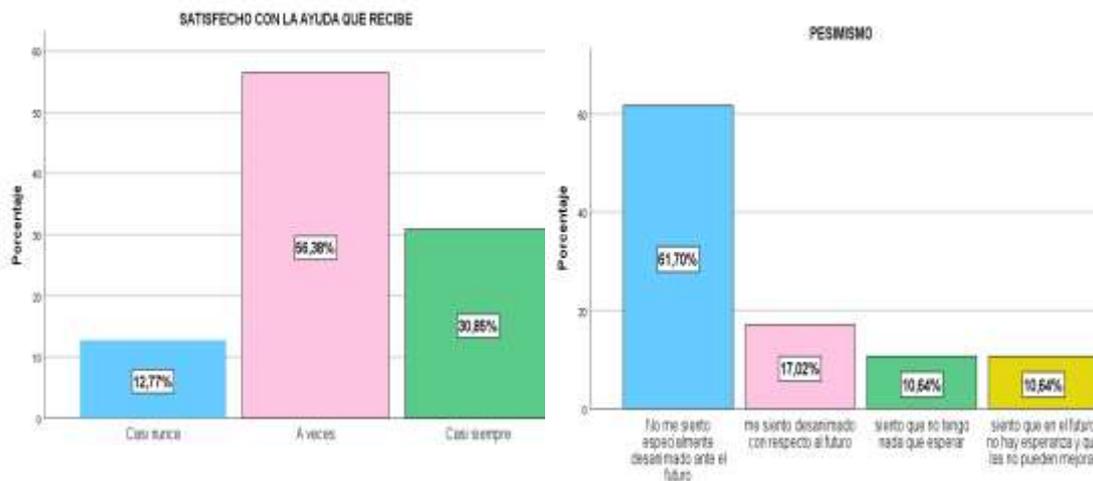


Figura 3: Resultados de los ítems 1 de la V1 Resultados de los ítems 2 de la V2

En la Figura 3 Se observa en la primera gráfica que el 30,85% de los encuestados mencionan que casi siempre se sienten satisfechos con la ayuda que recibe de su familia frente a los problemas el cual es reflejado en la otra grafica con un 61.70% de encuestados que mencionan que no están desalentados.

Así mismo existe un 56,38% que mencionan que a veces sienten satisfacción por ayuda que recibe de su familia, mientras que en la otra grafica vemos que un 17,02% y 10,64% mencionan que se sienten más desalentados y no esperan que las cosas cambien.

Un 12,77% de la primera grafica menciona que casi nunca sienten satisfacción por ayuda de sus familiares; el cual se relaciona con el 10,64% de la segunda grafica donde mencionan que sienten que no hay esperanzas.

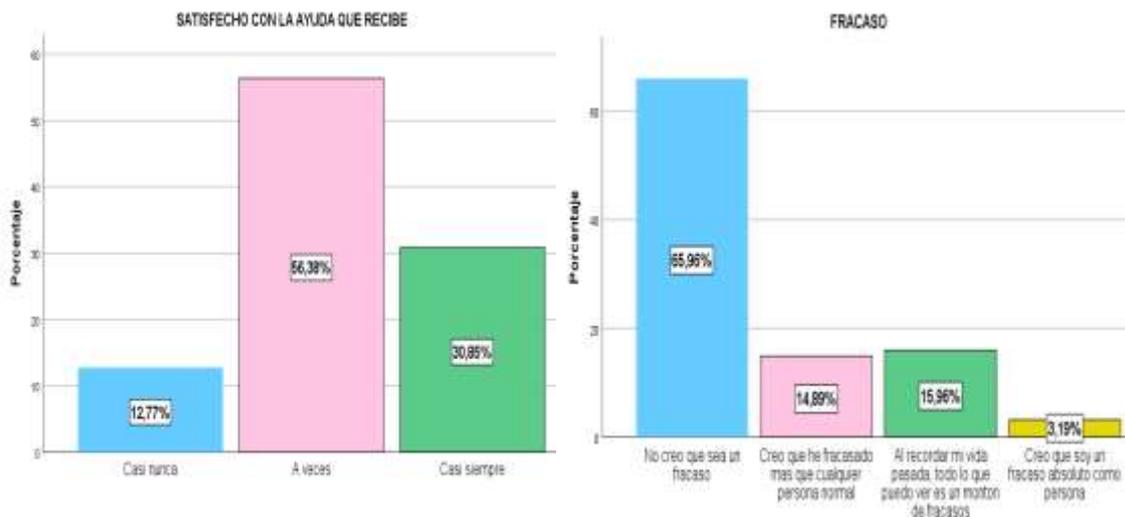


Figura 4: Resultados de los ítems 1 de la V1 Resultados de los ítems 3 de la V2

En la figura 4 vemos 2 graficas, la primera menciona que existe un 30,85% que mencionan que casi siempre quedan satisfechos con la ayuda que reciben de su familia cuando tienen un problema; y guarda relación con un 65,96% de la segunda grafica que menciona que no se sienten como un fracasado.

Continuando con el análisis de las gráficas el 56,38% de la primera grafica menciona que a veces sienten satisfacción con la ayuda de sus padres, el cual relacionándolo con las otra grafica con un 14,99% y un 15,96% mencionan que han fracasado más de lo debido y que también cuando miran atrás ven muchos fracasos respectivamente.

El 12,77% mencionado en la primera grafica menciona que casi nunca sienten satisfacción con la ayuda de sus padres frente a los problemas, el cual se relaciona con el 3,19% de la segunda grafica que menciona que como persona se siente un fracaso.

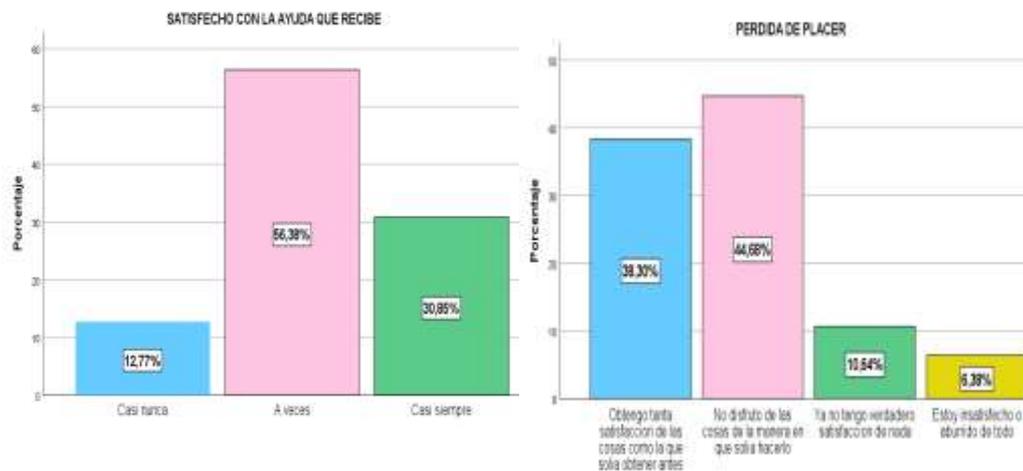


Figura 5: Resultados de los ítems 1 de la V1 Resultados de los ítems 4 de la V2

En la figura 5 observamos en la primera grafica que el 30,85% casi siempre siente satisfacción con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene problemas; y en la segunda grafica lo relacionamos con el 38,30% que menciona que obtiene tanto placer.

También observamos que en la primera grafica menciona que el 56,38% a veces siente satisfacción por la ayuda de sus padres; y en la otra grafica el 44,68% no disfruta de los placeres.

El 12,77% reflejado en la primera grafica donde casi nunca sienten satisfacción con la ayuda de sus padres guarda relación con el 10,64% de la otra grafica donde menciona que obtiene muy poco placer.

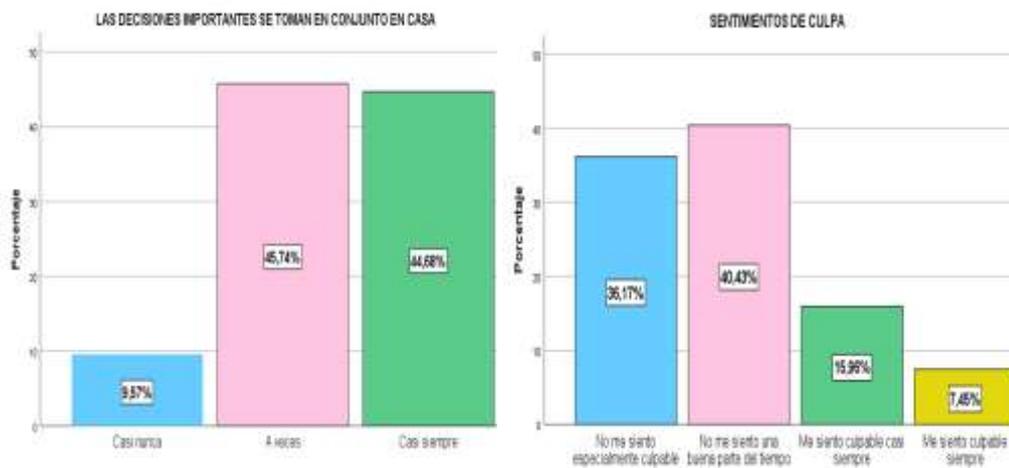


Figura 6: Resultados de los entre ítems 3 de la V1 Resultados de los ítems 5 de la V2

En la figura 6 observamos que el 44,68% menciona que casi siempre las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa; datos de la primera gráfica, y en la segunda grafica observamos que el 36,17% no se siente culpable.

Observamos también en la primera grafica que el 45,74% a veces toman decisiones en conjunto relacionándolo con los datos de la segunda grafica que el 40,43% se siente culpable.

El 9,57% de la primera grafica menciona que casi nunca las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa el cual refleja la relación con la segunda grafica de que el 7,45% se siente bastante culpable.

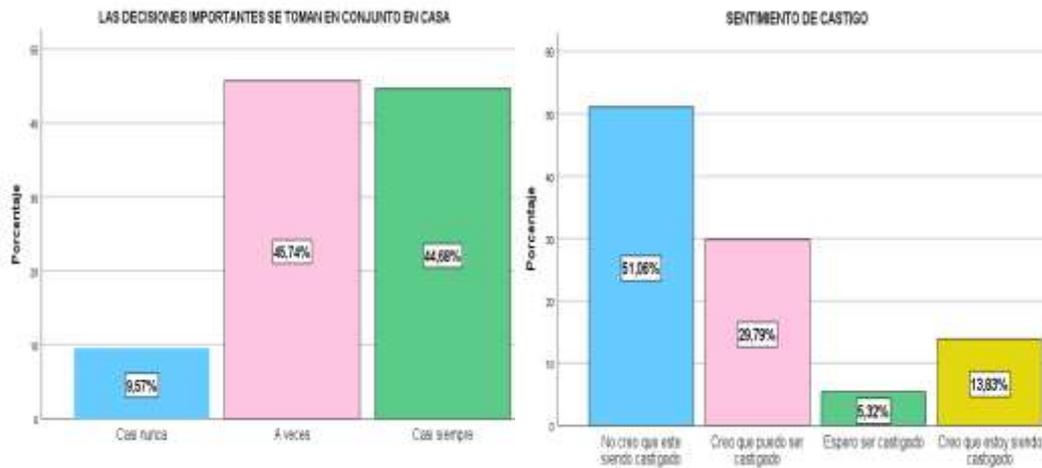


Figura 7: Resultados de los ítems 3 de la V1 Resultados de los ítems 6 de la V2

En la figura 7 observamos la relación de las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa y el sentimiento de castigo; en la primera grafica el 44,68% menciona que casi siempre las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa que se relaciona con el 51,06% de la segunda grafica donde menciona que no siente que estén siendo castigados.

El 45,74% menciona que a veces se toman la decisiones en conjunto mientras que en la segunda grafica el 29,79% sienten que tal vez puedan ser castigados y el 5,32% esperan ser castigados.

El 9,57% de los encuestados menciona que casi nunca toman las decisiones en conjunto mientras que en la segunda grafica el 13,83% siente que está siendo castigado.

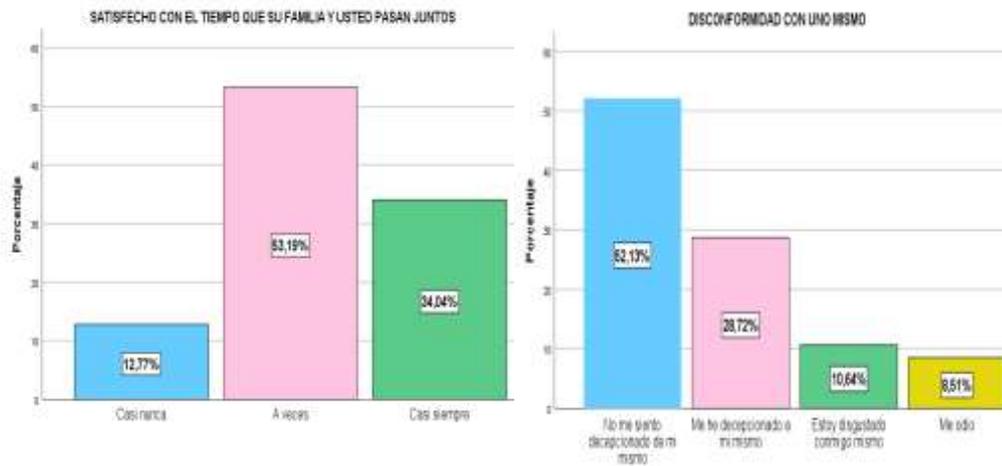


Figura 8: Resultados de los ítems 4 de la V1 Resultados de los ítems 7 de la V2

En la figura 8 vemos la relación estas satisfecho con el tiempo que su familia y Ud. pasan juntos y la disconformidad con uno mismo; donde la primera grafica habla de la variable de satisfacción que muestra un 34,04% que menciona que a veces está satisfecho mientras que en la segunda grafica en si su contraparte el 52,13% menciona que siente acerca de mi lo mismo que siempre.

El 53,19% menciona que a veces está satisfecho con el tiempo que pasan juntos con su familia y en la segunda grafica el 28,72% menciona que ha perdido la confianza en sí mismo y un 10,64% está decepcionado consigo mismo.

En la primera grafica 12,77% menciona que casi nunca sienten satisfacción por las decisiones que toman en conjunto, el 8,51% de la segunda grafica menciona que no se gustan así mismo.

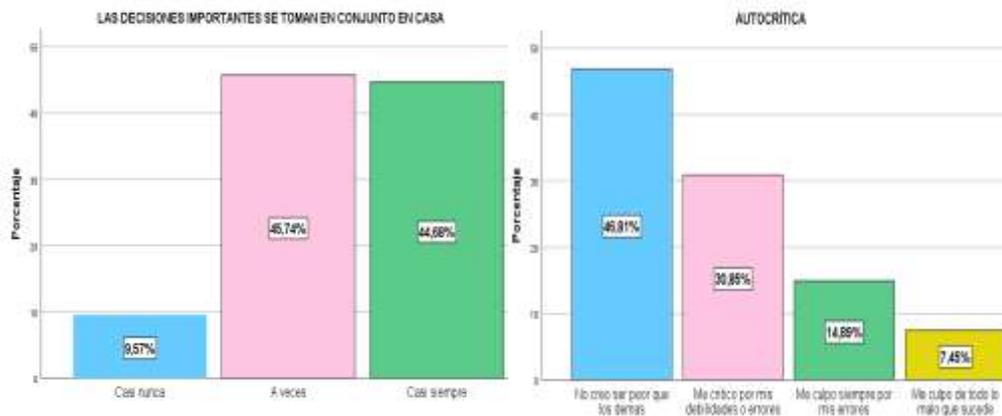


Figura 9: Resultados de los ítems 3 de la V1 Resultados de los ítems 8 de la V2

En la figura 9 relacionamos las variables ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa? y la autocrítica el cual se ven representados en 2 graficas respectivamente; en la primera menciona con un 44,68% que casi siempre se toman las decisiones en conjunto y en la segunda grafica un 46,81% no se critica ni se culpa.

Se visualiza un 45,74% en la primera grafica donde a veces se toman las decisiones en conjunto; mientras que en la segunda grafica existe un 30,85% que siente que está más crítico consigo mismo y un 14,89% que se critica así mismo por todos sus errores.

Un 9,57% de la primera grafica menciona que casi nunca toman las decisiones en conjunto relacionado con el 7,45% de la segunda grafica que menciona que se critica así mismo por todo lo malo que sucede.

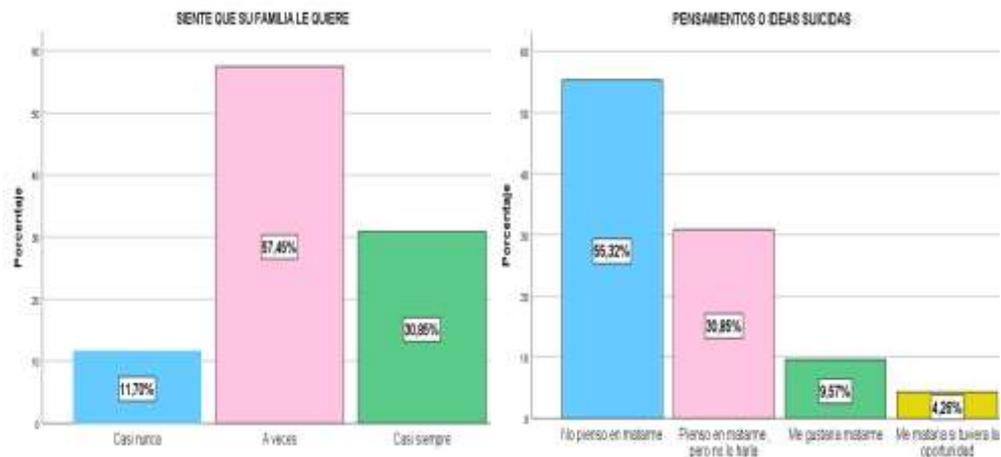


Figura 10: Resultados de los ítems 5 de la V1 Resultados de los ítems 9 de la V2

En la figura 10 observamos la relación de la variable ¿siente que su familia le quiere? Y los pensamientos suicidas dieron como resultado las siguientes comparaciones empezando por el 30,85% que mencionan que casi siempre sienten que su familia le quiere reflejado en la primera grafica relacionado con 55,32% que menciona que no tienen ningún pensamiento de matarse de la segunda grafica; y el 30,85% que no tienen pensamientos de matarse.

El 57,45% reflejado en la primera grafica menciona que a veces siente que su familia le quiere; el cual lo relacionamos con el 9,57% de la segunda grafica que mencionan que quieren matarse, no existe una relación absoluta en este último pero dan indicios de que si raras veces siente cariño por parte de la familia; el adolescente no está muy seguro de lo que recibe por parte de la familia y resulta que tiene tendencia a hacerse daño por los problemas por los que esté pasando.

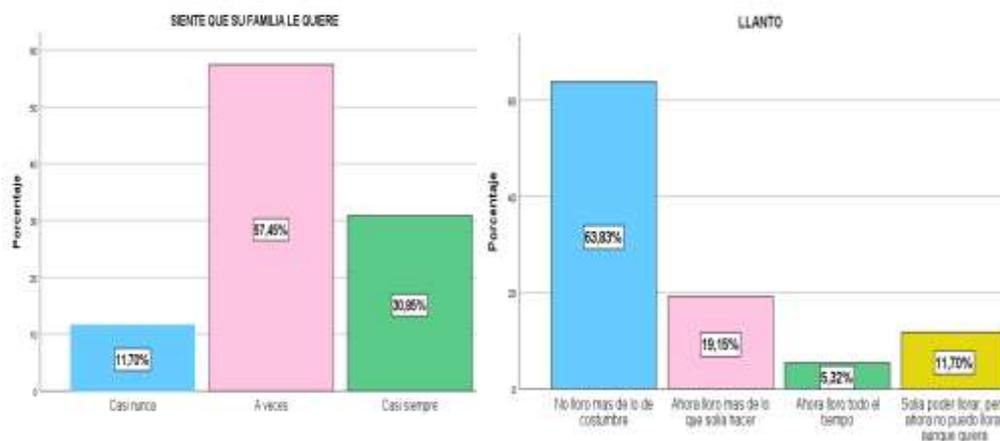


Figura 11: Resultados de los ítems 5 de la V1 Resultados de los ítems 10 de la V2

En la figura 11 observamos la relación de la variable ¿siente que su familia le quiere? Y el llanto dieron como resultado las siguientes comparaciones: en la primera grafica se observa un 30,85% que menciona que casi siempre sienten que su familia le quieren y lo relacionamos con el 63,83% de la segunda grafica que menciona que no llora más de lo debido.

También observamos que el 57,45% de la primera grafica a veces siente que su familia le quiere el cual es relacionado con los siguientes porcentaje de la segunda grafica 19,15% que llora más de lo que solía hacer, 5,32% que llora por cualquier pequeñez y un 11,70% siente ganas de llorar pero no puede, estas relaciones se dan por el simple hecho de que el amor que emite la familia no es constante y a veces se descuida al adolescente.

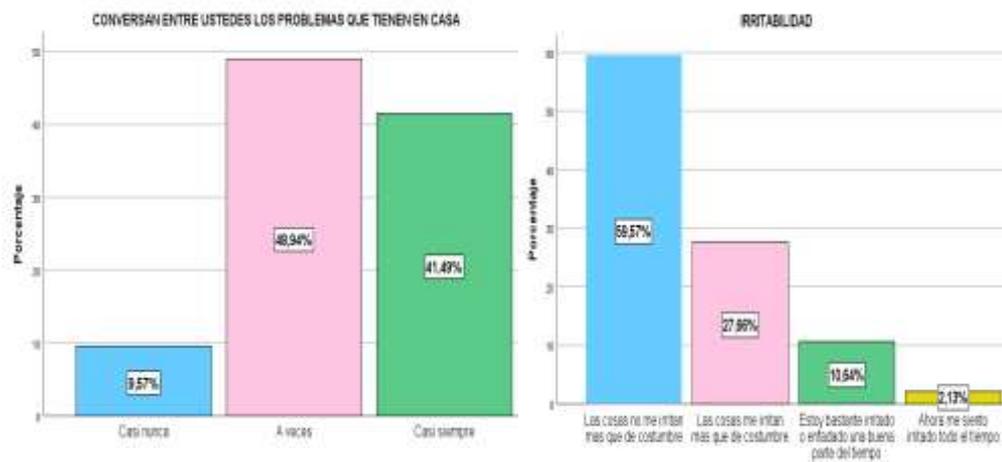


Figura 12: Resultados de los ítems 2 de la V1 Resultados de los ítems 11 de la V2

En la figura 12 observamos la relación de la variable ¿conversan entre Uds. los problemas que tienen en casa? y la irritabilidad dieron como resultado las siguientes comparaciones: observamos en la primera grafica un 41,49% que menciona casi siempre conversan los problemas en casa; y en la segunda grafica un 59,57% que las cosas no le irritan más de costumbre.

También observamos un 48,94% en la primera grafica que menciona que a veces conversan los problemas en casa; relacionado con un 27,66% que las cosas le irritan más de costumbre y un 10,64% que están bastante irritado una buena parte del tiempo.

Hay un 9,57% en la primera grafica que menciona que casi nunca conversan los problemas en casa el cual está relacionado al 2,13% de la segunda grafica que menciona que se sienten irritados todo el tiempo por el simple hecho de querer buscar alguna solución a los problemas que esté pasando; tratando de buscar ayuda en los más cercanos lo cual no le es posible porque no hay esa conversación en familia.

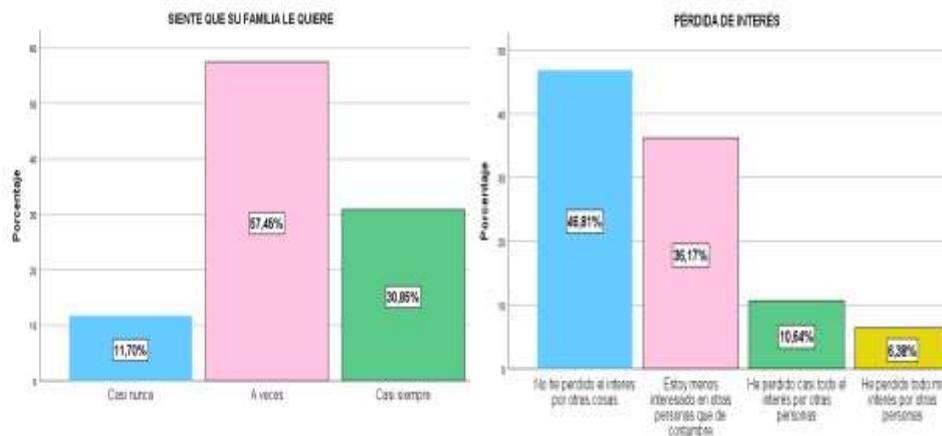


Figura 13: Resultados de los ítems 5 de la V1 Resultados de los ítems 12 de la V2

En la figura 13 observamos la relación de la variable ¿Siente que su familia le quiere? y la pérdida de interés dieron como resultado las siguientes comparaciones: un 30,85% de la primera grafica menciona que casi siempre siente que su familia le quiere; relacionado con el 46,81% de la segunda grafica que menciona que no ha perdido el interés en otras cosas.

En la primera gráfica observamos un 57,45% que menciona que a veces siente que su familia le quiere, relacionado con el 36,17%, 10,64% y 6,38% que mencionan que están menos interesados que antes, han perdido casi todo el interés y que les es difícil interesarse por algo respectivamente.

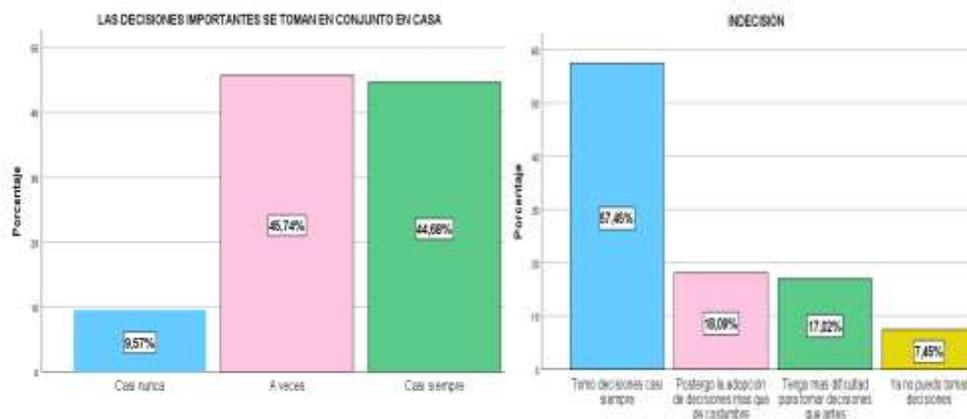


Figura 14: Resultados de los ítems 3 de la V1 Resultados de los ítems 13 de la V2

En la figura 14 observamos la relación de la variable ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa? y la indecisión dieron como resultado las siguientes comparaciones: un 44,68% menciona que casi siempre las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa; relacionado al 57,45% de la segunda gráfica que menciona que toman sus decisiones tan bien como siempre, puesto que reciben consejos apropiados en casa.

Existe un 45,74% que a veces toman las decisiones en conjunto, mientras que en la segunda gráfica existe un 18,09% y un 17,02% que menciona que resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones y que encuentran muchas más dificultades que antes respectivamente.

También visualizamos un 9,57% que casi nunca toman decisiones en conjunto; el cual se ve reflejado comparando con los datos de la segunda gráfica un 7,45% que tienen problemas para tomar cualquier decisión.

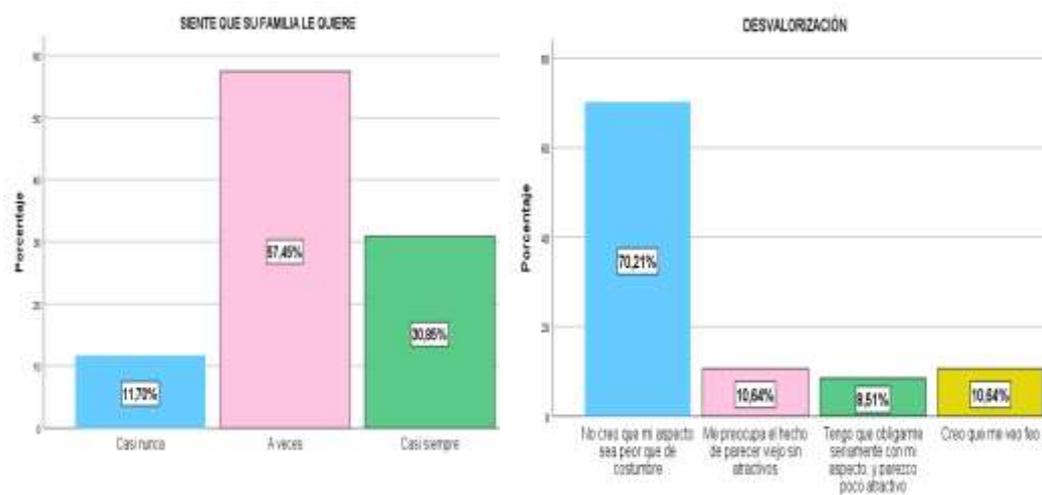


Figura 15: Resultados de los ítems 5 de la V1 Resultados de los ítems 14 de la V2

En la figura 15 observamos la relación de la variable ¿Siente que su familia le quiere? y la desvalorización dieron como resultado las siguientes comparaciones: en la primera grafica hay un 30,85% que casi siempre siente que su familia le quiere; relacionado con el 70,21% de la segunda gráfica que no siente que no sea valioso.

Un 57,45% de la primera grafica menciona que a veces siente que su familia le quiere; el cual se lo compara con el 10,64%, 8,51% y 10,64% que mencionan que; no se consideran a sí mismos tan valiosos, se sienten menos valioso cuando se compara con otros y siente que no valen nada respectivamente.

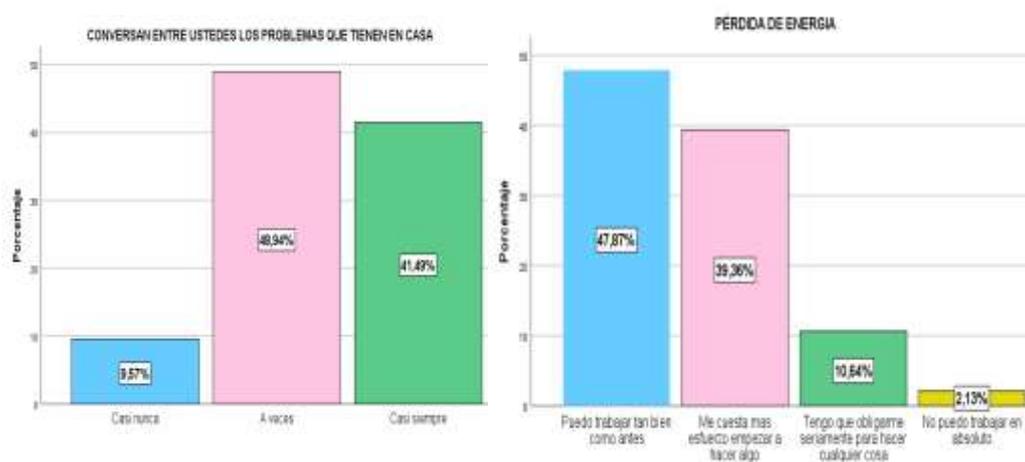


Figura 16: Resultados de los entre ítems 2 de la V1 Resultados de los ítems 15 de la V2

En la figura 16 observamos la relación de la variable ¿Conversan entre Uds. los problemas que tienen en casa? y la pérdida de energía dieron como resultado las siguientes comparaciones: visualizamos un 41,49% que menciona que casi siempre conversan los problemas que se tiene en casa; el cual lo comparamos con el dato de la segunda grafica 47,87% que menciona que tiene tanta energía como siempre.

Un 48,94% de la primera grafica menciona que a veces conversan los problemas que tienen en casa; el cual lo relacionamos con el 39,36% y 10,64% que menciona que tiene menos energía que la que solía tener y que tiene suficiente energía para hacer demasiado.

Un 9,57% de la primera grafica menciona que casi nunca conversan los problemas que tienen en casa; el cual se ve reflejado en la segunda grafica con un 2,13% que menciona que no tienen energía suficiente para hacer nada.

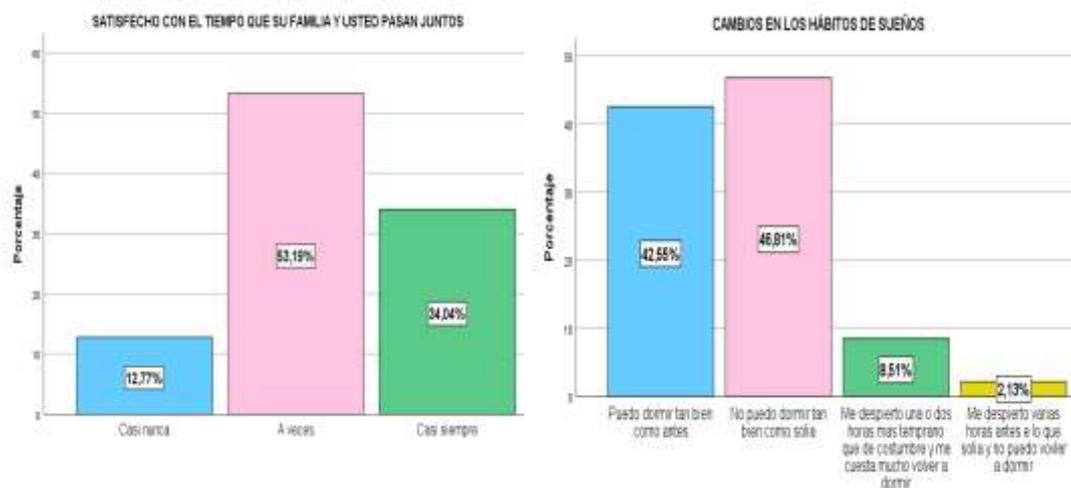


Figura 17: Resultados de los ítems 2 de la V1 Resultados de los ítems 15 de la V2

En la figura 17 observamos la relación de la variable ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y Ud. pasan juntos? y los cambios en los hábitos de sueño dieron como resultado las siguientes comparaciones: en la primera grafica existe un 34.04% que menciona casi siempre está satisfecho con el tiempo que pasa con su familia, el cual se ve reflejado en la segunda grafica con un 42,55% que dice que puede dormir tan bien como antes.

Existe un 53,19% de la primera grafica que a veces está satisfecho con el tiempo que pasan juntos en familia; mientras que las segunda grafica un 48,81%,

8,51%, que menciona que duerme un poco más y menos que lo habitual, y que duerme mucho más y menos de lo habitual; respectivamente.

También menciona que un 12,77% casi nunca está satisfecho con el tiempo que pasa con su familia; relacionándolo con el 2,13% de la segunda gráfica que menciona que se despierta más temprano y no puede volver a dormir.

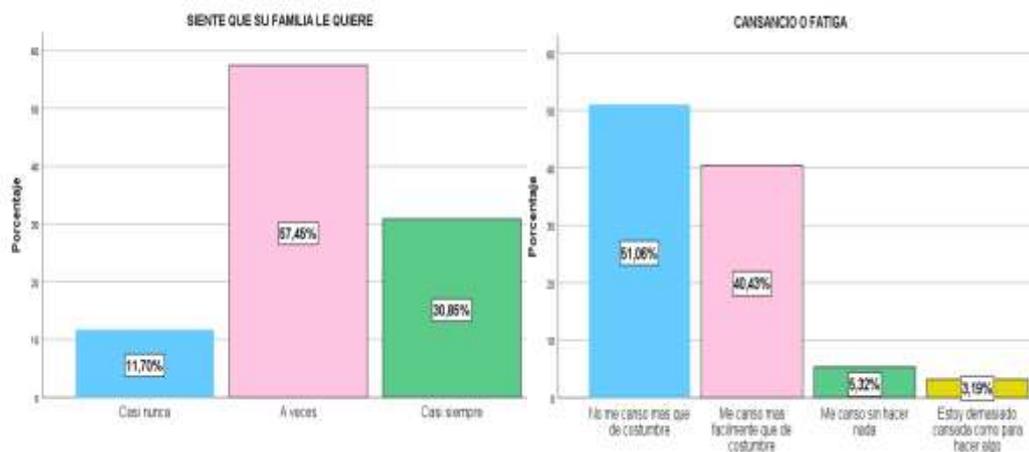


Figura 18: Resultados de los ítems 5 de la V1 Resultados de los ítems 17 de la V2

En la figura 18 observamos la relación de la variable ¿Siente que su familia le quiere? Y el cansancio dieron como resultado las siguientes comparaciones: observamos en la primera grafica un 30,85% que dice que casi siempre siente el cariño de su familia; el cual se refleja con el 51,06% de la segunda grafica que menciona que no se cansa más de costumbre.

También existe un 57,45% de la primera grafica que menciona a veces siente que su familia le quiere; mientras que en la segunda grafica un 40,43% y un 5,32% que indica que se cansa fácilmente y otros que se cansan sin hacer nada.

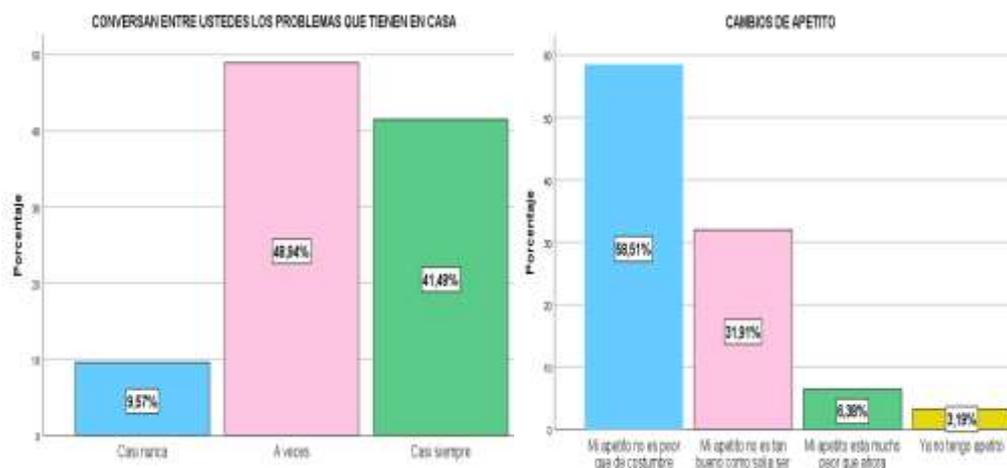


Figura 19: Resultados de los ítems 2 de la V1 Resultados de los ítems 18 de la V2

En la figura 19 observamos la relación de la variable ¿Conversan entre Uds. los problemas que tienen en casa? y cambio en el apetito dieron como resultado las siguientes comparaciones; en la primera grafica menciona que el 41,49% casi siempre conversan los problemas que tienen en casa; en la segunda grafica un 58,51% menciona que no ha experimentado ningún cambio en su apetito.

Existe un 48,94% de la primera grafica que indica que a veces conversan los problemas que tienen en casa relacionada con los datos de la segunda grafica un 31,91%, 6,38% mencionan que su apetito es un poco menor y mayor de lo habitual.

El 9,57% de la primera grafica menciona que casi nunca conversan los problemas que tienen en casa el cual se relaciona con el 3,29% que indica que no tienen apetito entrando así en un estado depresivo crónico.

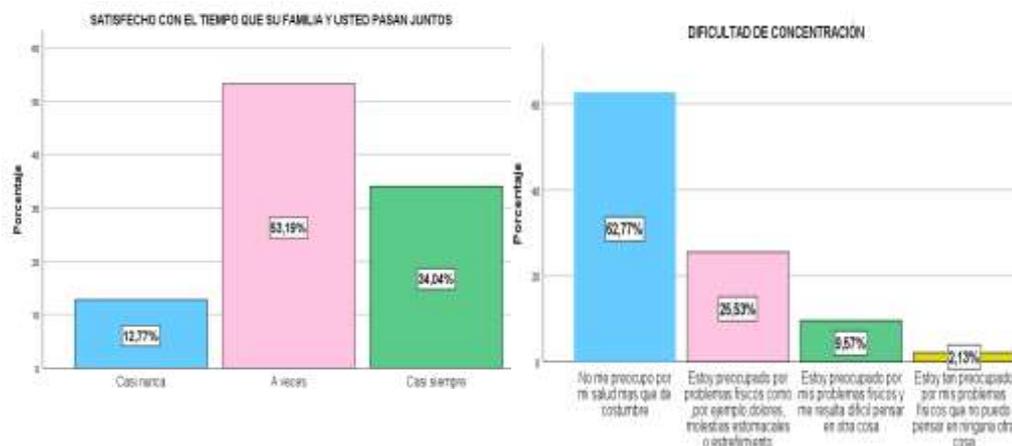


Figura 20: Resultados de los entre ítems 1 de la V1 Resultados de los ítems 19 de la V2

En la figura 20 observamos la relación de la variable ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y Ud. pasan juntos? y la dificultad de concentración dieron como resultado las siguientes comparaciones; un 34,04% indica que casi siempre está satisfecho con el tiempo que pasa con su familia; mientras que en la segunda grafica un 62,77% indica que no se preocupa por su salud más que de costumbre.

Un 53,19% de la primera grafica menciona que a veces siente satisfacción con el tiempo que pasan con su familia; relacionado con el 25,53% de la segunda grafica que menciona que no puede concentrarse tan bien como habitualmente.

Finalizando con el análisis el 12,77% de la primera grafica trata de los jóvenes que casi nunca pasan tiempo con su familia el cual se relaciona con el 2,13% de la segunda grafica que indica que le es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

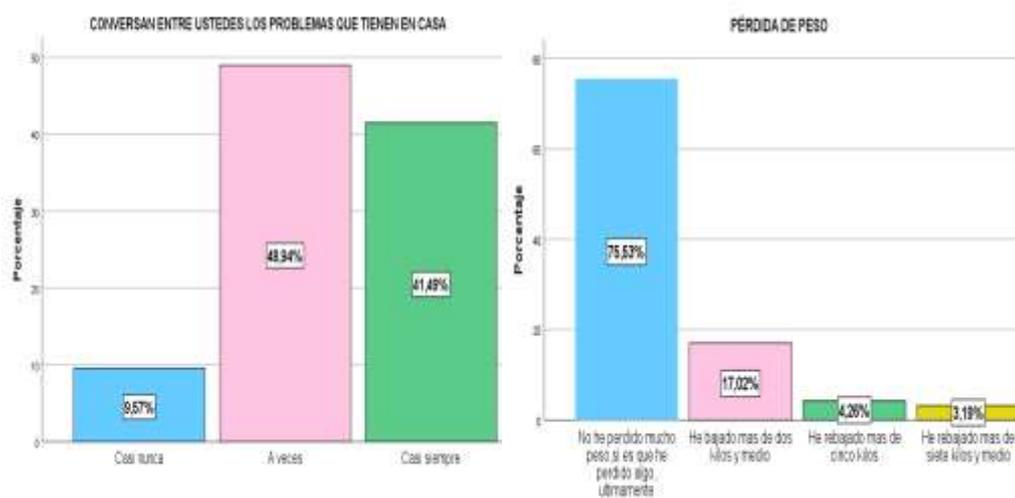


Figura 21: Resultados de los ítems 2 de la V1 Resultados de los ítems 20 de la V2

En la figura 21 observamos la relación de la variable ¿Conversan entre Ud. los problemas que tiene en casa? y la pérdida de peso dieron como resultado las siguientes comparaciones; en la primera grafica el 41,49% indica que casi siempre conversan los problemas que tienen en casa; mientras que en la segunda grafica el 75,53% indica que no han perdido mucho peso últimamente.

En la primera grafica también observamos un 48,94% que indica que a veces conversan los problemas que tienen en casa; y lo relacionamos con el 17,02% y el

4,26% que indica que han bajado más de dos kilos y medio y han rebajado más de cinco kilos.

Y por último la primera figura hay un 9,57% de los encuestados que indica que casi nunca conversan los problemas que tienen en casa, el cual se ve reflejado en la estado anímico del joven representado por el 3,19% de la segunda grafica que indica que ha rebajado más de siete kilos y medio.

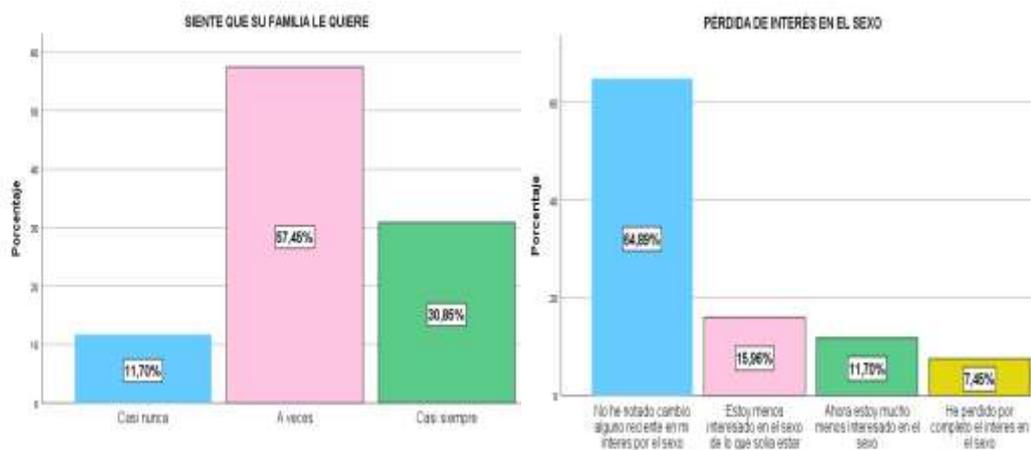


Figura 22: Resultados de los ítems 5 de la V1 Resultados de los ítems 21 de la V2

En la figura 22 observamos la relación de la variable ¿Siente que su familia le quiere? y la perdida de interés en el sexo dieron como resultado las siguientes comparaciones; el 30,85% indica casi siempre siente que su familia le quiere; relacionado con el 64,89% de la segunda grafica que indica que no ha notado ningún cambio reciente en su interés por el sexo.

En la primera grafica también vemos un 57,45% que indica que a veces se siente que su familia le quiere; mientras que en la segunda grafica se visualiza un 15,96%, un 11,70% que indican que están menos interesados en el sexo de lo que

solían estarlo, otro grupo menciona que ahora está mucho menos interesado en el sexo.

4.1.3. Contrastación de hipótesis

Los resultados que se presentan en este capítulo tiene el propósito de mostrar el proceso que conduce a la contrastación de la hipótesis propuesta en la investigación: Existe relación entre disfunción familiar y depresión en estudiantes de cuarto y quinto grado del nivel secundario de la Institución Educativa Mariscal Cáceres, Tacna, 2018.

Este estudio comprende el cumplimiento de los siguientes objetivos:

- a) Establecer el nivel de disfunción familiar en los estudiantes de cuarto y quinto grado del nivel secundario de la Institución Educativa Mariscal Cáceres
- b) Establecer el nivel de depresión en los estudiantes de cuarto y quinto grado del nivel secundario de la Institución Educativa Mariscal Cáceres

En esta investigación se muestran los resultados definitivos, y tienen la intención de mostrar su importancia y sus posibilidades de análisis, que con la pretensión de fundar sobre ellos conclusiones relevantes para la Institución Educativa. Iniciaremos presentando los resultados globales, tomando total de respuestas como un todo, mostrando cómo percibe la Institución, la importancia actual de la relación entre la disfunción familiar y la depresión en los estudiantes de cuarto

y quinto grado del nivel secundario de la Institución Educativa Mariscal Cáceres, Tacna, 2018”.

La muestra estará constituida por 94 estudiantes de cuarto y quinto del nivel secundario de la Institución Educativa Mariscal Cáceres, Tacna, 2018. La muestra está conformada de la siguiente manera:

Tabla 5: Conformación de la muestra

GRADO Y SECCION	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
4to A	7	20	27
4to D	14	13	27
5to A	6	14	20
5to B	8	12	20
TOTAL	35	59	94

Fuente: Elaboración propia

Enseguida se procedió a probar la confiabilidad del instrumento utilizado para la toma de datos, esto utilizando la prueba alfa de Cronbach, cuyo resultado se muestra:

Tabla 6: Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,893	,893	21

Fuente: Elaboración propia

Este resultado 0.893 nos indica que el instrumento utilizado para la toma de datos es altamente confiable.

Tabla 7. Nivel de disfunción familiar de los estudiantes del nivel secundario de la I.E “Mariscal Cáceres”, Tacna- 2018.

Niveles	Estudiantes	
	N°	%
Disfunción grave	14	14,89
Disfunción moderada	35	37,23
Funcionalidad normal	45	47,87
Total	94	100,00

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes.

Interpretación

En la tabla 7, se encuentra que, según el nivel de disfunción familiar, el 14,89% de los alumnos se encuentran en un nivel de disfunción grave, mientras que el 37,23% tienen una disfunción moderada, en cambio el 47,87% presentan una funcionalidad normal. De lo cual podemos observar que la mayor parte de los estudiantes, están dentro de la funcionalidad normal.

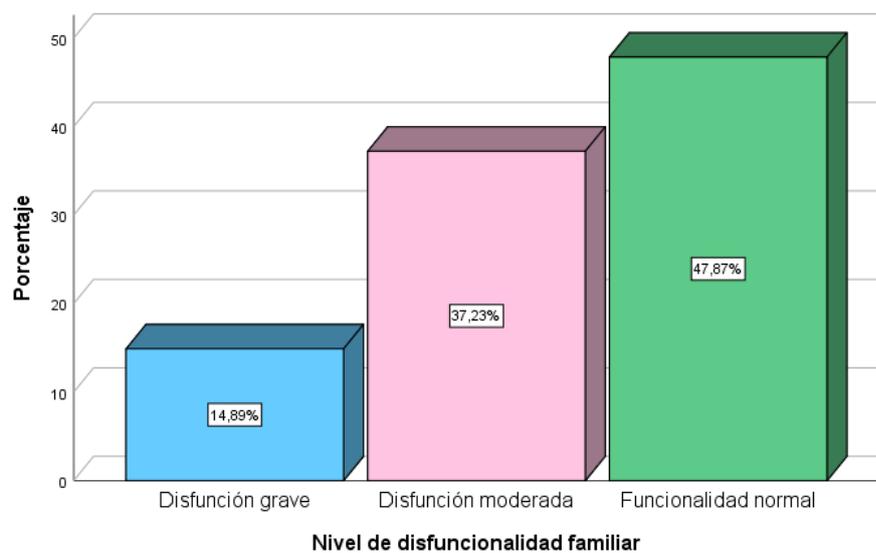


Figura 1. Nivel de disfunción familiar de los estudiantes del nivel secundario de la I.E “Mariscal Cáceres”, Tacna- 2018.

Fuente: Tabla 7.

Tabla 8. Nivel de depresión de los estudiantes del nivel secundario de la I.E “Mariscal Cáceres”, Tacna- 2018.

Niveles	Estudiantes	
	N°	%
No deprimidos	40	42,55
Ligeramente deprimidos	21	22,34
Moderadamente deprimidos	27	28,72

Gravemente deprimidos	6	6,38
Total	94	100,00

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes.

Interpretación

En la tabla 8, se encuentra que, según el nivel de depresión, el 42,55 de los estudiantes se encuentran en un nivel normal, mientras que el 22,34% se encuentran ligeramente deprimidos, el 28,72% moderadamente deprimidos, en cambio el 6,38% están gravemente deprimidos. De lo cual podemos observar que la mayor parte de los estudiantes, están dentro de los niveles no deprimidos.

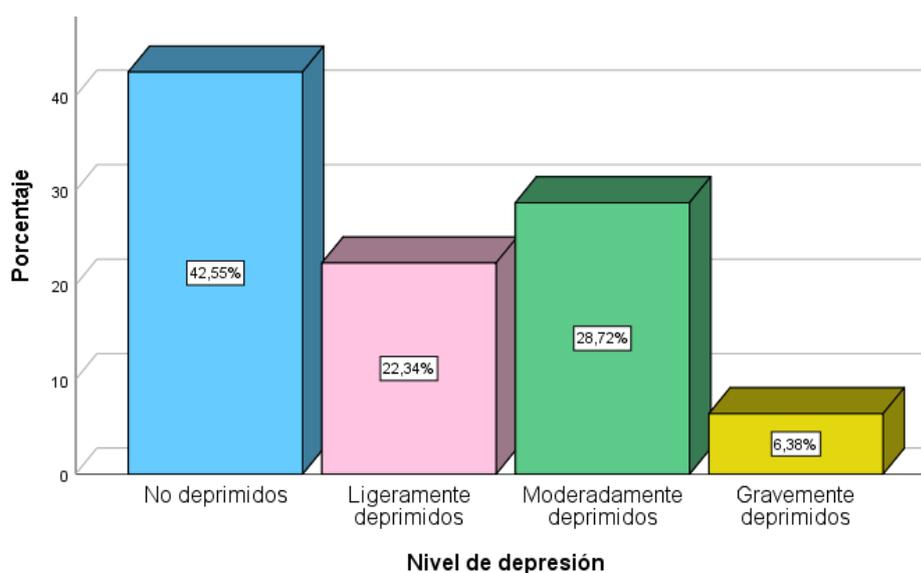


Figura 2. Nivel de depresión de los estudiantes del nivel secundario de la I.E “Mariscal Cáceres”, Tacna- 2018.

Fuente: Tabla 8.

Tabla 9. Nivel de disfunción familiar asociado al nivel de depresión de los estudiantes.

NIVEL DE DEPRESIÓN	NIVEL DISFUNCIÓN FAMILIAR						Total	
	Grave		Moderada		Normal		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
No deprimidos	2	2,13	8	8,51	30	31,91	40	42,55
Ligeramente	0	0,00	12	12,77	9	9,57	21	22,34
Moderadamente	10	10,64	13	13,83	4	4,26	27	28,72
Gravemente	2	2,13	2	2,13	2	2,13	6	6,38
Total	14	14,89	35	37,23	45	47,87	94	100,00

Fuente: Tabla N° 7 y 8.

Interpretación

En la tabla 9, se observa según el nivel de disfunción familiar asociado al nivel de depresión, el 31,91 de los estudiantes tiene una funcionalidad normal y no se encuentran deprimidos.

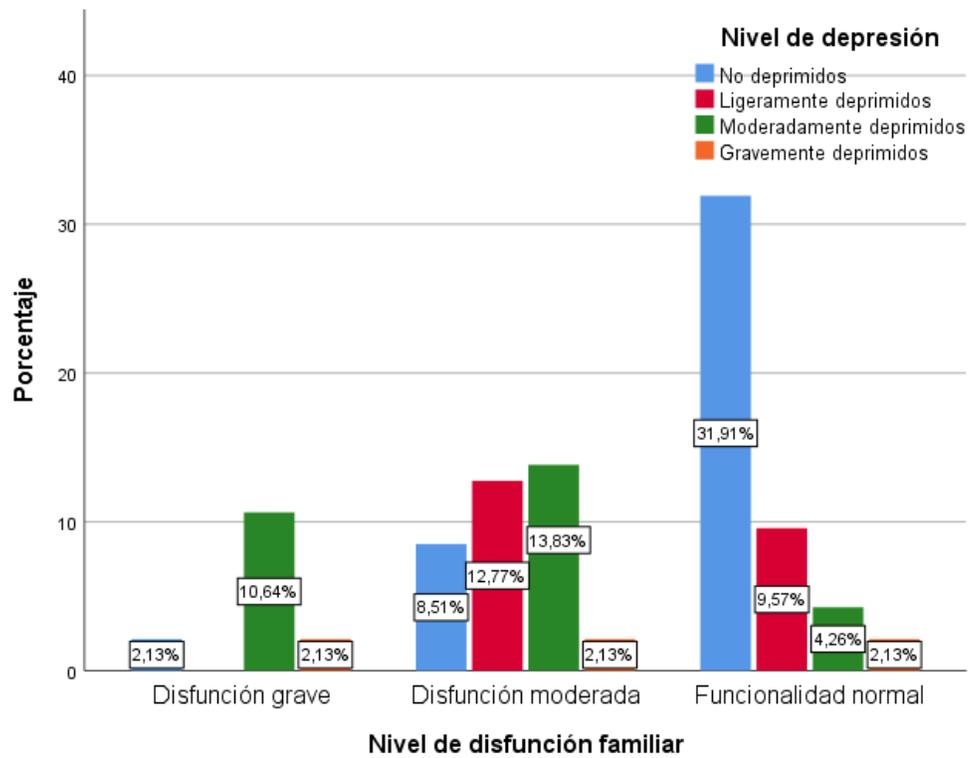


Figura 3. Nivel de disfunción familiar asociado al nivel de depresión de los estudiantes.

Fuente: Tabla 9.

VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS GENERAL

“Existe relación entre disfunción familiar y depresión en estudiantes de cuarto y quinto grado del nivel secundario de la Institución Educativa “Mariscal Cáceres” Tacna, 2018”.

1) Formular la hipótesis

H_0 : No existe relación entre disfunción familiar y depresión en estudiantes de cuarto y quinto grado del nivel secundario de la Institución Educativa “Mariscal Cáceres” Tacna, 2018.

H_1 : Existe relación entre disfunción familiar y depresión en estudiantes de cuarto y quinto grado del nivel secundario de la Institución Educativa “Mariscal Cáceres” Tacna, 2018.

2) Nivel de significancia

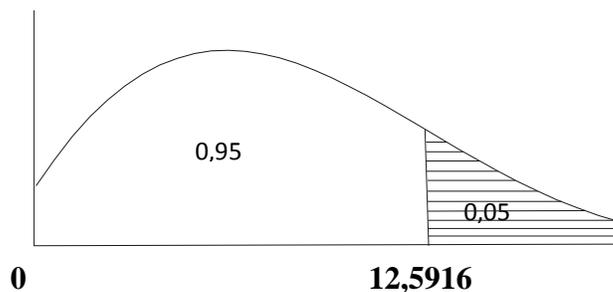
$$\alpha = 5\% = 0.05$$

3) Estadístico de prueba

$$X_c^2 = \sum_{i=1}^f \sum_{j=1}^c \frac{(o_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}} \quad \square \quad X_{(f-1)(c-1)}^2$$

$$x_k^2 = 35,017$$

4) Región crítica



5) Decisión

$35,017 \in$ a la región de rechazo, entonces se rechaza H_0

6) Conclusión

Como se observa que se rechaza la hipótesis nula, por lo tanto, al nivel del 5% de significancia se concluye que existe relación entre disfunción familiar y depresión en estudiantes de cuarto y quinto grado del nivel secundario de la Institución Educativa “Mariscal Cáceres” Tacna, 2018.

VERIFICACIÓN DE LA PRIMERA HIPÓTESIS ESPECÍFICA

“Existe un nivel de disfunción familiar normal en estudiantes de cuarto y quinto grado del nivel secundario de la Institución Educativa “Mariscal Cáceres”.

1) Formular la hipótesis

H_0 : No existe un nivel de disfunción familiar normal en estudiantes de cuarto y quinto grado del nivel secundario de la Institución Educativa “Mariscal Cáceres”.

H_1 : Existe un nivel de disfunción familiar normal en estudiantes de cuarto y quinto grado del nivel secundario de la Institución Educativa “Mariscal Cáceres”.

2) Nivel de significancia

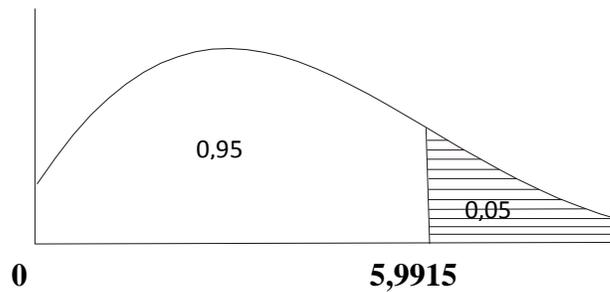
$$\alpha = 5\% = 0.05$$

3) Estadístico de prueba

$$X_k^2 = \sum_{i=1}^c \frac{(o_i - e_i)^2}{e_i} \square X_{(k-1)}^2$$

$$x_k^2 = 15,979$$

4) Región crítica



5) Decisión

15,979 \in a la región de rechazo, entonces se rechaza H_0

6) Conclusión

Como se observa que se rechaza la hipótesis nula, por lo tanto, al nivel del 5% de significancia se concluye que existe un nivel de disfunción familiar normal en estudiantes de cuarto y quinto grado del nivel secundario de la Institución Educativa “Mariscal Cáceres”

VERIFICACIÓN DE LA SEGUNDA HIPÓTESIS ESPECÍFICA

“Existe un nivel de depresión normal en estudiantes de cuarto y quinto grado del nivel secundario de la Institución Educativa “Mariscal Cáceres”.

1) Formular la hipótesis

H_0 : No existe un nivel de depresión normal en estudiantes de cuarto y quinto grado del nivel secundario de la Institución Educativa “Mariscal Cáceres”.

H_1 : Existe un nivel de depresión normal en estudiantes de cuarto y quinto grado del nivel secundario de la Institución Educativa “Mariscal Cáceres”.

2) Nivel de significancia

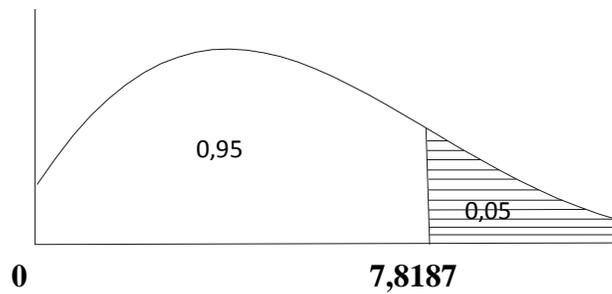
$$\alpha = 5\% = 0.05$$

3) Estadístico de prueba

$$X_k^2 = \sum_{i=1}^c \frac{(o_i - e_i)^2}{e_i} \sim X_{(k-1)}^2$$

$$x_k^2 = 25,404$$

4) Región crítica



5) Decisión

25,404 \in a la región de rechazo, entonces se rechaza H_0

6) Conclusión

Como se observa que se rechaza la hipótesis nula, por lo tanto, al nivel del 5% de significancia se concluye que existe un nivel de depresión normal en estudiantes de cuarto y quinto grado del nivel secundario de la Institución Educativa “Mariscal Cáceres”.

CAPITULO VI

DISCUSIÓN

5.1. Análisis de discusión de resultados

En la fig. 2 Se visualiza que en la primera grafica correspondiente al ítems número 5 de la variable 1 se ha registrado un 30,85 % de sujetos que mencionan que su familia casi siempre lo quiere, en concordancia con los resultados obtenidos en la segunda grafica que corresponde al área tristeza del test de Beck donde se registra un 52,13% de los sujetos que mencionan no sentirse triste. Por lo tanto se nota una relación de influencia entre el ítem de la variable 1 y de la variable 2 observadas. Por otro lado observamos que en la primera grafica el 57,45% manifiesta que a veces la familia no lo quieren en consecuencia los porcentajes obtenidos en la segunda grafica existe cierto nivel de tristeza que exactamente no coincide con la cifra de la variable 2 de tristeza sin embargo si existe cierta relación.

Según Zulema (2009) menciona que la familia es la institución básica que influye en el desarrollo emocional y brinda los cimientos para el desarrollo social de cada uno de los integrantes. Como sistema social, estimula y promueve el estado de salud y bienestar de los miembros que hacen parte de ella. Del grado en el cual una familia cumpla o deje de cumplir sus funciones básicas se hablará de funcionalidad o disfuncionalidad familiar.

Oliveros (2004) en su estudio *El vínculo afectivo como opción de vida en la convivencia familiar* concluye que: para hacer hijos felices, según las madres objetos de estudio existen 3 cosas fundamentales: “el amor, el respeto y la ayuda mutua”.

Según García (2002) en su tesis *La influencia de la familia y el nivel de depresión hacia el consumo de drogas en los adolescentes de la ciudad de México* destacan la necesidad de prestar una mayor atención al sentir de los jóvenes, tanto en hombres como en mujeres, ya que tienden a manifestar de diferente manera su malestar emocional. Con esto, se puede lograr detectar y prevenir a tiempo un malestar de mayor seriedad como la depresión.

En la presente investigación muestra que la mayoría de los adolescentes manifiestan sentirse queridos dentro de su familia esto se respalda por las investigaciones mencionados anteriormente, lo cual indica que la familia influye en el estado emocional del adolescente.

En la Fig. 3 Se observa en la primera gráfica que el 30,85% de los encuestados mencionan que casi siempre se sienten satisfechos con la ayuda que recibe de su familia frente a los problemas el cual es reflejado en la otra grafica con un 61,70% de encuestados que mencionan que no están desalentados.

Así mismo existe un 56,38% que mencionan que a veces sienten satisfacción por ayuda que recibe de su familia, mientras que en la otra grafica vemos que un 17,02% y 10,64% mencionan que se sienten más desalentados y no esperan que las cosas cambien.

Un 12,77% de la primera grafica menciona que casi nunca sienten satisfacción por ayuda de sus familiares; el cual se relaciona con el 10,64% de la segunda grafica donde mencionan que sienten que no hay esperanzas.

Según Sobrino (2008) en su investigación *Niveles de satisfacción familiar y de comunicación entre padres e hijos* la correlación entre la satisfacción familiar y la comunicación paterna es altamente significativa, siendo la correlación baja con la comunicación materna.

González y Valdez (2012) Los resultados indican que los participantes clasificados como resilientes presentan mayor optimismo y menor pesimismo respecto a los no resilientes.

En el presente estudio nos indican que la mayoría de los adolescentes se sienten satisfechos con la ayuda de sus familiares frente a las dificultades. Lo cual muestra que la familia tiene una buena comunicación, entonces el adolescente tiene mayor optimismo que quiere decir que tiene la capacidad de enfrentar los problemas, los adolescentes que tiene pesimismo en su memoria tienen dificultad para enfrentar las dificultades.

En la Fig.4 vemos 2 graficas, la primera menciona que existe un 30,85% que mencionan que casi siempre quedan satisfechos con la ayuda que reciben de su familia cuando tienen un problema; y guarda relación con un 65,96% de la segunda grafica que menciona que no se sienten como un fracasado.

Continuando con el análisis de las gráficas el 56,38% de la primera grafica menciona que a veces sienten satisfacción con la ayuda de sus padres, el cual relacionándolo con las otra grafica con un 14,99% y un 15,96% mencionan que han fracasado más de lo debido y que también cuando miran atrás ven muchos fracasos respectivamente.

El 12,77% mencionado en la primera grafica menciona que casi nunca sienten satisfacción con la ayuda de sus padres frente a los problemas, el cual se relaciona con el 3,19% de la segunda grafica que menciona que como persona se siente un fracaso.

Fernández y Fuentes (2012) en su investigación los resultados muestran que la valoración es altamente positiva, que ninguno de los factores personales de los padres ni de la historia de los adoptados incluidos se relaciona con este nivel de satisfacción y que, en cambio, la variable predictora más significativa es la puntuación en el factor “expresión de crítica y rechazo”. Estos resultados se comentan por su relación con los procesos de formación y seguimiento de las familias que adoptan niños mayores.

Según Fragoso & Alcantara (2013) indica en su investigación que mediante la prueba psicométrica de sucesos de vida que evaluó el área personal, escolar, problemas de

conducta, los logros y fracasos, la salud y el área escolar, a dos grupos de segundo año, el primero con alto rendimiento académico, y el segundo con bajo rendimiento. Y los resultados señalan que las áreas que más afectan al segundo grupo son la familiar y la personal. Al contrario del primero, a los cuales solamente afecta el área de problemas de conducta.

El presente estudio nos refiere que la mayoría de los adolescentes se sienten satisfechos con el apoyo de su familia frente a sus dificultades emocionales, psicológicas, etc. Lo que nos indica que cuán importante es una buena relación entre padres e hijos para que se obtenga buenos resultados. El adolescente se enfrenta a muchos cambios los cuales moldearan su personalidad y su comportamiento, estos problemas surgen internamente por baja autoestima, cambios emocionales y trastornos de personalidad; también existe cambios externos como la imagen corporal, etc.

En la Fig. 5 observamos en la primera grafica que el 30,85% casi siempre siente satisfacción con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene problemas; y en la segunda grafica lo relacionamos con el 38,30% que menciona que obtiene tanto placer.

También observamos que en la primera grafica menciona que el 56,38% a veces siente satisfacción por la ayuda de sus padres; y en la otra grafica el 44,68% no disfruta de los placeres.

El 12,77% reflejado en la primera grafica donde casi nunca sienten satisfacción con la ayuda de sus padres guarda relación con el 10,64% de la otra grafica donde menciona que obtiene muy poco placer.

Rojas (2005) Dicho estudio tuvo con o resultado un mejor acompañamiento de parte del entorno familiar y por ende influencia positiva en el rendimiento escolar, mejoramiento de las relaciones intrafamiliares y las relaciones interpersonales de la aula.

Según Urea (2013) refiere que guarda relación con lo que menciona, que los trastornos depresivos en niños y adolescentes no son únicamente explicados por antecedentes previsibles de la herencia genética, sino que es el niño como miembro de una familia, que está inmerso en un medio ambiente social, se ve influenciado directamente por múltiples

factores estresores o protectores que acompañarán la génesis de los trastornos del afecto, entre otros.

En la presente investigación se puede identificar los adolescentes

Al investigar la hipótesis general sobre relación entre disfunción familiar y depresión en los estudiantes de cuarto y quinto grado del nivel secundario de la institución Educativa Mariscal Cáceres de la ciudad de Tacna evaluados, los resultados (Fig. 1) obtenidos muestran que existe relación entre ambas variables ya mencionadas; con anterioridad existe un grupo no mayor, pero considerable que demuestra que al manifestarse disfuncionalidad en los hogares, los alumnos presentan cuadros de depresión elevados, que ameritan ser tratados. Sin embargo, se encontró que del total de la muestra, el 47,87% de la funcionalidad en la familia es normal, 37,23% manifiesta que la familia se encuentra moderadamente funcional, 14,87 % de disfuncionalidad familiar grave, el Test de Beck registra un 42,55% de que los jóvenes no se encuentran deprimidos, 22,34% y 28,72% de que existe ciertos niveles de depresión, 6,38% de jóvenes que se encuentran gravemente deprimidos creando así una relación entre estas variables. Estos resultados concuerdan con los resultados con la investigación de Rivera & Sánchez (2014). Al finalizar la investigación se determinó que el 31,91% de la población presentan una relación entre la disfunción y la presencia de depresión, es así que 10,64% presentan disfunción 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 adolescentes presenten depresión en un 2,13%.

Otros de los investigadores coinciden con los resultados, Gonzáles-Poves y otros. (2013) en su estudio “La relación funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas” mostró que el 50,0% (20) de adolescentes de familias con disfunción severa presentan manifestaciones depresivas bien definidas, y el 46,5% (20) de familias con disfuncionalidad moderada también presenta manifestaciones depresivas bien definidas; incluso un 18,4% (7) proveniente de familias con buen funcionamiento presentan manifestaciones depresivas bien definidas. Las diferencias resultaron significativas ($p=0,030$). Se concluyó de que las manifestaciones depresivas tienen relación directa con el funcionamiento de la familia,

siendo este dato significativo ($p=0,030$). En tanto, las manifestaciones depresivas no guardan relación con el tipo de familia ($p=0,712$).

Al investigar sobre disfunción familiar y depresión en los adolescentes y los problemas que pueden atravesar a nivel personal o social, es importante tomar en cuenta la influencia de la familia ya que la funcionalidad en esta etapa no solo depende de cómo reaccionan los hijos sino también de la forma en como los padres o apoderados del menor lo perciben, comprenden y asumen esta etapa de la vida. En esta investigación el resultado indica que hay relación entre la presencia o ausencia de depresión y la percepción de disfunción familiar en los adolescentes.

Analizando el objetivo principal de determinar la relación entre disfunción familiar y depresión en los estudiantes de cuarto y quinto grado del nivel secundario de la institución educativa Mariscal Cáceres de la ciudad de Tacna.

En el objetivo general los resultados obtenidos muestran que existe relación entre ambas variables ya mencionadas; con anterioridad existe un grupo no mayor, pero considerable que demuestra que al haber disfunción en los hogares, los alumnos presentan cuadros de depresión elevados, que ameritan ser tratados mediante programas de apoyo personal, social y familiar.

Estos resultados coinciden con los resultados con la investigación de Rivera & Sánchez (2014). Al finalizar la investigación se determinó que el 31,91% de la población presentan una relación entre funcionalidad normal y no deprimidos, es así que 10,64% presentan disfunción 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, lo que contrasta con los siguientes resultados un 47,87% posee funcionalidad familiar normal, un 37,23% con funcionalidad moderada y un 14,87% con disfuncionalidad grave encontrado en nuestro estudio, al realizar el estadístico chi cuadrado podemos observar que las diferencias de las proporciones entre ambos estudios son altamente significativas.

Muchos de los problemas de la sociedad en los jóvenes se originan por la falta de atención en el hogar, se observan las consecuencias de no haber comunicación en el hogar, el de no prestar atención a los cambios emocionales y actitudinales en los miembros del hogar, el no pasar el tiempo necesario para interactuar entre ellos y fortalecer la afectividad de los involucrados.

Esto guarda relación con lo que señala Zulema (2009) menciona que la familia es la institución básica que influye en el desarrollo emocional y brinda los cimientos para el desarrollo social de cada uno de los integrantes. Como sistema social, estimula y promueve el estado de salud y bienestar de los miembros que hacen parte de ella. Del grado en el cual una familia cumpla o deje de cumplir sus funciones básicas se hablará de funcionalidad o disfunción familiar.

En la segunda parte de la discusión analizaremos el segundo objetivo específico de determinar el nivel de depresión en los estudiantes de cuarto y quinto grado del nivel secundario de la institución educativa Mariscal Cáceres; los grados de depresión en los estudiantes también difieren de una población mexicana de la misma edad Zapata (2007), mientras que para este autor los grados de depresión son de 66,9%; 27,2% y 5,9 para adolescentes normales, ligeramente deprimidos y moderadamente deprimidos, los porcentajes de nuestro estudio muestran que existe un nivel de depresión ligeramente considerable primero nombraremos los resultados obtenidos los cuales son; el 31,91% del alumnado no presenta depresión, el 9,57% se encuentran ligeramente deprimidos, el 4,26% moderadamente deprimidos y un 2,13% gravemente deprimidos, con esto hemos determinado que si existe un nivel de depresión considerable, puesto que la adolescencia es una etapa de cambios significativos tanto físicos como psicológicos.

En este sentido guarda relación con lo que menciona, Urea P.D. (2013) que los trastornos depresivos en niños y adolescentes no son únicamente explicados por antecedentes previsibles de la herencia genética, sino que es el niño como miembro de una familia, que está inmerso en un medio ambiente social, se ve influenciado directamente por múltiples factores estresores o protectores que acompañarán la génesis de los trastornos del afecto, entre otros.

En nuestro estudio claramente encontramos una asociación entre disfunción familiar y niveles de depresión en los estudiantes evaluados; coincidimos con Espinoza (2015) que manifiesta que si existe relación positiva y significativa entre el clima social familiar y la depresión en los estudiantes del tercer año del nivel secundario.

Nuestra sociedad actual está cambiando en su forma y funciones, son numerosas las familias que no disponen de los recursos suficientes para hacer frente a la función educativa con todo el tiempo, esfuerzo y dedicación con que sería aconsejable, debido a que los factores tales como el aumento de las familias monoparentales, el incremento del número de mujeres que se ha incorporado al mundo laboral. Además se ha visto que hay familias que presentan características distintivas, como el estilo de socialización articular de los padres, las habilidades para comunicarse con sus hijos y solventar los conflictos con ellos, o el grado de estrés que ese ven sometido a por distintos acontecimientos y que pueden afectar el bienestar general de su miembros.

En los datos recopilados observamos un resultado muy alarmante de un pequeño grupo que se encuentra gravemente deprimido, esto se debe a múltiples factores; el hogar, la sociedad, la escuela, etc. La preocupación primordial se fijara en el hogar porque ahí es donde se puede observar los cambios que pasan los jóvenes, es ahí donde se debe dar más importancia al adolescente, dar emotividad, tener momentos de afectividad, cuando el adolescente llega de la escuela estos no son tomados en cuenta no existe una comunicación y por ende no se logra saber por los momentos que estoy están pasando.

Otro factor es la escuela, a veces se descuida la integridad del alumnado en las horas de recreo; algunos son abusados por falta de autoestima, el docente ve reflejado el comportamiento del alumno en sus notas y en la forma en que interactúa; ellos también deben ser los primeros localizadores de problemas en el alumno para lo cual es preciso promover la inclusión y la participación responsable de todos los educandos, así como la construcción de un clima social presidido por la cordialidad, la confianza y la seguridad.

La labor de profesionales, suficientemente sensibilizados y preparados, puede facilitar la detección de casos de depresión y la oportuna derivación hacia los profesionales

e instituciones de salud mental. La implicación de la familia es igualmente básica. La creación de escuelas de padres es algo muy recomendable, pues les ayuda a desplegar sus potencialidades emocionales, comunicativas y formativas.

Finalmente es importante aclarar que este estudio tomo en cuenta la depresión por el test de Beck donde los indicadores se basan en factores Psicológicos que ponen en evidencia conductas relacionados al estado de depresión; además con respecto a la disfuncionalidad familiar se tomó en cuenta el test de APGAR.

CONCLUSIONES

Al terminar la investigación se determinó que existe relación significativa entre disfunción familiar y depresión en los estudiantes de cuarto y quinto grado del nivel secundario de la institución educativa Mariscal Cáceres, Tacna, 2018 nivel de confianza del 95%.

Los siguientes resultados; un 47,87% posee funcionalidad familiar normal, un 37,23% con funcionalidad moderada y un 14,89% con disfuncionalidad grave; es de su importancia recalcar que a pesar de que un gran porcentaje de los encuestados posee funcionalidad normal y moderada en sus hogares no hay que dejar de lado un porcentaje tan significativo e importante el 14,89% que refleja que si existe un nivel de disfunción familiar normal que amerita ser tratada por los órganos competentes de la institución del que se ha adquirido las muestras. Así mismo los resultados obtenidos los cuales son; el 42,55% del alumnado no presenta depresión, el 22,34% se encuentran ligeramente deprimidos, el 28,72% moderadamente deprimidos y un 6,38% gravemente deprimidos, con esto hemos determinado que no existe un nivel de depresión considerable,

En cuanto a la hipótesis específica de si existe o no un nivel de disfunción familiar normal en los estudiantes de cuarto y quinto grado del nivel secundario de la institución educativa Mariscal Cáceres”, concluimos que si existe un nivel normal de disfunción familiar.

Culminando con la segunda hipótesis específica de si existe o no un nivel de depresión normal en los estudiantes de cuarto y quinto grado del nivel secundario de la institución educativa Mariscal Cáceres”, se observó de que si existe un nivel de depresión normal en los estudiantes los cuales deben ser tratados.

RECOMENDACIONES

En relación al tema de disfuncionalidad ejecutar diferentes talleres para padres, escuela para padres acerca de funcionalidad familiar, para tener capacidad de enfrentar diversas situaciones como la separación, alcoholismo, enfermedades mentales, etc.

Los padres y madres deben velar por el bien estar de los hijos, aunque estén separados, deben discernir que la responsabilidad de padres no se acaba con la separación, al contrario, es cuando más ellos nos necesitan, el cambio que se produce en sus pequeños corazones es muy fuerte y depende de nosotros como padres disminuir el impacto por medio del amor del cariño de la comprensión.

Los maestros deberían prestar mayor atención a los comportamientos inusuales de los alumnos para detectar problemas familiares y presentar propuestas o posibles soluciones no solo a los padres si no a las autoridades del colegio para que sean evaluados por el profesional psicólogo y se establezca planes de acción conjuntos.

Para la investigación se evaluó la depresión en función al test de Beck que permite indicadores de depresión en los adolescentes; no obstante es importante tener en cuenta que el diagnostico de depresión propiamente dicho siempre ha sido difícil de catalogar en los adolescentes por los diversos cambios emocionales que experimentan, por lo que se recomienda investigar a profundidad el comportamiento de los adolescentes y su relación con su entorno, para conocer si la depresión es una causal de su conducta.

Instruir a los estudiantes mediante talleres para que se favorezca el desarrollo físico y psicoemocional, a usar la inteligencia emocional para lograr sus objetivos, enseñarles a ser autosuficientes en la vida cotidiana, a tomar los problemas como oportunidades para aprender a encontrar soluciones.

A la institución, se recomienda contar siempre con un profesional psicólogo para realización de diversos talleres preventivos. Así mismo es importante profundizar en el porqué de dicho resultado de la depresión. Continuar investigando cerca de los problemas que surgen en la adolescencia es vital cómo se comporta la familia en estas situaciones. La meta es conocer más sobre la adolescencia y sus problemáticas para proponer planes de

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

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Altamirano, D., Abad, A., & Jihanna, A. (2013). *“Prevalencia de la Disfuncionalidad Familiar y factores asociados en pacientes”*. Cuenca- Ecuador.
- Anónimo (2015). *“Funcionalidad y disfuncionalidad familiar”*. Ministerio de Cultura del Perú. Revistabiendesa.com
- Arenas, S (2009). *“Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes”*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos – Lima. Perú.
- Camacho, S (2002). *Relación entre la percepción del tipo de familia y los valores interpersonales en adolescentes de cuarto y quinto grado de secundaria de Lima-Cercado*. Tesis para optar por el Grado Académico de Magíster en Psicología, mención: Psicología Educativa. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
- Condori, L. (2002). *“Funcionamiento familiar y situaciones de crisis de adolescentes infractores y no infractores en Lima Metropolitana”*. Tesis para optar el Grado Académico de Magíster en Psicología, mención: Psicología Clínica. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
- Espinoza J. (2015) *“Clima social familiar y la depresión del tercer año del nivel secundario de la Institución Educativa N° 001 José Lishner Tudela – Tumbes”*. Perú.
- Fernández, Molina, y Fuentes (2012) *Predictores de la satisfacción parental en familias con hijos adolescentes adoptados*.
- <http://www.redalyc.org/pdf/2430/243030189005.pdf>
- González, P., Macuyama, A. & Silva, M. (2013) *“Factores familiares que influyen en las manifestaciones depresivas en adolescentes del 1° al 5° de secundaria de un colegio nacional mixto del distrito de Los Olivos - Lima”*. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima-Perú.
- González, A., López, F., Valdez, J (2012) *Optimismo-pesimismo y resiliencia en adolescentes de una universidad pública*. México.

<http://www.redalyc.org/pdf/104/10423895002.pdf>

Hunt, J. (2007) *La Familia Disfuncional, Hope for the heart*, 07.02 1-14

Hurtado, N, Avendaño, C y Moreno, F. (2013). *Embarazo en la adolescencia: entre el fracaso informativo y el logro psíquico*. Revista de Psicología Universidad de Antioquia,

Iller, J. (2014). “*La funcionalidad familiar y el riesgo suicida en los adolescentes del segundo año del colegio de bachillerato unificado Victoria Vascones Cuvi de la ciudad de Latacunga*”. Repositorio Digital Universidad Técnica de Ambato.

<http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/8332>.

Leyva, R., Hernández, A., Nava, G. y López, V. (2007) *Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar*. Consultado el 12 de enero 2010 en Revista médica Instituto Mexicano Seguro Social 45(3) 225 – 232.

Magnus, O. (2011). “Familias Disfuncionales, hacia una teología práctica de la vida”.

Mamani, M. & Pérez (2016) “*Depresión y disfunción familiar en estudiantes del 4to año del nivel secundario de la Institución Educativa Secundaria Industrial Perú Birf. Juliaca*”. Perú.

Manso, Á. (2011). “Familias Disfuncionales, hacia una teología práctica de la familia”.

Morla, R., Sadd, E. & Saad, J. (2006). “*Depresión en adolescentes y desestructuración familiar en la ciudad de Guayaquil*”. Ecuador. Revista Colombiana de Psiquiatría.

Olazo, C. (2014). *Depresión en la adolescencia*. Médicos y Terapeutas Florales relacionados con la Asociación Venezolana para la Investigación y Terapéutica con Esencias Florales (A.V.I.T.E.F.). *Venezuela*.

Parra, M. (2007): *La salud de los docentes: revisión de líneas emergentes en la investigación e intervención*. Santiago de Chile: UNESCO/OREALC. Chile.

- Palomino, R. (2015) *“Disfunción familiar como factor de riesgo para embarazo adolescente en el Hospital Distrital Jerusalén de la esperanza en el período Enero - Febrero 2015”* Trujillo – Perú.
- Rivera, A., & Sánchez, S. (2014). *“Disfuncionalidad familiar y su relación con la depresión en los adolescentes del ciclo diversificado en la unidad educativa Herlinda Toral Cuenca”*. Ecuador
- Shaffer, D. (2000). *“Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia”*. Madrid: Ed. Thomson
- Sanz, J. y Vázquez, C. (2011). *“Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)”* en colaboración con el Departamento de I+D de Pearson Clinical and Talent Assessment España: Frédérique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández. Madrid – España.
- Sobrino, L (2008) en su investigación Niveles de satisfacción familiar y de comunicación entre padres e hijos.
- <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/sastisfaccionfamiliar.pdf>
- Tellechea, L. (2014). *“Abordaje del adolescente que se encuentra en una familia disfuncional en la ciudad de Guayaquil”*. Ecuador
- Zapata-Gallardo J. y otros. (2007). *“Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia”*. Guanajuato, México.

ANEXOS

Anexo N° 1: Matriz de consistencia

Anexo N° 2: Matriz de operacionalización

Anexo N° 3: Instrumentos de recojo de datos

Anexo 1: Matriz de consistencia

Título: “disfunción familiar y depresión en estudiantes de cuarto y quinto grado del nivel secundario de la institución educativa “Mariscal Cáceres” Tacna, 2018.

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES, DIMENSIONES E INSTRUMENTOS	POBLACION Y MUESTRA
PROBLEMA PRINCIPAL	OBJETIVO GENERAL	HIPOTESIS PRINCIPAL	DISFUNCIÓN FAMILIAR	
¿Cuál es la relación de la disfunción familiar y depresión en estudiantes de cuarto y quinto grado del nivel secundario de la Institución Educativa” Mariscal Cáceres” Tacna, 2018?	Determinar la relación entre disfunción familiar y depresión en estudiantes de cuarto y quinto grado del nivel secundario de la institución educativa “Mariscal Cáceres” Tacna, 2018.	Existe relación entre disfunción familiar y depresión en estudiantes de cuarto y quinto grado del nivel secundario de la institución educativa “Mariscal Cáceres” Tacna, 2018.	La familia es la base fundamental de la sociedad en ella se dan los primeras conductas, el apego, amor y proporcionan un medio para la crianza de los hijos. Una familia disfuncional puede convertirse en una fuente de obstáculos en la adaptabilidad del adolescente, este grupo poblacional presenta una gran inestabilidad personal, emocional, por los cambios físicos, psicológicos y sociales. Marleny & Mubbia, 2013 Dimensiones: - Adaptabilidad familiar - Participación familiar. - Crecimiento familiar. - Afecto familiar - Resolución familiar	POBLACION La población lo constituyen los estudiantes de secundaria del Colegio Mariscal Cáceres. Que representan a la cantidad de 202 alumnos del 4° y 5° año de secundaria. MUESTRA La muestra de estudio está constituido por 94 estudiantes de las diferentes secciones.

			Instrumento: Test de APGAR familiar	
PROBLEMA SECUNDARIOS	OBJETIVO SECUNDARIOS	HIPOTESIS SECUNDARIAS	DEPRESIÓN	DISEÑO METODOLOGICO
<p>a. ¿Cuál es nivel de disfunción familiar en estudiantes de cuarto y quinto grado del nivel secundario de la Institución Educativa “Mariscal Cáceres”?</p> <p>b. ¿Cuál es el nivel de depresión en los estudiantes de cuarto y quinto grado del nivel secundario de la institución educativa “Mariscal Cáceres”?</p>	<p>a. Determinar el nivel de disfunción familiar en los estudiantes de cuarto y quinto grado del nivel secundario de la institución educativa “Mariscal Cáceres”</p> <p>b. Determinar el nivel de depresión en los estudiantes de cuarto y quinto grado del nivel secundario de la institución educativa “Mariscal Cáceres”</p>	<p>a. Existe un nivel normal de disfunción familiar en estudiantes de cuarto y quinto grado del nivel secundario de la institución educativa “Mariscal Cáceres”.</p> <p>b. Existe un nivel normal de depresión en estudiantes de cuarto y quinto grado del nivel secundario de la institución educativa “Mariscal Cáceres”</p>	<p>Se define depresión como una alteración del estado de ánimo que influye en todas las esferas del individuo, se instala progresivamente y es persistente en el tiempo y se refleja en el pensamiento, conducta, actividad psicomotora, manifestaciones somáticas y en la forma como el individuo se relaciona y percibe el medio ambiente. Suarez. 2013</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Área afectiva - Área motivacional - Área cognitiva - Área conductual - Área Física <p>Instrumento: Test Beck</p>	<p>Método de investigación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuantitativo <p>Nivel de Investigación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Correlacional <p>Tipo de Investigación</p> <ul style="list-style-type: none"> - No experimental - Expost facto - Trasversal - De campo.

Anexo 2: Matriz de operacionalización de la variable

VARIABLES DE INVESTIGACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES
Disfunción familiar	Adaptabilidad familiar	Recursos intrafamiliares Recursos extra-familiares
	Participación familiar	Cooperación Comunicación
	Crecimiento familiar	Madurez física Madurez emocional Madurez social
	Afecto familiar	Cuidado Cariño
	Resolución familiar	Compartir tiempo Dedicar recursos materiales
Depresión	Área afectiva motivacional	Tristeza Sentimientos de culpa Predisposición para el llanto Irritabilidad
	Área cognitiva	Insatisfacción Ideas suicidad Pesimismo frente al futuro Sensación de fracaso Expectativa de castigo Auto disgusto Indecisión Auto imagen deformada Preocupaciones somáticas Auto acusaciones
	Área Conductual	Alejamiento social Retardo para trabajar Fatigabilidad
	Área Física	Perdida de sueño Pérdida de apetito Pérdida de peso Perdida de deseo sexual

Anexo 3: Instrumentos

Autor: Dr. Gabriel Smilkstein

Test de APGAR Familiar

Edad: **Sexo:** **Fecha:**

Vivo con:

Ambos padres () Madre () Padre () Abuelos ()

Tíos () Otros ().....

Conteste a las siguientes preguntas según los siguientes criterios:

A: Casi nunca **B:** A veces **C:** Casi siempre

Nro.	APGAR Familiar	A	B	C
1	¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
2	¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
3	¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?			
4	¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasa juntos?			
5	¿Siente que su familia le quiere?			

Autor: Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregoryk. Brown.

Título: Test de Beck

Fecha de nacimiento:.....Edad:.....Sexo
(F) (M)

Estado Civil: Soltero () Casado () Conviviente () Divorciado

Grado de instrucción: Primaria () Secundaria () Universidad () Técnica ()

Instrucciones: este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente el enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambios en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambios en el Apetito).

1.
 - a. No me siento triste.
 - b. Me siento triste.
 - c. Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.
 - d. Estoy tan triste y infeliz que no puedo soportarlo.
2.
 - a. No me siento especialmente desanimado ante el futuro.
 - b. Me siento desanimado con respecto al futuro.
 - c. Siento que no tengo nada que esperar.
 - d. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
3.
 - a. No creo que sea un fracaso.
 - b. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
 - c. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
 - d. Creo que soy un fracaso absoluto como persona.
4.
 - a. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
 - b. No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.
 - c. Ya no tengo verdadero satisfacción de nada.
 - d. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5.
 - a. No me siento especialmente culpable.
 - b. No me siento culpable una buena parte del tiempo.
 - c. Me siento culpable casi siempre.
 - d. Me siento culpable siempre.
6.
 - a. No creo que este siendo castigado.
 - b. Creo que puedo ser castigado.
 - c. Espero ser castigado.
 - d. Creo que estoy siendo castigado.
7.
 - a. No me siento decepcionado de mí mismo.
 - b. Me he decepcionado a mí mismo.
 - c. Estoy disgustado conmigo mismo.
 - d. Me odio.
8.
 - a. No creo ser peor que los demás.
 - b. Me critico por mis debilidades o errores.
 - c. Me culpo siempre por mis errores.
 - d. Me culpo de todo lo malo que sucede.
9.
 - a. No pienso en matarme.
 - b. Pienso en matarme, pero no lo haría.
 - c. Me gustaría matarme.
 - d. Me mataría si tuviera la oportunidad.
10.
 - a. No lloro más de lo de costumbre.
 - b. Ahora lloro más de lo que solía hacer.
 - c. Ahora lloro todo el tiempo.
 - d. Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.
11.
 - a. Las cosas no me irritan más que de costumbre.
 - b. Las cosas me irritan más que de costumbre.
 - c. Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.
 - d. Ahora me siento irritado todo el tiempo.
12.
 - a. No he perdido el interés por otras cosas.
 - b. Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.
 - c. He perdido casi todo el interés por otras personas.
 - d. He perdido todo mi interés por otras personas.

- 13.
- Tomo decisiones casi siempre.
 - Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.
 - Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
 - Ya no puedo tomar decisiones.
- 14.
- No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
 - Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.
 - Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.
 - Creo que me veo feo.
- 15.
- Puedo trabajar tan bien como antes.
 - Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.
 - Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
 - No puedo trabajar en absoluto.
- 16.
- Puedo dormir tan bien como antes.
 - No puedo dormir tan bien como solía.
 - Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.
 - Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.
- 17.
- No me canso más que de costumbre.
 - Me canso más fácilmente que de costumbre.
 - Me canso sin hacer nada.
 - Estoy demasiado cansado como para hacer algo.
- 18.
- Mi apetito no es peor que de costumbre.
 - Mi apetito no es tan bueno como solía ser.
 - Mi apetito esta mucho peor ahora.
 - Ya no tengo apetito.
- 19.
- No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.
 - He rebajado más de dos kilos y medio.
 - He rebajado más de cinco kilos.
 - He rebajado más de siete kilos y medio.
- 20.
- No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
 - Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento.
 - Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.
 - Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
- 21.
- No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
 - Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.
 - Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
 - He perdido por completo el interés en el sexo.