



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo, **MARÍA DE LOS ÁNGELES FREILE CORDERO**, C.C. 060394021-4, autora del trabajo de graduación intitulado: **“FACTORES FAMILIARES QUE CAUSAN LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES”**. Estudio realizado en el Colegio Técnico “Los Pinos” en adolescentes de 1ro a 3ro de Bachillerato en el período de marzo a junio del 2014, previa a la obtención del título profesional de **Psicóloga Clínica**, en la Facultad de **Psicología**.

- 1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
- 2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, agosto 2015

MARÍA DE LOS ÁNGELES FREILE CORDERO

C.C. 060394021-4

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

PSICOLOGÍA CLÍNICA

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO EN PSICOLOGÍA
CLÍNICA

“FACTORES FAMILIARES QUE CAUSAN LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES”

Estudio realizado en el Colegio Técnico “Los Pinos” en adolescentes de 1ro. A 3ro. De
Bachillerato en el periodo de Marzo a Junio del 2014

MARÍA DE LOS ÁNGELES FREILE CORDERO

DIRECTORA: MARIE FRANCE MERLYN SACOTO

QUITO 2015

Mami, por ti y para ti

AGRADECIMIENTOS

Marie France, gracias por el tiempo reservado para mi ayuda, gracias por tus consejos y el apoyo como docente en la elaboración de este tan esperado trabajo, pero sobre todo gracias por haber apartado algunos minutos para escucharme y ponerme la mano en el hombro cuando estaba a punto de caer.

Dr. Diego Tapia V. gracias por acompañarme por 10 años de mi vida en los altos y en los bajos y porque cada mes con su insistencia logró que este momento por fin llegara.

Daniel, gracias por tu apoyo, tu paciencia, tu comprensión y tu inmenso amor que han sido mi bote salvavidas en estos meses de dura lucha diaria.

Papi, sin usted yo no estaría aquí.

Ñños, gracias por su ayuda cuando necesitaba un momento de iluminación.

Marialeo, gracias por toda una vida de apoyo y trasnoches, gracias por aguantar las molestias ocasionadas.

Tía Betty y Tío Juan, gracias por la risa y los momentos de realidad

A mi familia, que son muchos, por siempre estar preocupados y preguntando como me va en el proceso.

TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
TABLA DE CONTENIDO	IV
RESUMEN	VI
INTRODUCCIÓN	VII
CAPITULO 1	
1. ADOLESCENCIA	11
1.1. Definición	11
1.2. Pubertad	14
1.3. Desarrollo Psicológico	16
1.3.1. Estructuración del Yo	20
CAPITULO 2	
2. FAMILIA	25
2.1. Definición	25
2.2. Papel de la familia en el desarrollo normal del adolescente	29
2.3. La familia disfuncional	32
CAPITULO 3	
3. DEPRESIÓN	35

3.1. Definición	36
3.2. Teorías del origen	37
3.3. Características	40
3.4. Depresión en la adolescencia	41
3.5. Influencia de la familia en la aparición de la depresión	44
3.5.1. Familia de origen	45
CAPITULO 4	
4. INVESTIGACIÓN DE CAMPO	47
4.1. Objetivos	48
4.2. Hipótesis	48
4.3. Variables	49
4.3.1. Variable dependiente	49
4.3.2. Variables independientes	49
4.4. Universo y muestra	49
4.5. Instrumentos	49
4.5.1. CECAD	49
4.5.2. FF-SIL	50
4.6. Procedimiento	51
4.7. Resultados	51
CONCLUSIONES	62

RECOMENDACIONES	64
BIBLIOGRAFÍA	66
ANEXOS	72

RESUMEN

Se realizó una investigación en el Colegio Técnico “Los Pinos” entre los meses de Marzo y Mayo del año 2014 a un universo de 72 estudiantes, todas ellas mujeres correspondientes a los tres últimos años de bachillerato en donde la edad oscilaba entre los 13 y los 20 años. Se quiso indagar sobre la relación que existe entre la relación familiar y el grado de depresión que puede presentar una persona al pasar por la etapa de la adolescencia, después de realizar los respectivos trabajos de investigación utilizando el Test CECAD – cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión para determinar los niveles de síntomas depresivos y el FF-SIL, para cuantificar el estado de funcionalidad de la familia se llegó a la conclusión de que existe una relación significativa entre el grado de funcionalidad que presente la familia y la presencia de signos depresivos en las adolescentes de la muestra, además se evidenció un alto nivel de irritabilidad en las muchachas que tenían resultados disfuncionales en el estudio de las relaciones familiares.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud hoy en día la depresión es una de las enfermedades que causa mayor incapacidad laboral en el mundo y se calcula que para el 2020 será la segunda causa para que esto ocurra (Depression and Bipolar support alliance, 2014).

La depresión en adolescentes es un trastorno que se presenta con características como la tristeza, el desánimo, baja autoestima, y por falta de interés en actividades cotidianas. La depresión constituye un serio problema de salud pública, cuyo diagnóstico y tratamiento deben de ser lo más precoz posible (Redondo, Galdó, & García , 2008, pág. 278).

En épocas pasadas se creía que este desorden se presentaba solo en la edad adulta, es así que en la década de los años 60 se consideraba que la patología de la depresión no se presentaba entre los niños. A partir de un estudio realizado por Rutter (1984), psiquiatra inglés (Citado en: Corral, Crespo , Domenech, & Front, 2005), se conoce que existe un 1% de sintomatología depresiva en niños de diez años de edad y síndrome depresivo clínico en el 0.1%. Posteriormente, el mismo equipo investigativo concluyó que tanto la sintomatología depresiva como el síndrome clínico eran muchos más frecuentes en la adolescencia que en la edad adulta.

La pregunta que se plantea la investigación es ¿Cómo influyen los factores familiares en la depresión adolescente?

La mayoría de los adolescentes sienten o muestran algún indicador de depresión en algún momento de su vida, por lo cual resulta de vital importancia que ellos sientan el apoyo incondicional de sus padres y que estos, a su vez, posean buenas habilidades para hacer frente al problema con el fin de que de los jóvenes sepan cómo van a superar estos períodos de bajo ánimo y poca autoestima.

La depresión es uno de los problemas emocionales más habituales en la sociedad actual, sin embargo si esta no es detectada a tiempo puede ser causante de que una persona trate de lastimarse a sí misma o incluso, puedan pensar en el suicidio. Ahora bien, también es importante el mencionar que esta es una de las patologías psicológicas que puede ser tratable cuando es detectada a tiempo.

Para llegar a responder la pregunta vital del problema, se dará énfasis a los aspectos emocionales de los individuos, y la forma de ver las situaciones que ocurren dentro de su familia.

Con la información recabada se podrá ayudar tanto a padres, maestros y a las mismas adolescentes a detectar, prevenir y tratar con dicha enfermedad mental y anímica. Por lo cual este estudio pretende acercarse a los adolescentes jóvenes, contribuyendo así a la detección temprana de una sintomatología que puede derivar en una depresión mayor, ya como enfermedad y diferenciándola de las características propias del proceso transitorio del desarrollo físico y psíquico hacia la adultez.

El objetivo general que se plantea el trabajo es determinar los indicios familiares preponderantes que causarían depresión en las adolescentes que cursan el Bachillerato en el Colegio Técnico Los Pinos.

Al cual se llegará tratando objetivos específicos como son: Puntualizar e identificar las características de la adolescencia, además se quiere explicar los conceptos de familia y delimitar los tipos familiares que existen y sobre todo sustentar teóricamente los diferentes conceptos y definiciones acerca de la depresión, sus tipos, prevalencia y modelos explicativos.

Con todos estos procedimientos se llegará a identificar los elementos de riesgo que se presentan con mayor frecuencia en el entorno familiar y su incidencia para el desarrollo de esta patología.

Nuestra hipótesis se centra en el hecho de que las relaciones familiares, como el adolescente las vive y las interioriza, influyen directamente con la aparición de síntomas

depresivos alejados de los cambios de conducta normales que atraviesa un individuo en esta etapa del desarrollo.

El principal interés es develar como las adolescentes perciben los vínculos que tienen con sus padres, además de como la presencia o ausencia de las figuras parentales influye en el comportamiento en general de un adolescente, relacionando esto a la presencia de rasgos depresivos, los cuales se medirán en porcentajes de inutilidad, irritabilidad, problemas de pensamiento y síntomas psicofisiológicos.

Para reunir los datos se hizo una visita al Colegio Técnico “Los Pinos” que se encuentra ubicado en el sector de Solana en Cumbayá, el colegio tiene una población total de 160 alumnas, todas mujeres, con el planteamiento realizado se tomó como muestra las estudiantes de primero a tercero de bachillerato, que suman 72 individuos en total con edades comprendidas entre los 13 y los 20 años, para ejecutar el procedimiento se visitó cada aula de clase, siendo tres en total, la táctica fue igual para los tres años de bachillerato.

Primeramente, se procedió a una presentación personal y explicación del motivo de la visita. Después se les pasó las hojas de test, las dos al mismo tiempo, exponiendo el mecanismo de cada uno.

Se comenzó aplicando el test de Depresión y Ansiedad CECAD, con una duración de 20 minutos; al finalizar, cuando todas las alumnas habían ya entregado el folleto, se aplicó el siguiente test, FF-SIL, de situación familiar, se les explicó el procedimiento y demoró 20 minutos en cumplirse la consigna estipulada. La recolección de la información tuvo una duración total de 40 minutos por aula de clase.

El presente trabajo comprende cuatro capítulos en los que se detallan los conceptos más importantes dentro de la investigación; el capítulo uno trata sobre la adolescencia y sus significados, tomando en cuenta aspectos culturales, médicos y psicológicos, además de la diferenciación de la etapa física del desarrollo, es decir la pubertad y de la etapa emocional que complementa la adolescencia.

En el capítulo dos se investiga el tema de la familia, su origen y significado y cuán importante es el papel que esta tiene en el crecimiento físico y emocional de un adolescente, tomando en cuenta las diferencias entre lo funcional y lo disfuncional en el desarrollo de la cotidianidad.

En el capítulo tres se desarrolla el fondo de la depresión, diferenciando las diversas teorías de origen de la misma, ya sean estas conductuales, biológicas o incluso genéticas, también se especifican las características de este desorden y cuan frecuente son los casos en los adolescentes, señalando las características específicas para la edad y además como la familia puede ser uno de los puntos de partida para desarrollar el trastorno es etapas tempranas del desarrollo. Y para concluir en el capítulo cuatro se especificó la metodología de la investigación, analizando los procesos realizados y obteniendo los resultados pertinentes a lo recuperado en el proceso.

CAPÍTULO 1

La adolescencia supone más un hecho social que una fase de la evolución natural... (Petit, 1986).

1. ADOLESCENCIA

En este capítulo se tratará sobre la definición de adolescencia desde el punto de vista físico tratando el concepto de pubertad y explicando los diferentes cambios que se producen en el cuerpo femenino y masculino al momento de atravesar esta etapa en partículas de la vida.

Además se explicará sobre el desarrollo psicológico en la adolescencia y la estructuración del yo como identificación personal, donde se explicará como el individuo vive estos cambios desde el aspecto emocional y las características acciones que toma ara encajar en el medio en el que se desarrolla habitualmente.

1.1. DEFINICIÓN

El ser humano a lo largo de su vida pasa por diferentes etapas de desarrollo desde que nace hasta el final de la vida.

A continuación se detallará en una tabla el periodo de desarrollo y la edad que más o menos corresponde a dicho lapso del desarrollo en particular:

Periodo prenatal	Desde el momento de la concepción hasta el nacimiento.
Periodo primera infancia	Desde el nacimiento a los 3 años
Periodo de la niñez temprana o preescolar	De los 3 años a los 6
Periodo de la niñez intermedia o escolar	De los a los 12 años
Periodo de la adolescencia	De los 12 a los 18 años
Periodo de la juventud	Delos 20 a los 35 años
Periodo de la madurez	De los 35 a los 50 años
Periodo de la adultez	De los 50 a los 60 años
Periodo de la vejez o tercera edad	De los 65 en adelante.

1Periodos y etapas del ciclo de vida del ser humano (Mendieta, 2013)

Dulanto (2000) y también Toro (2014) dicen que la adolescencia puede extenderse hasta los 25 años de edad, todo depende del contexto social y el entorno en el que se desarrolle el individuo.

La UNICEF ha desarrollado trabajos relacionados a la importancia de la atención primordial hacia el adolescente, en uno de sus folletos explicativos sobre los riesgos que sufren los adolescentes debido a los cambios que presentan se puede rescatar un párrafo donde explica con suficiente claridad lo que un adolescente es, así se afirma que.

La adolescencia es una de las fases de la vida más fascinantes y quizás más complejas, una época en que la gente joven asume nuevas responsabilidades y experimenta una nueva sensación de independencia. Los jóvenes buscan su identidad, aprenden a poner en práctica valores aprendidos en su primera infancia y a desarrollar habilidades que les permitirán convertirse en adultos atentos y responsables. Cuando los adolescentes reciben el apoyo y el aliento de los adultos, se desarrollan de formas inimaginables, convirtiéndose en miembros plenos de sus familias y comunidades y dispuestos a contribuir. Llenos de energía, curiosidad y de un espíritu que no se extingue fácilmente, los jóvenes tienen en sus manos la capacidad de cambiar los modelos de conducta sociales negativos y romper con el ciclo de la violencia y la discriminación que se transmite de generación en generación (UNICEF, 2000, pág. 3).

Cuando se plantea la pregunta sobre qué es la adolescencia, no es muy difícil llegar a un concepto en el que muchos autores coinciden Blos (1980), Rosero (2006), Araujo (2000), Boukris (1981), el cual es que la adolescencia es una etapa de cambios drásticos tanto en el aspecto físico como psicológico y emocional, en el cual los y las adolescentes luchan por que tienen que separarse de su etapa infantil y entrar en la etapa adulta, pasando por diferentes episodios que fortalecen su carácter y personalidad a futuro.

A continuación se detallarán algunos conceptos de adolescencia desde diferentes puntos de vista como literarios, médicos y psicológicos:

El Diccionario de la Real Academia de la Lengua (RAE) dispone que la adolescencia es (RAE, 2014) la edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo.

Como este significado es muy escueto con relación a lo que quiere analizar, se tomaron en cuenta significados más profundos desde el punto de vista científico, como por ejemplo lo que Aberastury dice:

La etapa de la vida en la cual el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose en las primeras relaciones objétales - parentales internalizadas y verificadas en la realidad que el medio social le ofrece, mediante elementos biofísicos en desarrollo a su disposición y que a su vez tienden a la estabilidad de la personalidad en un plano genital, lo que sólo es posible si se hace el duelo por la identidad infantil (Aberastury, 1984, pág. 15).

Y se complementa con el conciso significado que da Blos (1980) psicoanalista, a la adolescencia: "... la etapa terminal de la cuarta fase del desarrollo psicosexual, la fase genital, que había sido interrumpida por el periodo de latencia" (pág. 15).

Pero también es indispensable abordar una noción médica de lo que este tiempo significa. Enrique Dulanto, doctor especializado en la etapa adolescente describe este momento como:

Una Etapa de crisis personal intransferible en el esquema del desarrollo biopsicosocial del ser humano (...) Una época que separa lo que ha sucedido en el mundo infantil y brinda a los menores un horizonte de posibilidades existenciales que podrán hacer suyas, si la familia los guía y apoya para que poco a poco con voluntad y responsabilidad experimenten la existencia. (Dulanto, 2000, p. 143)

Pondremos otro concepto que apoye a la teorización del término creado por Ingersoll (citado por Dulanto, 2000) quien dice que la adolescencia es:

El periodo de desarrollo personal durante el cual un joven debe establecer un sentido personal de identidad individual y sentimientos de mérito propio que comprenden una modificación de su esquema corporal, la adaptación a capacidades intelectuales más madura, la adaptación a las exigencias de la sociedad con respecto a una conducta madura, la internalización de un sistema de valores personales y la preparación para roles adultos (pág. 155).

1.2. PUBERTAD

Pubertad y adolescencia no son lo mismo como coloquialmente se cree, son dos conceptos diferentes pero que necesariamente van de la mano, ya que estos cambios físicos pueden tener repercusiones en su conducta, en el desarrollo de la identidad e incluso en la consolidación de sus relaciones sociales.

La pubertad representa a todos los cambios físicos palpables tanto en las mujeres como en los varones, refiriéndose al desarrollo sexual corporal del adolescente.

Durante la segunda década de la vida, importantes cambios biológicos van transformando a niños y niñas en personas maduras tanto física como sexualmente. El cuerpo se modifica de forma visible y este cambio es el que nos indica que se está entrando a una nueva etapa de desarrollo de grandes repercusiones psicológicas (Martí & Onrubia, 2006).

Al revisar cualquier enciclopedia médica o libro informativo sobre el desarrollo humano como por ejemplo Psicología del niño y el Adolescente (Oceano, 2001) o El Adolescente (Dulanto, 2000) se explica que la pubertad es el inicio de la adolescencia, más o menos desde los 10 años de edad, donde, en las mujeres se presenta las siguientes características físicas:

Edad	Chicas	Chicos
9-10	<ul style="list-style-type: none">- Crecimiento de los huesos pelvianos.- Brote de pezones.	
10-11	<ul style="list-style-type: none">- Brote de las mamas.- Vello pubiano.	<ul style="list-style-type: none">- Primer crecimiento de testículos y pene.
11-12	<ul style="list-style-type: none">- Crecimiento de los genitales internos y externos.	<ul style="list-style-type: none">- Inicio de la espermatogénesis.
12-13	<ul style="list-style-type: none">- Aumenta el volumen de las mamas.- Mayor pigmentación en los pezones.	<ul style="list-style-type: none">- Vello pubiano.
13-14	<ul style="list-style-type: none">- Aparición del vello axilar.- Menarquía.	<ul style="list-style-type: none">- Crecimiento rápido de testículos y pene.
14-15		<ul style="list-style-type: none">- Vello en las axilas y labio superior.- Cambio de voz.
15-16	<ul style="list-style-type: none">- Acné.- Voz más profunda.	
16-17		<ul style="list-style-type: none">- Vello facial y corporal.- Acné.
21		<ul style="list-style-type: none">- Detención del crecimiento esquelético.

2 Principales cambios físicos en chicas y chicos según la edad (Martí & Onrubia 2006)

Dulanto (2000), quien es el referente al aspecto biológico para este trabajo, dice que tanto en hombres como en mujeres, el aumento de estatura y grasa corporal se evidencia rápidamente en esta etapa del desarrollo.

Por lo tanto todos estos cambios físicos prueban el inicio de la adolescencia, en la que se abarcarán todos los aspectos psicológicos y emocionales que se producen por el cambio, relativamente brusco, entre el ser infante y llegar a ser adulto para la sociedad.

Es decir, tomando en cuenta todos los significados recopilados sobre el tema, se puede acordar que la adolescencia es una de las etapas en el desarrollo de la vida de un ser humano, donde se presentan los cambios físicos, emocionales, cognitivos y conductuales con mayor relevancia en el proceso de crecimiento de la persona.

Estos cambios físicos sumamente notorios en el adolescente, afecta a los sentimientos sobre sus cuerpos, de forma diferente pero en la misma magnitud a ambos sexos.

Los chicos al verse con mayor masa muscular y con cuerpos más grandes y fornidos, tienden a ser más seguros de ellos mismos pero, aunque para los demás puede que signifique que son más maduros psicológicamente y socialmente, estos muchachos suelen manifestar menos estabilidad emocional y muestran menos capacidad de autocontrol que los varones que desarrollan más tarde (Martí & Onrubia, 2006).

Las chicas por el contrario, el efecto de maduración temprana parece tener efectos negativos en ellas, como las variaciones en peso y en tamaño suelen aumentar en las chicas, debido al crecimiento de las acumulaciones grasas, preparando el cuerpo para una posible maternidad, suelen sentirse peor en relación al peso o tener cierto grado de vergüenza al verse con más forma de mujer que sus compañeras, pero a medida que sus compañeras van madurando y sus cuerpos empiezan a cambiar y a parecerse más entre si físicamente, estos sentimientos tienden a desaparecer. Aunque, al igual que los chicos quienes desarrollan pronto, presentan menor estabilidad emocional y menor capacidad de autocontrol (Martí & Onrubia, 2006).

“Parece que una maduración temprana es ventajosa a causa del éxito social que acarrea, sobre todo en los varones, con la consecuente auto satisfacción que ello genera. Sin embargo, una pubertad temprana puede también tener sus efectos negativos, pues reduce el tiempo indispensable que

necesitan chicos y chicas para abordar, desde el punto de vista psicológico, la construcción de su identidad y la adopción de roles acordes con su nuevo estatus de edad” (Martí & Onrubia, 2006, pág. 46).

1.3. DESARROLLO PSICOLÓGICO

Siendo la adolescencia una etapa tan compleja en el desarrollo humano, también se la ha dividido en sub etapas para poder explicar y entender lo “conflictivo” de un adolescente. La adolescencia es a la vez una histeria y un duelo, necesarios para volverse adulto (Nasio, 2011; Aberastury, 1984).

Estos periodos se dividen en físicos y emocionales para su estudio, lo que no significa que no tengan relación directa los unos con los otros. Este trabajo se enfocará en el aspecto psicológico y emocional del desarrollo adolescente y cómo esto influye en el desarrollo de la identidad.

Juan David Nasio (2011) hace una explicación sicoanalítica de la etapa de “sufrimiento” por la cual atraviesan los adolescentes, la cual explica que puede ser manifestado de formas diferentes, todas de manera inconsciente.

La que llama *sufrimiento moderado*, anota que es la agitación adolescente identificada con una neurosis juvenil, sana y necesaria; esto se produce por que el sujeto se desgarrá interiormente, tratando de responder a la vez a las fuertes exigencias pulsionales de su cuerpo y los fuertes pedidos sociales, reclamos que ha introyectado y que se impone a sí mismo bajo la forma de la voz interior y despótica del superyó (Nasio, 2001).

Para Dulanto (2000) la adolescencia tiene tres sub etapas de desarrollo:

1. Adolescencia temprana: abarca de los 12 a los 14 años de edad y corresponde al periodo de la educación secundaria. El área emocional correspondiente sería la adaptación al nuevo esquema corporal y al surgimiento de la sexualidad, donde se desarrolla el pensamiento concreto y los primeros conceptos morales y surge un interés por los pares (Dulanto, 2000).

2. Adolescencia media: se extiende desde los 15 hasta los 17 años de edad y entonces equivale al periodo de bachillerato en cualquiera de sus modalidades o a la educación media superior. Se establece la separación emocional de los padres aparece el pensamiento abstracto, mejoran las aptitudes verbales y empiezan a tener mayor interés heterosexual y a preocuparse por sus aptitudes vocacionales (Dulanto, 2000).
3. Adolescencia tardía o fase de resolución de la adolescencia: comprende de los 18 a los 21 años de edad y corresponde a la educación universitaria casi por completo. Empieza a existir un concepto de individualidad al aceptar la separación con los padres, se desarrolla el pensamiento abstracto complejo y aparece la moral pos convencional, además en esta etapa se fortifica el control de los impulsos la individualidad social y profesional (Dulanto, 2000).

Martí & Onrubia (2006) explican que en la etapa de la adolescencia se desarrolla el pensamiento individual y el joven empieza a tener mayor independencia intelectual, además enlista una serie de potencialidades, instrumentos y recursos psicológicos que se desarrollan en esta etapa:

- Posibilidad de acceder a formas de pensamiento más potentes y descontextualizadas para el análisis y comprensión de la realidad.
- Posibilidad de acceder de una manera mucho más plena y completa a la representación y análisis del mundo ofrecidos por el conocimiento científico.
- Posibilidad creciente para planificar, regular y optimizar de manera autónoma sus propios procesos de aprendizaje.
- Posibilidad de revisar y reconstruir la propia identidad personal.
- Posibilidad de acceder a nuevas formas de relación interpersonal y social.
- Posibilidad de acceder a niveles elevados de juicio y razonamiento moral autónomo.
- Posibilidad de elaborar, establecer e implicarse en proyectos y planes de futuro personal.

El propósito fundamental de estas tareas es formar la propia identidad y prepararse para la edad adulta. Esta identidad se desenvuelve en diferentes contextos de desarrollo que están

íntimamente ligados con el adolescente como son: el entorno social, la familia, el círculo escolar y las relaciones con los pares

Además de todos los ámbitos sociales, políticos, económicos y culturales que los jóvenes tienen que afrontar dependiendo de la época que les haya tocado vivir (Ortega, 2011).

Ahora bien, todo esto es resultado, como diría Pereira (2011) refiriéndose a los adolescentes, de una cierta mirada adulta sobre aquellos que han abandonado la infancia pero aún no se han ganado su derecho de pertenecer al mundo de los mayores.

“Son más susceptibles a las influencias del contexto social y a sus patrones dominantes” (Ortega, 2011). En el hoy por hoy los adolescentes tienen un bombardeo de información que intentan interiorizar para lograr una identidad como individuos los cuales están tratando de dejar de lado la sobreprotección parental para lograr su propia independencia, pero a la misma vez luchan por una libertad de acciones sin consecuencias para ser aceptados en su entorno social.

Por ejemplo, es fácil encontrar en las redes sociales, indispensables en el vivir cotidiano de los adolescentes, invitaciones a fiestas clandestinas y “retos” a realizarse, claramente, ilegalmente, entre jóvenes entre 9 y 17 años, las y los cuales generan riesgos para la integridad física y moral del individuo.

Tenemos entre estas tendencias actuales, las denominadas “fiestas arcoíris” donde las chicas se pintan los labios con lipsticks de colores brillantes y practican sexo oral a quienes están presentes, son filmadas o fotografiadas y estas imágenes son subidas a internet, o también, por poner otro ejemplo común, es el “reto de la canela”, que consiste en intentar comer una cuchara de canela en polvo, todo esto filmado para subirlo a internet, lo que aparentemente los adolescentes ignoran es que el consumir una cucharada de canela en polvo se producen daños graves al tracto respiratoria además de laceraciones en la mucosa de la boca y nariz e incluso puede provocar una severa asfixia ocasionando la muerte.

Estos ejemplos, de muchos de los ahora actos de moda entre los adolescentes, demuestran que por estar dentro de la sociedad y ser parte de ella y además demostrar que rápidamente quieren ser adultos, no miden consecuencias y realizan actos que de una u otra manera van a tener consecuencias sobre ellos.

Se puede reconocer como característico de esta etapa el desprendimiento real de la familia, los cambios corporales que se encuentran fuera del alcance del individuo, fluctuaciones en el estado de ánimo, ensimismamiento, apego al grupo de pares, etc., por otro lado se presenta la identificación sexual y la búsqueda de la propia identidad, hecho que marca de manera trascendental a todos los individuos, de ahí la relevancia en esta etapa de la vida (García, 2002).

Pereira (2011) afirma que estamos viviendo en una sociedad auto denominada postmodernista, en la que la idea básica de vida es “soy lo que deseo y consumo” en donde este deseo es lo que da el valor a las cosas (y personas), mientras más grande sea el deseo por el objeto mayor será su valor, y de la misma manera, si ya nadie lo quiere ese objeto simplemente deja de tener valor y por ende deja de existir.

Los cambios tecnológicos han hecho que los jóvenes estén muy interesados en establecer una subcultura adolescente con algo que se asemeja a una formación final de la identidad, más que un desarrollo pasajero o, en realidad, inicial, de la misma (Erikson, 1971).

Todo esto no quita que el adolescente necesita una referencia para desarrollarse, alguien en quien pueda confiar y de quien pueda tomar reseñas para su cotidianidad, y el mayor sistema de identificación que tienen los adolescentes antes (Erikson, 1971) y ahora (Pereira, 2011) es la familia, construyen su identidad desde ella y contra ella, aquí es donde aprenden el universo de significados, valores, preferencias, inclinaciones y expectativas que van a dirigir y dar razón de las conductas de sus miembros (Ortega, 2011, pág. 34).

Dice Erickson (1994) que los adolescentes siempre se esfuerzan secretamente por tener sentido para algunas personas de su elección, aun si estas personas se encuentran de algún modo en la periferia “indeseable” de su familia; siendo esto interpretado erróneamente como rebelión sin sentido, mientras que es una búsqueda de nuevas lealtades y de nuevas técnicas de vida.

La adolescencia puede ser una época confusa para los padres también. Por un lado, deben lidiar a menudo con el comportamiento paradójico de sus hijos. Más allá de aprender a

prever las corrientes cambiantes de las emociones de los adolescentes, los padres pueden luchar con algunas emociones conflictivas de sí mismos (healthychildren.org, 2014).

1.3.1. ESTRUCTURACIÓN DEL YO (IDENTIDAD)

La adolescencia es por excelencia la edad de la formación de la identidad personal. El paso de la edad adulta supone un cambio fundamental en la manera de pensar. Las nuevas capacidades cognitivas que van adquiriendo los adolescentes en esta etapa les permiten tener una nueva visión, más amplia, más abstracta y más consciente sobre el mundo y sobre ellos. Esto les abre nuevos intereses y a la vez les permite reflexionar de forma mucho más profunda sobre sí mismos (Martí & Onrubia, 2006).

Dentro de las características principales para el desarrollo de la identidad del adolescente, está el progreso dentro de su forma de pensar, Martí & Onrubia (2006), Doltó (1990) o Aberastury (1984) explican diferentes procesos en la mejora del razonamiento del individuo, las cuales conllevan al refuerzo de su YO; una explicación a continuación de estas tendencias evolutivas:

- a) **Razonar formalmente:** el desarrollo de un nuevo tipo de razonamiento deductivo fundamentado en la lógica, donde se separa el proceso de deducción de la realidad y se lo lleva al mundo de lo posible.
- b) **Procesar mejor la información:** es el aumento de la capacidad para procesar información. Esta capacidad aumenta con la edad manifestándose a través de una mayor rapidez de las operaciones cognitivas obteniendo estrategias para optimizar estas capacidades.
- c) **Adquirir más conocimiento:** la acumulación de conocimientos mejora la capacidad de procesar información una posible razón que explica la incapacidad de pensar de forma válida en los niños, no sería una falta de habilidad para razonar sino una falta de conocimiento sobre el contenido específico sobre el que se analiza.
- d) **Pensar sobre el pensamiento:** el metaconocimiento, poder analizar cualquier idea o resolver cualquier problema pudiendo dar una explicación de cómo o porque se llegó a esa conclusión basado en los conocimientos previamente adquiridos.

Esta capacidad para poder pensar en posibilidades a través de las hipótesis y analizar lógicamente el contenido de ciertas afirmaciones le permite plantearse cuestiones, que hasta ese momento le habían parecido irrelevantes, sobre el mundo social, llevándolo a replantearse moralmente tanto sus propias conductas como las de los demás (Martí & Onrubia, 2006).

Estas experiencias, que están presentes desde el primer momento de la infancia, son las que configuran la personalidad, es un proceso largo que realmente no termina al culminar la etapa de la adolescencia (Fierro, 2006).

En esta fase se está naciendo a una existencia social y cultural personalmente apropiada, en la que la persona misma, por primera vez en su vida, toma decisiones que le ubican en la sociedad en la que viven (Fierro, 2006), el anhelo fundamental no es ahora formar parte de, sino ser independiente, encontrar lo propio, realizarse a sí mismo (Nelles, 2011).

Enfocar el desarrollo de la personalidad en la adolescencia bajo el prisma de la identidad es otorgar relevancia máxima a las cuestiones que se hace el adolescente ¿quién soy?, ¿qué hago?, ¿qué quiero? Es, a la vez, planteado y visto el asunto también desde afuera de su piel, desde la objetividad con que procede la ciencia, la cuestión de quien es, como es, que hace y que va a hacer de la vida, como se lo propone y proyecta (Fierro, 2006).

La propia motivación y las exigencias de la sociedad crean un conjunto de factores que dependiendo de cómo el adolescente las vea y de cómo empiezan a tomar importancia en su vida van a redundar no solo en bienestar o satisfacción personal, sino en adaptación, en incorporación funcional o disfuncional al mundo en que en adelante van a vivir como adultos (Fierro, 2006).

Un elemento vertebrador de la identidad personal es el autoconcepto o, mejor, el autoconocimiento, que inevitablemente conlleva connotaciones valorativas de auto estima (Martí & Onrubia, 2006).

La identidad del adolescente inicia con el reconocimiento y aceptación de su propio cuerpo, los cambios ocurridos en la pubertad obligan a revisar y rehacer su propia imagen, siendo este proceso manejado de forma diferente en cada individuo, por lo mismo es un proceso particular y no general. Cuanto más atractivo o eficaz cree el adolescente que es su

cuerpo, tanto más positiva y elevada resulta su autoestima. Debido a las diferencias normales en el desarrollo entre uno y otro adolescente del mismo grupo, en la mayoría de ocasiones los jóvenes tienen problemas en el auto concepto y en la autoestima además de la relación con sus semejantes (Fierro, 2006), esto es debido a que si un adolescente presenta un desarrollo físico adelantado, su cuerpo se asemeja más al de un adulto que al de un niño, este será reconocido mayor ante los ojos de los demás, claro está, que no significa que el desarrollo psicológico, moral y emocional se realicen al mismo tiempo que el corporal, lo que causa conflictos relacionales.

Inseparable del tema corporal está el tema del sexo y del género, del rol social sexual y de lo que uno hace psicológica y comportamentalmente con su sexo. Con esto nos referimos a todas las actitudes sexuales que el adolescente realiza, desde juegos en calidad de coqueteo hasta la consumación del acto sexual en sí; no vamos a adentrar en la situación de que si está bien o mal que una adolescente tenga experiencias relacionadas con el sexo, pero si se va a puntualizar que todas estas actividades están íntimamente relacionadas con su ímpetu de encontrar su identidad y su independencia, siendo autónomo en la elección de pareja y de tomar o no riesgos al decidir tener sexo.

Enamorarse, haber tenido el primer coito o conseguir la intimidad de un compañero o compañera escogido pueden constituir, para el adolescente, expresión de motivos sociales tanto o más que de impulsos eróticos (Fierro, 2006).

Para muchos adolescentes, además, la intimidad sexual es una experiencia generadora de autonomía, de sentimiento de identidad, de auto valoración propia como persona atractiva y de toma de conciencia de su capacidad para la relación con otros, es una búsqueda de significado y está cargada de ricas connotaciones simbólicas (Fierro, 2006).

Otra de las características en la estructuración del yo en el adolescente es la adopción de roles y adaptación a la sociedad en la que nació para Fierro (2006) o típico del rol adolescente es su instalación en la sociedad como marco global. El espacio de los intercambios o interacciones sociales se amplía mucho, se extiende a la sociedad entera. La paulatina emancipación respecto a los padres tiene, el proceso de adquisición de autonomía personal e independencia social (pág. 92).

Esta etapa de desarrollo es el momento no solo de perfeccionar el dominio de destrezas técnicas, comunicativas y sociales, sino también de la elección vocacional, del proyecto de

vida, de la adopción de creencias y actitudes, del compromiso con valores, todo lo cual es vertebrado por el afianzamiento de un yo capaz de autorregularse (Martí & Onrubia, 2006, pág. 93).

Ahora bien, la adquisición de valores morales que tiene que ver con la globalidad de la acción humana, con la referida a la sociedad y a las demás personas también tiene que ver mucho con la identidad del adolescente ya que es capaz, por sus propios medios, de empezar a discernir de manera más objetiva lo bueno de lo malo, lo justo de lo injusto, lo que está permitido y lo que no, lo que lleva a la felicidad y la realización y lo que no. La motivación moral es ya interna, pero basada todavía en gran medida en la previsión de la censura o la alabanza de otras personas que son significativas para el individuo (Fierro, 2006).

Se concluirá diciendo que el ser humano a lo largo de su vida pasa por varias etapas en su desarrollo desde que nace hasta llegar a la madurez física total.

Más o menos alrededor de los 10 años de edad inicia la etapa de desarrollo físico y mental para convertirse en adulto, esta etapa la llamamos adolescencia que comprende la maduración física primaria y secundaria que se llama pubertad y los conflictos psicológicos y emocionales característicos de la edad que en conjunto con la pubertad crean la adolescencia.

En la actualidad los adolescentes, a más de los parámetros normales a los que tienen que adecuarse en su desarrollo, también están influenciados por los cambios constantes y bruscos en tecnología que hoy por hoy se vuelven normales y demás aspectos mundiales como economía y política, lo que hace que hoy en día, se sienta como algo más conflictiva a esta etapa, ya que no solamente son parámetros espejo los padres y adultos cercanos sino que también, al tener el mundo en sus manos, sus ideales a seguir son más amplios y peligrosos al ser el principal objetivo encajar en la sociedad y ser aceptados como individuos maduros y libres a los cuales se les pueda llamar adultos.

Finalmente se enumeran algunas características típicas en un adolescente normal tomadas de Kaplan (1996), que ayudaran a distinguir un comportamiento desviado de lo que se debe tomar como un perfil propio de un adolescente:

- Los adolescentes son ávidos buscadores de autenticidad moral.
- Al adolescente de pronto lo acometen la tristeza, la desolación, la angustia o la nostalgia y no necesariamente es depresión.
- Experimentan íntimamente a desesperanza que se siente cuando no hay un lugar al que dirigir el deseo.
- Implica el complejísimo drama de pasar de una zona de la existencia a otra distinta. El individuo pasa entonces de la vida familiar a la existencia cultural.
- Para convertirse en adulto debe conseguir en algún momento el permiso para ser una persona con genitales maduros y capacidad de reproducción.
- La adolescencia es una etapa de activa desconstrucción, construcción y reconstrucción.

CAPÍTULO 2

La familia ya no es lo que era
(Dicho popular)

2. FAMILIA

En este capítulo se dilucidará los conceptos más comunes de familia, diferenciando los diferenciando las diferentes clases que se categorizan con relación a este tema. Además se hará una explicación de la familia nuclear y la familia de origen, las cuales son los puntos principales para analizar el desarrollo de un individuo.

Aparte, con fines netamente de investigación, se tratarán los términos y conceptos de familia funcional y disfuncional, explicando los modelos de cada uno y la influencia que las conductas percibidas en cada uno de los grupos son el punto de partida para los conflictos futuros en un adolescente.

2.1 DEFINICIÓN

Es muy común que dentro del área psicológica, cuando se intenta esclarecer el significado de un término, se encuentra con varios autores que aportan ideas diferentes del mismo. Así, se hallan diferentes definiciones de la misma palabra abordándola desde puntos teóricos distintos, y el significado de familia no se queda de lado.

Podríamos decir que incluso existen muchas más denominaciones ya que, dependiendo los miembros que la conforman, el vocablo familia incluye un adjetivo que la califica y diferencia de la “familia tradicional”.

Para la American Psychological Association (APA) familia es:

Unidad de parentesco que consta de un grupo de individuos unidos por vínculos de sangre, matrimoniales, adoptivos u otros lazos íntimos. Aunque la familia es la unidad social fundamental de la mayoría de las sociedades humanas, su forma y estructura varían ampliamente (Diccionario Conciso de Psicología, 2010).

El Antropólogo estadounidense George P. Murdock (1949) fue quien propuso una de las definiciones de familia universal que más se utiliza para denominar a esta institución, dice

que la familia es un grupo social que comparte una residencia común, y asume funciones sexuales, reproductivas, educativas y de cooperación económica. Se compone por personas de ambos sexos, en las cuales dos por lo menos mantienen relaciones sexuales socialmente aceptadas; incluyendo uno o más hijos, propios o adoptados (Murdock, 1949).

Con este significado se concluyó que la familia es la representación de uno de los fenómenos más antiguos de los procesos culturales y, al mismo tiempo, se la asumió como la gestora de la historicidad de cada sujeto (Tenorio, 1991). Tomándola como un sistema donde existe un conjunto organizado de unidades que interactúan entre sí de acuerdo a sus atributos (Ludwing von Bertalanffy, 1950 revisado en Almonte, 2009).

Es necesario, para fines de la investigación, conocer la clasificación de familia según la forma en la que está conformada, a continuación se explicará cada una según lo que el Diccionario Conciso de Psicología de la Asociación Americana de Psicología (Diccionario Conciso de Psicología, 2010) explica:

TIPO DE FAMILIA	CONCEPTO
Familia biológica	Relaciones consanguíneas de una persona a diferencia de las relaciones adquiridas por matrimonio, adopción o acogida.
Familia de origen	La familia en la que fue criado un individuo, la cual puede ser o no su familia biológica.
Familia disfuncional	Familia en la que las relaciones o la comunicación están dañadas en que sus integrantes no pueden obtener cercanía y autoexpresión
Familia enredada	Familia cuyos integrantes se involucran en exceso en la vida de los otros, limitando o impidiendo de esta manera el funcionamiento sano de la familia como unidad y comprometiendo la autonomía individual.
Familia extensa	1. Unidad familiar que consta de los padres y los hijos que viven en un hogar con otros individuos a quienes

	<p>están unidos por parentesco.</p> <p>2. En las sociedades occidentales modernas, la familia nuclear junto con otros familiares que viven cerca y que se mantienen en contacto regular.</p>
Familia nuclear	<p>Unidad familiar que consta de los dos padres y sus hijos dependientes. Con diversas modificaciones, la familia nuclear ha sido y sigue siendo a norma en las sociedades occidentales desarrolladas.</p>
Familia oportuna	<p>Individuos a los que se considera familiares de alguien, aun cuando no estén relacionados legalmente con esa persona. Estos individuos participan en la toma de decisiones respecto al hogar, las responsabilidades y las relaciones significativas de la persona.</p>
Familia permeable	<p>Versión más fluida o flexible de la familia nuclear que para algunos sociólogos es una norma que esta surgiendo en la sociedad occidental contemporánea. La familia permeable se diferencia de la familia nuclear estereotípica en cinco aspectos principales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mayor variedad de estructuras familiares producto de divorcios, nuevas nupcias y aceptación de la cohabitación y las familias monoparentales. 2. Sensación menos rígida de los límites familiares, de modo que a los descendientes de relaciones anteriores se los percibe como parte de la unidad familiar para ciertos fines; pero no para otros. 3. Erosión de los roles sexuales tradicionales dentro de la

	<p>familia producto del feminismo y la función cada vez mayor que desempeñan las mujeres en la fuerza laboral.</p> <p>4. Erosión de un sentido de jerarquía y deferencia dentro de la familia, de modo que los niños y adolescentes esperan una mayor libertad y respeto de sus puntos de vista y preferencias.</p> <p>5. Tendencia de todos los miembros de la familia a esperar una mayor autonomía, de modo que las actividades individuales en ocasiones tiene prioridad a las búsquedas y rituales compartidos.</p>
Familia recompuesta	<p>Unidad familiar formada por la unión de dos personas, de las cuales una o ambas llevan uno o más hijos de una o más uniones anteriores al nuevo hogar, también llamada familia fusionada o familia reconstituida.</p>
Familia simulada.	<p>Técnica utilizada en el entrenamiento y la terapia en la que se representan situaciones familiares hipotéticas. En el entrenamiento, la representación corre a cargo de clínico u otros profesionales. En la terapia familiar, uno o más integrantes de la familia pueden participar con otros, que desempeñan los papeles de otros miembros de la familia.</p>

3Clasificación de la familia (Diccionario Conciso de Psicología, 2010)

Con el desglose de estos términos se tienen mejores argumentos para enfocarse en el estudio de la familia nuclear como objeto de análisis, concluyendo que las familias con las que trabajaremos son, entonces, la unión de individuos mediante lazos emocionales y consanguíneos que viven bajo un mismo techo.

2.2 PAPEL DE LA FAMILIA EN EL DESARROLLO NORMAL DEL ADOLESCENTE

El medio en el que se desarrolla el ser humano, casi en su totalidad, es el grupo familiar; decimos “casi” porque siempre va a haber la influencia de factores externos menos influyentes como familiares agregados (abuelos, tíos, parientes en general) y ya cuando el niño entra en edad escolar empieza a tener baja influencia del medio mediante compañeros y profesores. Todo esto hasta que empieza a desarrollarse la adolescencia, y todas las características comunes y que suelen causar malestar en el individuo y su alrededor empiezan a florecer.

Pero mientras eso ocurre la familia es una instancia mediadora entre el individuo y la sociedad; es el escenario privilegiado en donde se lleva a cabo el desarrollo de la identidad y el proceso de socialización del individuo (Pérez Montero & Rivera Flores, 2012).

Palacios (citado por Navarro, 2014) nos dice que la familia es el espacio donde se comienza a establecer una imagen de nosotros mismos. Se crea una determinada autoestima, un sentido de sí mismo, un nivel de bienestar psicológico, el cual depende en gran parte de la calidad de las relaciones de apego que ha adquirido el adulto en su niñez.

El apego constituye en el desarrollo un núcleo organizador que siempre se integra con las experiencias sucesivas y nunca se pierde, es decisivo, tanto por el lugar que ocupa al inicio de los caminos del desarrollo como por su relación con numerosas funciones evolutivas cruciales: la afinidad social, la modulación de los estímulos, la regulación emotiva y la curiosidad, por nombrar solamente algunas de ellas. Las experiencias de apego siguen teniendo, incluso dentro de una perspectiva tan compleja, vital importancia para la formación de la persona (Sroufe, 2005, pág. 365).

Los adolescentes tienen a la familia como un sistema de referencia donde construyen su identidad, desde ella y contra ella. La toman como un referente de lo bueno y lo malo, es un lugar donde se aprende un universo de significados, valores, preferencias, inclinaciones y expectativas que van a dirigir y dar razón de su conducta (Ortega, 2011).

Las relaciones familiares influyen en como los jóvenes desarrollan las principales tareas propias de su estadio, su implicación en problemas comportamentales asociados a la adolescencia, así como en la habilidad para establecer relaciones íntimas significativas y duraderas (Lila, 2006, pág. 18).

La clave para entender la influencia del contexto familiar en el desarrollo reside en la comprensión de que las interacciones sociales son interiorizadas en el sujeto y son influenciadas por múltiples factores, entre los que cabe destacar los ecológicos y los genéticos (Arranz, 2010, pág. 15).

Durante los primeros años de la adolescencia los conflictos con los padres resultan naturales y lógicos. A medida que los adolescentes amplían su horizonte mental, empiezan a darse cuenta de que sus valores y formas de vida familiares no son los únicos posibles. Puede tomarle mucho tiempo, pero al final, el adolescente probablemente concluirá que, aunque sus padres no pueden responder a todas sus preguntas, sus opiniones y conocimientos, aún pueden serle útiles y al menos, resultan conocidos (Conger, 1980).

Es por todos estos motivos que la familia tiene funciones y objetivos principales que cumplir dentro del desarrollo del individuo.

La protección psicosocial de sus miembros y la acomodación y transmisión de una cultura (León, 2005) son los objetivos principales de la familia, los cuales se llegan a cumplir mediante las funciones básicas que se pueden resumir en estos aspectos importantes:

- **Brindar afecto:** en la familia se dan las condiciones ideales para que el afecto se manifieste en toda su intensidad, ya que por el hecho de vivir juntos y tener que compartirlo todo se favorecen las relaciones interpersonales. Cuando las necesidades afectivas de los miembros están satisfechas, es más fácil resolver cualquier problema al cual se enfrenten (Martínez, 2005).

- **Estabilidad económica:** El seno familiar es el lugar donde los adolescentes, en condiciones típicas, obtienen el sustento para vivir, es decir, ya que en nuestra sociedad en esa etapa no se acostumbra trabajar, es la familia en donde encuentra vivienda, ropa, comida, apoyo para el estudio y para los momentos de esparcimiento, además de todos los gastos relacionados a la salud; dicho de otra manera, la satisfacción de las necesidades afectivo – emocionales y materiales de sus miembros.
- **Biológica y educativa:** La función principal de la familia es la procreación y mantenimiento de la especie, que conlleva al establecimiento y mantenimiento de un equilibrio que sirva para enfrentar las tensiones que se producen en el curso del ciclo vital con la creación de condiciones propicias para el desarrollo de la identidad personal y la adquisición de la identidad sexual, además de la promoción y facilitación del proceso de socialización de sus miembros y el establecimiento de patrones para las relaciones interpersonales (Pérez Montero & Rivera Flores, 2012). El aprendizaje y la creatividad son dos atributos que deben ser estimulados por la familia, ya que de estos depende el desarrollo pleno de la personalidad (Martínez, 2005).
- **Cultural y espiritual:** Las costumbres culturales, sociales y religiosas son transmitidas de generación en generación teniendo como punto de partida la familia, tomando en cuenta la imitación como una de las vías de adquisición de estos patrones. Los modelos de conducta adecuados hacen que los miembros de la familia logren la plena integración de la sociedad (Martínez, 2005).

El funcionamiento familiar saludable es aquel que le posibilita a la familia cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que le están histórica y socialmente asignados (Pérez Montero & Rivera Flores, 2012, pág. 19).

La familia en la sociedad tiene importantes tareas, que tienen relación directa con la preservación de la vida humana como su desarrollo y bienestar se satisfacen las necesidades más elementales de las personas, como comer, dormir, alimentarse etc., además se prodiga amor, cariño, protección y se prepara a los hijos para la vida adulta, colaborando con su integración en la sociedad (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile).

2.3 LA FAMILIA DISFUNCIONAL

A medida que desaparecen las redes sociales tradicionales, la estructura de la Familia se remodela y a veces se viene abajo, y la capacidad de los sistemas de apoyo de la familia y la comunidad disminuye. Al ver cómo su mundo pierde seguridad, coherencia y estructuras, los adolescentes se ven abocados con demasiada frecuencia a hacer elecciones difíciles, casi siempre sin nadie que los ayude. Muchos de los riesgos que asumen los adolescentes no son tanto un reflejo de sus propias actitudes y deseos, sino más bien la consecuencia de presiones que ejercen sobre ellos algunos adultos, por sus formas de comportamiento abusivas y explotadoras, por los ejemplos que establecen y por las políticas que crean (UNICEF, 2000).

Para esclarecer que es una familia disfuncional, debemos, en primera instancia conocer a que llamamos familia funcional, pues para Quiroz (1985) (citado en Ruales, 2005) es la familia cuyo conjunto de relaciones permite a cada miembro, experimentar un óptimo sentimiento de satisfacción y desarrollo.

La familia funcional (término que se utilizará meramente con fines de la investigación, ya que desde un punto de vista realista, porque es una cohesión solamente imaginaria, debido a que la célula familiar es fragmentada y frágil en general) posee ciertas características que permiten el desarrollo emocional del individuo, entre las cuales podemos anotar la adecuada diferenciación entre los subsistemas que componen la familia, o sea, jerarquía definida con una clara autoridad de los padres, comunicación expedita, en un clima emocional estable y cálido, con aceptación y respeto mutuo; límites diferenciados con el medio externo y la familia de origen; plasticidad para adecuarse a las características idiosincráticas de cada miembro, a los cambios provenientes del interior y del exterior de la familia y para manejar las potenciales crisis (Almonte, 2009, pág. 53).

Dicho de otra manera, una familia que funciona es la cual tiene un respeto claro y oportuno por cada uno de sus miembros, sea cual fuere la edad que tengan, además de que hacen respetar las jerarquías pero sin necesidad de ser autoritarios ni agresivos los unos a los otros, lo que conlleva a una comunicación basada en la confianza y por lo mismo a un

desarrollo individual y de identidades acorde a las diferentes etapas de los individuos que conforman el núcleo sistémico familiar.

Entonces, una familia disfuncional sería la que, como su nombre mismo dice, “no funciona” dentro de los parámetros establecidos, es aquella que no logra cumplir cabalmente las tareas que se esperan de ella y presentan una perturbación en su funcionamiento interno, que repercute en la salud mental de uno o más de sus miembros (Almonte, 2009).

Cuando el sistema familiar no logra corregir la perturbación en su funcionamiento, se desarrollan círculos de interacción viciosos que aumentan la problemática a nivel interaccional y sintomático (Almonte, 2009).

En la forma en que los padres manejen los límites dentro de la relación con sus hijos, estos tendrán diferentes formas de interactuar al momento de socializar. En el siguiente cuadro se explica cómo los diferentes modelos de crianza afecta en la actitud del individuo:

TIPOS DE PADRES	TIPOS DE HIJOS
<p><u>Autoritarios</u> Exigen obediencia y son partidarios del castigo físico y verbal, no hay oportunidad al dialogo, los límites son rígidos y son poco comunicativos y afectivos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tímidos y poco tenaces a la hora de perseguir metas • Actúan influidos por el miedo mas no por convicción • Baja autoestima al no verse a sí mismo como responsables de su éxito o fracaso • Tienden a ser poco alegres, infelices, irritables y vulnerables
<p><u>Permisivos</u> Tienen una actitud general positiva hacia el comportamiento del hijo, aceptan sus conductas, deseos e impulsos y usan poco el castigo, acostumbran a dialogar con el hijo pero no exigen responsabilidad ni orden, utilizan el razonamiento pero rechazan el poder y el control. Expresan límites ambiguos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tienen problemas para controlar sus impulsos • demuestran dificultades a la hora de asumir responsabilidades • Son inmaduros y presentan baja autoestima • Son más alegres y vitales que los hijos con padres autoritarios
<p><u>Democráticos</u> Son padres afectuosos, que refuerzan con frecuencia el comportamiento del niño e intentan evitar el castigo, son más sensibles a las peticiones de los niños pero al mismo tiempo es controlan y dirigen tomando en cuenta sus puntos de vista, Sentimientos y capacidades evolutivas, plantean a los hijos exigencias de madurez e independencia. Presentan límites flexibles según sea el caso</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene niveles altos de autocontrol y autoestima • Son capaces de afrontar situaciones nuevas con confianza e iniciativa • Muestran persistencia en lo que inician • Se relacionan fácilmente con otros, Son independientes y cariñosos • Poseen criterios personales acerca de cuestiones morales teniendo opiniones propias

4Tipos de educación parental y características de los hijos según cada una (Enciclopedia Océano, 2001)

La mayoría de los conflictos que estallan entre el adolescente y sus padres están motivados por el miedo mayormente inconsciente, de es ponerse a la humillación y mostrarse un inútil a sus ojos, a los ojos de todos y ante todo a los propios (Nasio, 2011).

En conclusión la familia es una unidad sistémica, núcleo de la sociedad occidental tal como la conocemos, ya que es el ente regulador del desarrollo individual del ser humano y de las leyes sociales referentes a lo que el campo sexual se refiere, específicamente al incesto.

Desde ella es que los individuos organizan su identidad y su estabilidad emocional, debido a que, tiene como funciones principales el ayudar a desarrollar la estabilidad emocional de sus miembros lo que garantiza una fácil sociabilización con el mundo exterior.

Cuando algo falla dentro del eje familiar, existe una disfuncionalidad que llevará al precario desarrollo emocional del individuo, debido a que dentro de los límites del sistema existe una mala comunicación y una rotura de los aspectos de individualidad y jerarquización de los roles establecidos para el adecuado funcionamiento de la célula familiar.

CAPÍTULO 3

Lo más triste es la tristeza de un hombre alegre (Armando Palacio Valdés).

3. DEPRESIÓN

Algunos datos estadísticos de importancia:

- El trastorno depresivo mayor afecta a cerca de 14,8 millones de estadounidenses adultos, es decir al 6,7 por ciento de la población estadounidense de 18 años o más en cualquier año dado (Archives of General Psychiatry, junio de 2005; 62(6): 617-27 recuperado de www.dbsalliance.org).
- Aunque el trastorno depresivo mayor puede aparecer a cualquier edad, la mediana de edad de aparición es de 32 (U.S. Census Bureau Population Estimates by Demographic Characteristics, 2005 recuperado de www.dbsalliance.org).
- El trastorno depresivo mayor predomina más en las mujeres que en los hombres (Journal of the American Medical Association, 2003; 18 de junio; 289(23): 3095-105 recuperado de www.dbsalliance.org).
- Uno de cada 33 niños y uno de cada ocho adolescentes tiene depresión clínica (Center for Mental Health Services, U.S. Dept. of Health and Human Services, 1996 recuperado de www.dbsalliance.org).

Es importante no confundir la tristeza normal con la depresión o viceversa. Existiendo una estrecha relación entre la tristeza, siendo esta una emoción normal, y la depresión, que es un síntoma o estado psiquiátrico (Arieti, 1990).

Algunas características de la tristeza normal en el individuo son las siguientes:

- La tristeza normal es el efecto emocional que se manifiesta en el ser humano cuando este reconoce una situación que habría preferido que no ocurriera y que considera no es favorable para su bienestar.
- Admite la capacidad de experimentar otras emociones y estados normales, como afecto, afinidad, amor, auto respeto y satisfacción. De hecho, la ausencia o la pérdida de estas emociones positivas nos hace vulnerables a la tristeza.

- Se le podría definir como un tipo especial de dolor, que no es físico sino mental. La tristeza retarda las acciones y su permanencia impide una respuesta motriz inmediata. Pero, favorece los procesos mentales lentos, que permiten reorganizar las ideas vinculadas con la dirección a seguir en la vida.
- En algunos casos, el estado de tristeza no se resuelve y se transforma en una vivencia de desdicha más intensa que se denomina depresión. Este afecto reemplaza con frecuencia a todos los demás, salvo a aquellos que, como la culpa y la desvalorización personal, están vinculados con la pena.
- Todos los pensamientos son negativos y refuerzan la depresión. Las ideas surgen con más lentitud y más espaciadas, quizá para disminuir el sufrimiento que causan.
- En el adolescente se expresa en comportamientos agresivos, angustiados o rebeldes, debido a que se esconde en lo más profundo de él un lento, doloroso y sordo trabajo interior de alejamiento progresivo del niño que ha sido, pero también de construcción igualmente progresiva del adulto por venir (Nasio, 2011).

Con esto se diría que si bien es cierto es normal sentir tristeza de vez en cuando por situaciones del diario vivir que nos causan malestar, la situación se complica cuando no hay una elaboración sana y productiva de ese estado emocional, y esto causa que cada vez más el individuo se suma en la pena y desarrolle ya un cuadro clínico más específico como es la depresión.

3.1 DEFINICIÓN

Según el Diccionario Conciso de Psicología (2010) la depresión es: “La fluctuación en el estado de ánimo normal que va de la desdicha y descontento a un sentimiento extremo de tristeza, pesimismo y desaliento” (p. 127).

El DSM-V define a la depresión como un trastorno del humor, constituido por un conjunto de síntomas, entre los que predominan los de tipo afectivo (tristeza patológica, desesperanza, apatía, anhedonia, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar) y se pueden presentar también síntomas de tipo cognitivo, volitivo y físicos. Podría hablarse, por tanto, de una afectación global del funcionamiento personal, con especial énfasis en la esfera afectiva (APA – DSM-V, 2013).

El término depresión se ha convertido en un vocablo de uso común en las conversaciones cotidianas. Sin embargo con mucha frecuencia se utiliza para decir tristeza, falta de entusiasmo, pereza o frustración como experiencias vivenciales o transitorias (Dulanto, 2000).

La depresión es una experiencia universal; y las emociones de tristeza y pena constituyen una faceta intrínseca de la condición humana. No obstante, la depresión patológica se distingue de la pesadumbre por su intensidad, duración, evidente irracionalidad y sus efectos en la vida de aquel que la sufre (Mendels, 1972, pág. 176).

3.2 TEORÍAS DEL ORIGEN

Se encuentran varias teorías para explicar el origen de la depresión, por ejemplo para Freud la melancolía se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en auto reproches y auto denigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo (Freud, 1917). Un paciente depresivo había padecido también una pérdida, aunque esta pudiera ser simbólica y no reconocida como tal. Consideraba el auto reproche y la pérdida de estimación propia que se desarrollan en la depresión como dirigentes hacia la persona introyectada. Para explicarlo de una mejor manera, cuando un paciente depresivo insiste en su mala conducta, en sus deficiencias e insuficiencias, está de hecho expresando sus sentimientos inconscientes respecto a la persona perdida (Mendels, 1972, pág. 77).

Los estados de ánimo que presente un individuo dependen mucho de cómo se van conformando las ideas que tiene sobre sí mismo de su desarrollo personal y social, de cómo evolucionan aquellos que constituyen su núcleo familiar más cercano y de cómo se integra a su comunidad (Pasantes, 2003).

También en los últimos años se ha manejado la teoría de que la depresión podría ser hereditaria, pero como Goikolea (2011) explica:

Es un modelo de herencia complejo que no depende de un único gen por lo tanto no se hereda la enfermedad en sí, sino un grado más alto o más bajo de predisposición que posteriormente en función de distintos factores se desarrollará o no (pág. 10).

El trastorno depresivo mayor (TDM), al igual que la mayoría de enfermedades que afectan al ser humano, forma parte del grupo de enfermedades denominadas genéticamente complejas, en las que tanto los factores genéticos como los ambientales juegan un papel fundamental en su etiología (Mitjans & Arias, 2012).

El componente genético de estas enfermedades ha sido identificado a partir de estudios de familia, de gemelos o de adopción. Las enfermedades complejas, aunque tienen una base genética, no siguen el patrón clásico de herencia mendeliana.

En general, se considera que el modelo del umbral de susceptibilidad sería uno de los que mejor explicarían la transmisión de la enfermedad. Este modelo asume que la variable “susceptibilidad para desarrollar la enfermedad” se distribuye de forma continua en la población, de tal manera que sólo aquellos individuos que sobrepasen un determinado umbral manifestarán el trastorno. Se hipotetiza que en la base de esta herencia compleja estarían involucrados una serie de genes de efecto menor cuya expresión podría estar modulada por un gran número de factores ambientales (Mitjans & Arias, 2012).

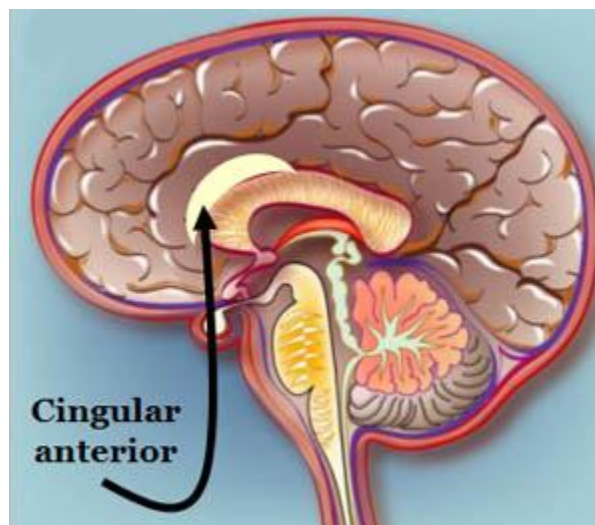
En estudios realizados en gemelos monocigóticos y dicigóticos, Mendels (1972), Goikolea (2011), Pasantes (2003) que son separados al nacer y criados por familias diferentes sin tener una relación cercana, se demuestra que los que nacieron del mismo óvulo tendrán una probabilidad 50-50 de padecer el trastorno, mientras que los nacidos de óvulos diferentes tan solo presentan un 10% de posibilidad de sufrir algún síntoma depresivo. Estos estudios comprobaron que la relación con el medio puede tener mayor influencia en el desarrollo de un trastorno emocional, aunque no se descarta el hecho genético.

Los estudios moleculares han contribuido a establecer de manera más específica las bases genéticas de la enfermedad. Entre ellos, los estudios clásicos de ligamiento han permitido identificar regiones cromosómicas de riesgo y, de esta manera, identificar algunos genes candidatos, por su posición genómica pero también por su función. Igualmente, los

estudios de asociación han mostrado que cierto grado de variabilidad genética, sobre todo asociada a genes del sistema serotoninérgico, parece contribuir al riesgo para la enfermedad y para ciertos aspectos clínicos de la misma como la respuesta clínica al tratamiento farmacológico con antidepresivos (Serretti A. (2004) recuperado de Mitjans & Arias, 2012)

Por otro lado las actividades emocionales van siempre acompañadas por cambios biológicos del Sistema Nervioso Central (SNC), del Sistema Nervioso Autónomo (SNA) y/o las glándulas endócrinas. Tanto si la psicopatología se considera primariamente psicológica o bien biológica en su origen, como si los síntomas primarios se dan en el dominio del estado de ánimo o de la conducta, siempre es cierto que se produce cierta actividad y cambio en los sistemas biológicos (Mendels, 1972, pág. 109).

Se reporta que los pacientes deprimidos presentan flujo sanguíneo irregular en la Corteza del Cíngulo Anterior (ACC), así como en la corteza prefrontal (Clark, Boutros, & Mendez, 2007).



1Corte transversal del cerebro donde se muestra (de color amarillo) la Corteza del Cíngulo anterior (ACC) (<http://www.homosentiens.com.ar/wp-content/uploads/2012/10/CCA-en-cerebro.jpg>)

También las disfunciones en las vías catecolaminérgicas evidencian trastornos bipolares y esquizofrénicos, específicamente una deficiencia de dopamina en la vía nigroestriada se relaciona con la enfermedad de Parkinson. La acción excesiva de dopamina en la corteza límbica se asocia a esquizofrenia. Las deficiencias de norepinefrina o serotonina o las acciones disminuidas de estas sustancias se relacionan con la depresión mental (Roskoski,

1998). Las evidencias de esto se obtuvieron con análisis de los inhibidores de la monoamino oxidasa, que es la enzima encargada de degradar neurotransmisores pertenecientes a las catecolaminas, en especial la serotonina. Esto ha llevado a formular la teoría catecolaminérgica de estos desórdenes.

3.3 CARACTERÍSTICAS

Teniendo en mente qué es y por qué se produce la depresión, debemos esclarecer cuales son los criterios para diagnosticar a una persona con este trastorno; para eso utilizaremos los datos que encontramos en el DSM-V (APA, 2013).

TRASTORNO DE DEPRESIÓN MAYOR

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es

(1) estado de ánimo deprimido o

(2) pérdida de interés o de placer. Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de entecimiento).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autoreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor. Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizo-afectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica. Procedimientos de codificación y registro El código diagnóstico del trastorno de depresión mayor se basa en si es un episodio único o recurrente, la gravedad actual, la presencia de características psicóticas y el estado de remisión. La gravedad actual y las características psicóticas sólo están indicadas si se cumplen actualmente todos los criterios para un episodio de depresión mayor. Los especificadores de remisión sólo están indicados si actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor. Los códigos son los siguientes: A la hora de registrar el nombre de un diagnóstico, se enumerarán los términos en el orden siguiente: trastorno de depresión mayor, episodio único o recurrente, especificadores de gravedad/psicótico / remisión, y a continuación todos los especificadores siguientes sin código que sean aplicables al episodio actual.

3.4 DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA

Estudios realizados en grupos diferentes de adolescentes Rossello & Berrios (2004), Barceló, Argota, Alvarez, Colás, & Sanchez (2015), Veytia, González, Andrade, & Oudhof (2012), con diferentes condiciones sociales y culturales demuestran que existe número significativo de personas que sufren estados depresivos en la etapa de la adolescencia.

Así, por ejemplo, en una muestra de 113 adolescentes de escuelas privadas, donde 61 son mujeres y 52 son varones se encontró que el 64% del modelo tenía síntomas de depresión severa, el 31% tenían características leves y apenas el 5% no mostraba ningún signo de depresión, este estudio se realizó en Puerto Rico (Rossello & Berrios, 2004).

En Cuba, se hizo un estudio enfocado a la disfuncionalidad familiar donde hubo una muestra de 71 adolescentes de entre 10 y 19 años, donde el 69.1% (49 personas) de ellos presentaban algún trastorno emocional debido a la problemática familiar y el 30.9% (22 individuos) no tenían ninguna alteración emocional y demostraron habitar en una familia funcional (Barceló, Argota, Alvarez, Colás, & Sanchez, 2015).

Por otro lado, en un análisis hecho en la ciudad de México a 2292 estudiantes de bachillerato el cual constaba de 54% de mujeres y 46% de hombres comprendidos en una edad promedio de 16 años se concluyó que un total de 15.6%, es decir, 357 individuos, presentaban signos claros de depresión; esto corresponde a un 21.3% de mujeres y 8.8% de varones (Veytia, González, Andrade, & Oudhof, 2012).

A menudo los adolescentes normales presentan cambios en el estado de ánimo y son proclives a ensimismarse, dar vueltas a las cosas, expresar lo aburridos que están de la vida y transmitir una sensación de desesperanza. Estos comportamientos pueden ser transitorios, sin reflejar ningún trastorno mental subyacente, sino tan solo unos pensamientos y sentimientos bastante propios de esta etapa evolutiva (Santrock, 2004, pág. 399).

En la adolescencia los síntomas depresivos se pueden manifestar de distinta manera; la pérdida de interés por actividades que antes resultaban placenteras puede dar paso al retraimiento y a la evitación de las relaciones sociales, pasando el adolescente la mayor

parte del tiempo a solas y sumido en el aburrimiento lo que puede ser también un indicador de depresión (Santrock, 2004, pág. 399).

En esta etapa del desarrollo la presencia de la depresión es, a la vez, un fenómeno común y transitorio y una enfermedad peligrosa que puede derivar en actuaciones autodestructivas (Dulanto, 2000, pág. 1312).

La ansiedad y la angustia son elementos estructurantes del desarrollo que se encuentra a lo largo de los diferentes estadios, sirven como protectores y como señales cuando algo no anda bien, además, permiten salvaguardar al adolescente y, por tanto, favorecer su desarrollo, considerando a la angustia como un producto de la psique y a la ansiedad una respuesta física que se usan de modo similar al dolor para advertir que el cuerpo sufre y está enfermo (Dulanto, 2000).

En muchas ocasiones, el sujeto que se aproxima a la adolescencia viene con desventajas importantes porque los periodos previos no fueron satisfechos o las expectativas son muy altas y por momentos inalcanzables, en otros casos, el medio social es adverso y demanda de los jóvenes ciertos elementos que no puede satisfacer sin poner en riesgo su desarrollo evolutivo normal (Dulanto, 2000).

Aparte de los criterios que el DSM-V nos presenta para diagnosticar un trastorno depresivo, desde la perspectiva de la investigación se deben considerar otras características en los adolescentes que conviene ser tomadas en cuenta para distinguir que algo está mal y tomar medidas cautelares; sobre todo si en el adolescente está pasando algunas de estas situaciones o momentos:

- Depresión parental
- Malas relaciones interpersonales ya sean con padres, hermanos o compañeros
- Duelo
- Divorcio y/o conflictos conyugales
- Malos tratos físicos o sexuales

Los criterios que se va a tomar en cuenta serán según la edad del adolescente, y excluyendo al ánimo disfórico como patología, sino como alteraciones normales o recurrentes en el desarrollo; entonces:

Edad	Animo disfórico (debe estar presente)	Características disfuncionales
9-12	<ul style="list-style-type: none"> · Apariencia triste · Apatía · Sentimiento de incompetencia o incapacidad · Irritabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> · Trastornos somáticos · Falta de placer en actividades · Inquietud o letargo · Fobia o problemas de separación · Conducta antisocial · Conducta de alto riesgo · Pensamientos mórbidos · Cambios de apetito o peso · Trastornos del sueño · Disminución en capacidad de concentración · Excesiva culpa o auto depreciación
13-18	<ul style="list-style-type: none"> · Apariencia triste · Apatía · Sentimiento de incapacidad · Irritabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> · Trastornos somáticos: anorexia nerviosa, colitis ulcerativa, dolores abdominales · Pérdida de placer en actividades · Inquietud o letargo · Fobias y/o problemas de separación · Conducta antisocial · Pensamientos recurrentes sobre muerte o suicidio · Cambios en el apetito o peso · Trastornos del sueño · Disminución en la capacidad de concentración · Excesiva culpa o auto depreciación

6Manifestaciones depresivas según etapas del desarrollo (Almonte, 2009)

3.5 INFLUENCIA DE LA FAMILIA EN LA APARICIÓN DE LA DEPRESIÓN

Es frecuente que la ansiedad y la angustia tengan una base conductual, es decir, que sean un modelo o forma de ser familiar, en el que la conducta de uno o ambos progenitores exhibe permanentemente un modelo que se caracteriza por la ansiedad y angustia; dicho modelo puede ser introyectado por el niño en desarrollo y el adolescente puede tenerlo ya como rasgo constitutivo de su carácter y personalidad; de este modo podrá encontrarse el temperamento ansioso como molde de estructura de su personalidad (Dulanto, 2000).

En las familias pueden surgir problemas cuando se convierte a alguno de sus miembros en chivo expiatorio que puede transformarse en el portador de los síntomas de toda la familia, de las diferentes perspectivas de sus miembros y del punto alcanzado en el ciclo vital familiar; pueden surgir dificultades al negociar cambios y responsabilidades, por el deseo de independencia, las relaciones triangulares entre los miembros de la familia y los conflictos conyugales y familiares (Nicolson & Ayers, 2002).

El sistema familiar constituye el principal campo de expresión emocional, por lo que juega un papel preponderante en el inicio y mantenimiento de los trastornos psicofisiológicos o psicósomáticos; su importancia en el desarrollo de la autonomía es fundamental. Las características del ejercicio del papel parental facilitan o perturban este proceso. Los padres sobreprotectores dificultan el logro de la autonomía al tratar al hijo como menos capaz de lo que realmente es y los permisivos, al no poner límites, dificultan que el hijo adquiera su propio control interno (Almonte, 2009, pág. 102).

Según estudios realizados por Sentín (1989) los adolescentes deprimidos se desarrollan dentro de una estructura familiar en conflicto o con la vivencia por parte del sujeto de una situación conflictiva en su estructura familiar. De manera general, puntualiza que los conflictos típicos de la estructura familiar en esta población son:

- Infidelidad de uno de los cónyuges.
- Dificultades de relación en la pareja.
- Una moral muy rígida respecto de la sexualidad, a veces acompañado de un cierto fanatismo religioso o político por parte de los padres.

- La condición de ser único de un sexo dentro de los hermanos.
- El hecho de que un miembro de la familia sea un triunfador en los negocios o en la carrera, acompañado con una fuerte carga de autoritarismo paternalista que hace que los hijos tengan una imagen de padre perfecto.

3.5.1 FAMILIA DE ORIGEN

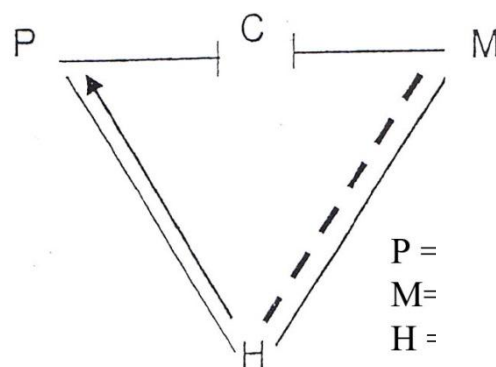
El futuro depresivo viene al mundo en una familia definida relacionalmente por una relación conyugal de la pareja parental de signo complementario, es decir, no generadora de grandes confrontaciones o conflictos y tendente a funcionar de forma razonablemente armoniosa. Priorizando la conyugalidad sobre la parentalidad, dicha pareja experimenta dificultades en el ejercicio de las funciones parentales. Tales dificultades suelen traducirse en altos niveles de exigencia y escasa valoración de los esfuerzos realizados para responder a ésta. Se trata desde luego de condiciones coyunturales, que pueden durar más o menos tiempo dependiendo de las circunstancias y que suelen personalizarse en el trato que recibe un hijo, y no el resto (Linares, 2001).

La adaptabilidad muestra familias tendentes a la rigidez, que cambian poco con la modificación de las circunstancias externas y con el desarrollo del ciclo vital. Crecer en un ambiente de hiperexigencia, donde está prohibido rebelarse, conduce a construir una identidad que incorpora narrativas coherentes con ese contexto. En ellas ocupan lugares preferentes la responsabilidad, el deseo de quedar bien con los demás, la necesidad de preservar la respetabilidad de las apariencias (Linares, 2001).

La relación con la familia de origen será definida en términos carenciales, expresándose a través de recuerdos de desprotección, alta exigencia, marginación y ausencia o escases de gestos afectivos positivos, tanto del padre como de la madre. La presencia de al menos una figura nutricia a nivel relacional supone una cierta garantía de protección frente a las carencias depresivas desde la previsible complementariedad de la pareja parental (Soriano, 2009).

Según explica Linares (2001), una de las causas más notorias por las cuales un individuo puede presentar signos de depresión es cuando existía una relación trianguladora dentro de la dinámica familiar.

Podemos explicar a la triangulación como un término usado comúnmente para expresar una situación en la que un miembro de la familia no tiene una comunicación directa (afectivamente) con otro miembro de la familia, pero sí se comunica con un tercer miembro, creando así un triángulo afectivo. La triangulación también puede ser utilizada para definir una forma de división, en una relación diádica en conflicto, en el que se incluye a un tercer miembro de la familia, con el fin de enfrentarlos uno contra otro, con lo que se logra el encubrimiento y desactivación del conflicto (Boszormenyi-Nagy & Spark, 2004).



7Gráfico que explica una relación triangulada padre-hijo, donde la comunicación madre-hijo se ve conflictuada al igual que la relación conyugal (Autoría personal)

Se concluye que la depresión es una alteración del estado de ánimo que por lo general a todos los individuos les ocurre al menos una vez en la vida, existen muchas teorías de cómo surge y por qué se desarrolla entre ella se está el hecho de ser causa de una disfunción en las relaciones familiares, cuando existen límites ambiguos o nulos en la forma de educar que tiene los padres hacia los hijos adolescentes, estos tienen conflictos en su personalidad al empezar a sentir culpa o tener ideas de inutilidad .

Muchas veces estos conflictos internos en los adolescentes no son notados por sus padres o estos no les dan la importancia necesaria al ser confundidos con momentos estacionales del mismo desarrollo habitual del ser humano, pero, la adolescencia es una etapa normal en el desarrollo, por lo mismo no significa que deba ser conflictiva y menos aún peligrosa, por eso al menor detalle que no esté acorde al desarrollo normal de la etapa los padres deben tomar medidas y empezar a tener mayor comunicación con el adolescente.

CAPITULO 4

4. INVESTIGACIÓN DE CAMPO

En el mes de Marzo, durante el Año Lectivo 2013-2014, se realizó un levantamiento de información en el Colegio Técnico “Los Pinos”, en los tres paralelos correspondientes a la sección de Bachillerato.

El Colegio accedió a participar en la presente investigación, por tratarse de un tema de relevancia para la sociedad. En contraparte, se hizo el compromiso de entregarles un informe sobre los resultados obtenidos en los test presentados.

La presente investigación, al haberse realizado con adolescentes, respetó los protocolos éticos para la investigación en Psicología y todos los derechos de los niños y adolescentes consagrados en la Constitución, los Derechos universales, y las leyes del país.

Las leyes que se mantuvieron en estricto respeto se encuentran en el código de la niñez y adolescencia en los siguientes capítulos y artículos (Código de la niñez y la adolescencia, 2002)

Capítulo IV.- Derechos de protección

Art. 50.- Derecho a la integridad personal.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a que se respete su integridad personal, física, psicológica, cultural, afectiva y sexual. No podrán ser sometidos a torturas, tratos crueles y degradantes. CONS 45

Art. 51.- Derecho a la libertad personal, dignidad, reputación, honor e imagen.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a que se respete:

- a) Su libertad, sin más limitaciones que las establecidas en la ley. Los progenitores y responsables de sus cuidados los orientarán en el ejercicio de este derecho; y,
- b) Su dignidad, autoestima, honra, reputación e imagen propia. Deberá proporcionárseles relaciones de calidez y buen trato fundamentadas en el reconocimiento de su dignidad y el respeto a las diferencias.

Art. 52.- Prohibiciones relacionadas con el derecho a la dignidad e imagen.-

Se prohíbe:

3. La publicación o exhibición de noticias, reportajes, crónicas, historias de vida o cualquiera otra expresión periodística con imagen o nombres propios de niños, niñas o adolescentes que han sido víctimas de maltrato o abuso; CNA 67; 251 NUM 2

Art. 53.- Derecho a la privacidad y a la inviolabilidad del hogar y las formas de comunicación.- Sin perjuicio de la natural vigilancia de los padres y maestros, los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a que se respete la intimidad de su vida privada y familiar; y la privacidad e inviolabilidad de su domicilio, correspondencia y comunicaciones telefónicas y electrónicas, de conformidad con la ley. CONS 66 NUM 22, CNA 251 NUM 3

Se prohíbe las injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada.

4.1 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general:

- Determinar los factores familiares preponderantes que causarían depresión en las adolescentes que cursan el Bachillerato en el Colegio Técnico Los Pinos.

Objetivo específico:

- Comparar los resultados de los test aplicados y ver si existe alguna relación entre el estado anímico y la relación familiar.

4.2 HIPÓTESIS

¿Cómo influyen los factores familiares en la depresión adolescente?

El principal interés es develar como las adolescentes perciben los vínculos que tienen con sus padres, además de como la presencia o ausencia de las figuras parentales influye en el comportamiento en general de un adolescente, relacionando esto a la presencia de rasgos depresivos, los cuales se medirán en porcentajes de inutilidad, irritabilidad, problemas de pensamiento y síntomas psicofisiológicos.

4.3 VARIABLES

4.3.1. Independiente: Depresión en adolescentes

Indicadores: inutilidad, irritabilidad, problemas y síntomas psicofisiológicos.

4.3.2. Dependientes: Factores familiares

Indicadores: buena o mala relación familiar

4.4 UNIVERSO Y MUESTRA

Se tomaron los test a 1ro. 2do. y 3er. Año de Bachillerato en el Colegio Particular “Los Pinos” con autorización firmada por parte de la Directora.

La muestra asciende a un total de 72 alumnas, todas mujeres, comprendidas entre la edad de 13 a 20 años.

4.5 INSTRUMENTO

Para la realización de este estudio se utilizaron dos instrumentos específicos para recabar los datos necesarios para el análisis.

Los instrumentos son test de varias preguntas con respuestas múltiples cuantificadas del 1 (menor valor) al 5 (mayor valor), son los siguientes:

4.5.1 CECAD. Cuestionario educativo clínico: Ansiedad y depresión (Lozano González, 2013)

Es un cuestionario que evalúa la existencia de los dos trastornos emocionales más frecuentes: la ansiedad y la depresión. Una puntuación alta en cualquiera de estas dos dimensiones informa la existencia de un trastorno emocional de que debería abordarse analizando las puntuaciones en las siguientes escalas: depresión, ansiedad, inutilidad, irritabilidad, problemas de pensamiento y síntomas psicofisiológicos. Es muy fácil de aplicar y es muy breve.

Una breve explicación de los aspectos clínicos que el CECAD toma en cuenta, a parte de la depresión y la ansiedad:

- **Inutilidad:** la percepción que cada uno tiene sobre su valía en cuanto a la capacidad para enfrentarse a las tareas cotidianas de su contexto vital.
- **Irritabilidad:** se percibe con una alta capacidad para enfadarse y con sensación interna de rabia ante las situaciones cotidianas.
- **Problemas de pensamiento:** indica que la persona se siente inundada por pensamientos intrusivos, tiene tendencia a valorar las cosas desde la perspectiva más negativa y miedo a perder el control y a las cosas que le pueden ocurrir.
- **Síntomas psicofisiológicos:** significa que las personas se muestran usualmente tensas, con dolores musculares, problemas de conciliación o sueño excesivo, etc.

4.5.2 FF-SIL. Funcionamiento familiar (Habana, 2000).

Se utilizó el test FF-SIL que fue diseñado y valorado en Cuba con el objetivo de evaluar el Funcionamiento familiar. El test consta de 14 proposiciones y 7 categorías que definen el Funcionamiento familiar. Estas son cohesión, armonía, comunicación, afecto, adaptabilidad, rol, y permeabilidad. La puntuación se obtienen por la suma de los ítems y se considera: de 70 a 42 familia funcional, de 42 a 14 familia disfuncional.

A continuación exponemos una breve reseña de lo que cada categoría indica:

- **Cohesión:** Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.
- **Armonía:** Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
- **Comunicación:** Los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.
- **Permeabilidad:** Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.
- **Afectividad:** capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
- **Roles:** Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

- **Adaptabilidad:** Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiere.

4.6 PROCEDIMIENTO

Se visitó cada aula de clase, siendo tres en total, el procedimiento fue igual para los tres años de bachillerato.

Primeramente, se procedió a una presentación personal y explicación del motivo de la visita. Después se les pasó las hojas de test, las dos al mismo tiempo, explicando el mecanismo de cada uno.

Comenzamos aplicando el test de Depresión y ansiedad CECAD, con una duración de 20 minutos; al finalizar, cuando todas las alumnas habían ya regresado el folleto, comenzamos con el siguiente test, FF-SIL, de situación familiar, se les explicó el procedimiento y también con una duración de 20 minutos se finalizó.

La recolección de la información tuvo una duración total de 40 minutos por aula de clase.

4.7 RESULTADOS

Los primeros análisis estadísticos se hicieron utilizando las 6 variables del test de depresión CECAD. Cuestionario educativo clínico: Ansiedad y depresión, depresión, ansiedad, inutilidad, irritabilidad, problemas de pensamiento y síntomas psicofisiológicos; intentando explorar la relación posible con la situación familiar medida por el test FF-SIL.

Debemos recordar que este último test clasifica a las familias en cuatro categorías:

- Funcional
- Moderadamente funcional
- Disfuncional
- Severamente disfuncional

Realizamos un análisis de tablas de contingencia con ambas variables, y obtuvimos también el coeficiente de Chi-cuadrado analizando las relaciones existentes. Este primer análisis no revela relaciones significativas, como se puede ver en las tablas estadísticas expuestas a continuación:

SITUACIÓN FAMILIAR Y DEPRESIÓN

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,130 ^a	6	,166
Razón de verosimilitudes	8,509	6	,203
Asociación lineal por lineal	4,205	1	,040
N de casos válidos	72		

a. 6 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

La frecuencia mínima esperada es ,22.

SITUACIÓN FAMILIAR Y ANSIEDAD

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,339a	6	,765
Razón de verosimilitudes	3,557	6	,736
Asociación lineal por lineal	1,096	1	,295
N de casos válidos	72		

a. 6 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

La frecuencia mínima esperada es ,19.

SITUACIÓN FAMILIAR E INUTILIDAD

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,457 ^a	6	,149
Razón de verosimilitudes	8,865	6	,181
Asociación lineal por lineal	7,159	1	,007
N de casos válidos	72		

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,457 ^a	6	,149
Razón de verosimilitudes	8,865	6	,181
Asociación lineal por lineal	7,159	1	,007
N de casos válidos	72		

a. 6 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es ,19.

SITUACIÓN FAMILIAR E IRRITABILIDAD

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,554 ^a	6	,016
Razón de verosimilitudes	18,322	6	,005
Asociación lineal por lineal	5,711	1	,017
N de casos válidos	72		

a. 6 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es ,14.

SITUACIÓN FAMILIAR Y PENSAMIENTO

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,633 ^a	6	,141
Razón de verosimilitudes	9,538	6	,146
Asociación lineal por lineal	4,644	1	,031
N de casos válidos	72		

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,633 ^a	6	,141
Razón de verosimilitudes	9,538	6	,146
Asociación lineal por lineal	4,644	1	,031
N de casos válidos	72		

a. 6 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es ,31.

SITUACIÓN FAMILIAR Y SÍNTOMAS

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,342 ^a	6	,969
Razón de verosimilitudes	1,726	6	,943
Asociación lineal por lineal	011	1	,915
N de casos válidos	72		

a. 6 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es ,15.

En todos estos análisis se observa que las tablas de contingencia de las variables presentan 6 casillas con frecuencia esperada inferior a 5, lo que representa un 50% de las casillas. En estas condiciones, los resultados del contraste Chi-cuadrado no son fiables.

Sin embargo, atribuimos este fenómeno a que el número de casos es bastante reducido (n=72) y en cada una de las variables cruzadas hay 12 casillas en total, lo que dispersa los datos y tal vez impide que se encuentre las relaciones esperadas.

Para resolver este problema se decidió agrupar clases hasta obtener frecuencias esperadas superiores a 5. Para ello, se recodificó la variable de Situación familiar en dos dimensiones únicamente: funcional y disfuncional (variable Situación familiar recodificada). En la nueva variable, las dimensiones funcional y moderadamente funcional se reagrupan en

“Funcional” y las dimensiones disfuncional y severamente disfuncional en “Disfuncional”.

Repitiendo el análisis se obtiene para las diferentes variables cruzadas, en algunas relaciones significativas y en otras no, como se describe a continuación:

VARIABLES QUE NO PRESENTAN RELACIONES SIGNIFICATIVAS

SITUACIÓN FAMILIAR Y ANSIEDAD

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,803 ^a	2	,406
Razón de verosimilitudes	1,769	2	,413
N de casos válidos	72		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

La frecuencia mínima esperada es 2,53.

SITUACIÓN FAMILIAR E INUTILIDAD

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,289 ^a	2	,071
Razón de verosimilitudes	5,192	2	,075
N de casos válidos	72		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

La frecuencia mínima esperada es 2,53.

SITUACIÓN FAMILIAR Y PENSAMIENTO

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,056 ^a	2	,132
Razón de verosimilitudes	3,788	2	,150
N de casos válidos	72		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

La frecuencia mínima esperada es 3,97.

SITUACIÓN FAMILIAR Y SÍNTOMAS

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,118 ^a	2	,942
Razón de verosimilitudes	,120	2	,942
N de casos válidos	72		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

La frecuencia mínima esperada es 1,99.

VARIABLES QUE SÍ PRESENTAN RELACIONES SIGNIFICATIVAS

SITUACIÓN FAMILIAR Y DEPRESIÓN

Tabla de contingencia

			Situación familiar recod		Total
			funcional	disfuncional	
depresión	menos de 50	Recuento	31	3	4
		Frecuencia esperada	27,9	6,1	34,0
		% dentro de depresión	91,2%	8,8%	100,0%
		Residuo	3,1	-3,1	
	50 a 60	Recuento	8	4	22
		Frecuencia esperada	18,0	4,0	22,0
		% dentro de depresión	81,8%	18,2%	100,0%
		Residuo	,0	,0	
	más de 60	Recuento	10	6	16
		Frecuencia esperada	13,1	2,9	16,0
		% dentro de depresión	62,5%	37,5%	100,0%
		Residuo	-3,1	3,1	
Total		Recuento	59	13	72
		Frecuencia esperada	59,0	13,0	72,0
		% dentro de depresión	81,9%	18,1%	100,0%

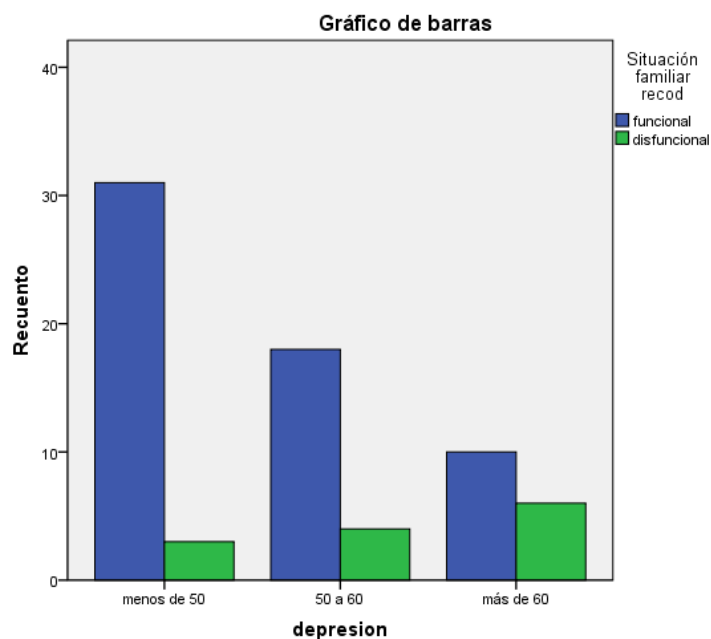
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,047 ^a	2	,049
Razón de verosimilitudes	5,676	2	,059
N de casos válidos	72		

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,047 ^a	2	,049
Razón de verosimilitudes	5,676	2	,059
N de casos válidos	72		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,89.



2Relación entre depresión y disfuncionalidad familiar

Como puede observarse en la tabla de contingencia hay dos frecuencias esperadas menores que 5, es decir el 33.3% del total; pero una de las casillas tiene cercanía con la frecuencia esperada de 5 (el valor es 4), lo que aumentaría el valor de los resultados del contraste Chi-cuadrado aumentando la fiabilidad. El valor del estadístico Chi-cuadrado es de 6.047 y la razón de verosimilitud 5,676. Estos valores difieren significativamente de 0 para niveles de significación superiores a 0.05 ($p=0.049$), lo que significa que se rechaza la hipótesis de independencia para los niveles de significación habituales y que las variables están asociadas.

SITUACIÓN FAMILIAR E IRRITABILIDAD

Tabla de contingencia

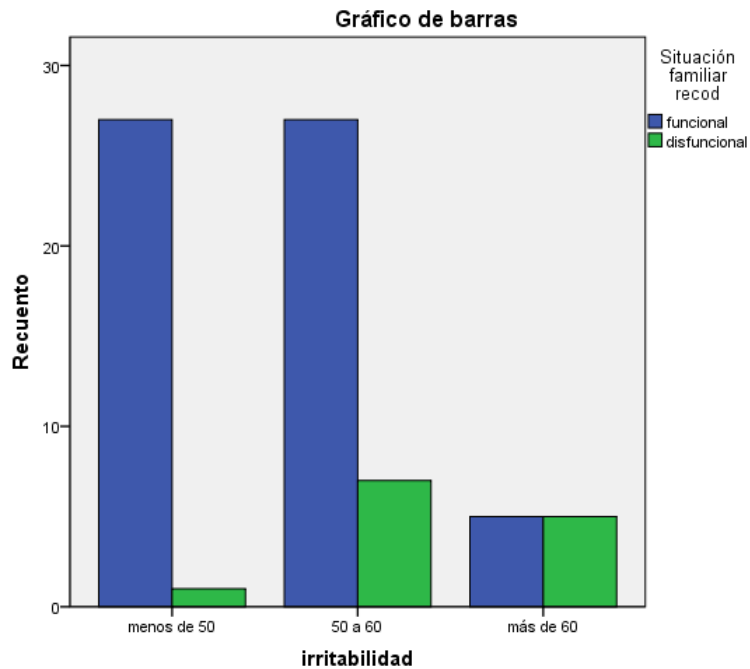
			Situación familiar recod		Total
			funcional	disfuncional	
irritabilidad	menos de 50	Recuento	27	1	28
		Frecuencia esperada	22,9	5,1	28,0
		% dentro de irritabilidad	96,4%	3,6%	100,0%
		Residuo	4,1	-4,1	
	50 a 60	Recuento	27	7	34
		Frecuencia esperada	27,9	6,1	34,0
		% dentro de irritabilidad	79,4%	20,6%	100,0%
		Residuo	-,9	,9	
	más de 60	Recuento	5	5	10
		Frecuencia esperada	8,2	1,8	10,0
		% dentro de irritabilidad	50,0%	50,0%	100,0%
		Residuo	-3,2	3,2	
Total	Recuento	59	13	72	
	Frecuencia esperada	59,0	13,0	72,0	
	% dentro de irritabilidad	81,9%	18,1%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,015 ^a	2	,004
Razón de verosimilitudes	10,936	2	,004
N de casos válidos	72		

a. 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

La frecuencia mínima esperada es 1,81.



3Relación entre irritabilidad y disfunción familiar

Como puede observarse en la tabla de contingencia hay una frecuencia esperada menor que 5, es decir, el 16.7% del total; en estas condiciones los resultados del contraste Chi-cuadrado son fiables. El valor del estadístico Chi-cuadrado es 11.015 y la razón de verosimilitud 10.936. Estos valores difieren significativamente de 0 para niveles de significación superiores a 0,01 ($p=0.004$), lo que significa que se rechaza la hipótesis de independencia para los niveles de significación habituales y que las variables están asociadas.

Lo que arrojan los resultados en general es una asociación moderadamente fuerte entre la presencia de depresión y el tipo de familia (disfuncional), y una altamente fuerte entre la irritabilidad y el tipo de familia (disfuncional).

Entonces las familias disfuncionales, es decir aquellas en las que la cohesión, la armonía, la comunicación, permeabilidad afectividad, los roles y la adaptabilidad no se encuentran bien desarrollados inciden en el bienestar del individuo sobre todo en lo que tiene que ver con la capacidad para enfadarse y con sensación interna de rabia ante las situaciones cotidianas (Irritabilidad) y la depresión como el estado de ánimo triste, insomnio o

hipersomnia, inutilidad, pérdida de energía, disminución de la capacidad de pensar, pérdida de apetito y pensamiento suicida (Lozano González, 2013).

CONCLUSIONES

Los resultados del trabajo investigativo demuestran que existe una relación entre los rasgos depresivos de las adolescentes de la muestra y los resultados de disfuncionalidad familiar que se recopilan en los test realizados, además se averiguo que los niveles de irritabilidad en las jóvenes con familias disfuncionales es más elevado que las que demuestran tener una buena relación familiar.

En el cuestionario de situación familiar (FF-SIL) que se aplicó para tener una noción de las relaciones familiares de los sujetos evaluados, se presentan variables que influyen en el buen convivir de la institución familiar, como Cohesión, Armonía, Comunicación, Permeabilidad, Afectividad, Roles y Adaptabilidad. Cuando una familia es disfuncional uno o varios de estos indicadores fallan produciéndose alteraciones en la convivencia diaria de los miembros del grupo, así tenemos que en la muestra obtenida, las adolescentes que tenían puntuaciones bajas en las variables comunicación, armonía y afectividad también presentaron resultados bajos en el test CECAD en las variables de depresión e irritabilidad.

Lo que nos demuestra que si influye en el desarrollo de estados depresivos la forma en la que la familia se relaciona en grupo y con el individuo que presenta el desorden emocional. Por lo tanto el objetivo principal que se planteó que fue determinar los factores familiares preponderantes que causarían depresión en las adolescentes que cursan el Bachillerato en el Colegio Técnico Los Pinos se cumplió al encontrar que la falta de comunicación principalmente y la escasas de muestras de afecto y armonía entre los miembros del grupo son los factores que causan rasgos depresivos en las adolescentes.

Además se investigó a fondo las características físicas y emocionales del desarrollo corporal humano, para poder puntualizar las que corresponden a la adolescencia en sí, la cual va desde los 12 años, cuando comienzan los cambios físicos en el cuerpo que denotan un cambio del ser niño y empezar a ser adulto, pasando por varios conflictos naturales cuando al entrar a la adolescencia se comienza a independizar e individualizar del seno parental, y la familia como el ente regulador de la sociedad deja de ser el foco de atención y el entorno social toma mayor validez.

Se definió que familia es un conjunto de individuos que viven bajo un mismo techo, manejándose por reglas y límites que todos los integrantes deben cumplir. Existen diferentes tipos de familias, pero se desarrolló la investigación bajo la premisa de la familia nuclear, que es la que está formada por la pareja parental (padre – madre) y los hijos, la cual también se la tomó como la familia de origen, es decir, desde la cual el individuo absorbe e interioriza las normas, leyes sociales y culturales, y aprende la relación con el mundo exterior.

Por último se amplió el tema de la depresión como enfermedad emocional y se detalló un poco las características que los adolescentes presentan cuando tienen algún desorden de este tipo, diferenciándolos de los conflictos habituales de esta etapa del desarrollo, además se ahondó en las teorías de origen de la enfermedad y cuanto las relaciones familiares y el desarrollo del individuo dentro de una familia disfuncional puede afectar en la aparición de síntomas de un trastorno depresivo.

Lo que hace que nuestra hipótesis de que existen factores familiares que influyen en la aparición de la depresión en adolescentes se pueda comprobar y tenga un resultado positivo, demostrando que si existen factores dentro de la relación familiar que influyen en el desarrollo anímico del individuo, desarrollando a futuro un trastorno de mayor magnitud.

RECOMENDACIONES

- Para tener resultados más confiables sería necesario aumentar el número de participantes en la investigación, además del tiempo de trabajo previo y posterior.
- Sería necesario complementar los resultados obtenidos por los test, con una entrevista individual con el adolescente afectado y la familia del mismo para ahondar en los factores desencadenantes del malestar y por ende hacer un seguimiento.
- El departamento de Psicología de la institución debería crear un plan de intervención para familias en riesgo de disfuncionalidad, para prever el bien estar del alumnado y de sus familiares en general.
- El Colegio podría crear un programa de “Educación para Padres” en el cual se explique como “funciona” la adolescencia, y enseñar a los padres de familia como deberían actuar ante ciertos comportamientos de sus hijas, de la misma manera, que estén preparados para cuando exista algún indicador de riesgo que deba ser tomado en cuenta con primordial importancia.
- Con mucha frecuencia, el adolescente carece de sentido de la medida. Aunque sus deseos sean irrealistas, sus tentativas torpes, aunque sus errores provoquen la sonrisa o resulten inquietantes, hay que dejarle de de todas formas un margen en maniobra para que libre sus primeros combates con la vida.
- Se debe entender que el síndrome depresivo puede presentarse en distintos momentos del proceso del ser; que tiene intensidad y duración variables, y que sus manifestaciones serán igualmente diversas, de acuerdo a la etapa evolutiva, los mecanismos mentales del paciente y el lenguaje personal y social con el que se comunica con su entorno.

- Los padres deben estar conscientes que, aunque exista afinidad en las relaciones, estos no deben ser amigos de sus hijos, y siempre crear y hacer respetar reglas dentro del ambiente familiar.
- Realizar talleres sobre autoestima, cambios en el estado de ánimo, relaciones personales, etc., así como también, ayudar a que desarrollen un proyecto de vida real e interesante para ellos mismos. Para con ello ayudar a los jóvenes a conocerse, a razonar, a elegir, a buscar diversiones sanas, a superarse académicamente, a disfrutar la vida, a adquirir responsabilidades, a asumir las consecuencias de sus propias decisiones, etc.
- Manejar adecuadamente los conflictos, conociendo el tipo de problema y sus causas, para resolverlo de la mejor manera ya sea él mismo o con ayuda.
- Tener en cuenta que los padres son ejemplo, por lo que se debe prestar atención al comportamiento con la familia, los vecinos y allegados, y su comportamiento frente a dificultades.
- Los padres deben crear un ambiente adecuado en casa, a través de establecer un ambiente de confianza donde haya respeto hacia todos los miembros de la familia, pero también responsabilidades para cada uno.
- Establecer una adecuada comunicación para poder hablar de cualquier tema de interés para cualquier miembro de la familia, además va a permitir conocer su visión del grupo familiar, sus conductas y sentimientos.

BIBLIOGRAFÍA

1. (2014). Recuperado el 12 de Marzo de 2015, de Depression and Bipolar support alliance: <http://www.dbsalliance.org/site/PageServer?pagename=home>
2. Aberastury, A. (1984). *La adolescencia normal*. Buenos Aires: Paidós.
3. Almonte, C. (2009). *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia*. Santiago: Mediterraneo Ltda.
4. APA, A. A. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría.
5. Araujo, A. M. (2000). *Adolescencia*. Bogotá: Universidad de la Sabana.
6. Arieti, S. (1990). *Psicoterapia de la depresión*. México: Paidós.
7. Arranz, E. (2010). Capítulo 1. En *Desarrollo Psicológico en las Nuevas Estructuras Familiares*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
8. Barceló, M., Argota, N., Alvarez, M., Colás, V., & Sanchez, Y. (9 de Enero de 2015). Comportamiento de algunos factores de riesgo del intento suicida en adolescentes. *Revista Médica Electrónica*, 37(1), 10-19.
9. Barrio, V. (2007). *Depresión infantil: causas, evaluación y tratamiento*. Barcelona: Ariel.
10. *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile*. (s.f.). Recuperado el 11 de Febrero de 2015, de BCN: <http://www.bcn.cl/ecivica/famfun>
11. Blos, P. (1980). *Psicoanálisis de la adolescencia*. México: Joaquín Mortiz. S.A.
12. Boszormenyi-Nagy, I., & Spark, G. (2004). *Lealtades invisibles, Reciprocidad en terapia familiar intergeneracional*. Buenos Aires: Amorrortu.
13. Boukris, S. (1981). *La Adolescencia*. Barcelona: Salvat.
14. Clark, D., Boutros, N., & Mendez, M. (2007). *El Cerebro y la Conducta, Neuroanatomía para Psicólogos*. México: Manual Moderno.

15. *Código de la niñez y la adolescencia*. (26 de Diciembre de 2002). Recuperado el 10 de Diciembre de 2014, de CAP: http://www.consultorasdelecuador.com/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=56
16. Conger, J. (1980). *Adolescencia: generación presionada*. Mexico: Harper & Row Latinoamerica.
17. Constitución Política del Ecuador, . (2009). *Leyes Especiales I, Corporación de Estudios y publicaciones*. Quito.
18. Corral, A., Crespo , I., Domenech, E., & Front, S. (2005). *Los adolescentes del siglo XXI*. Barcelona: UOC.
19. *Diccionario Conciso de Psicología*. (2010). Mexico: El Manual Moderno.
20. DNPJ, D. N. (2013). *Causas de muerte entre la población adolocente*. Recuperado el 27 de Abril de 2013, de <http://www.policiaecuador.gob.ec/dnpj/>
21. Doltó, F. (1990). *La Causa de los Adolescentes*. Barcelona: Seix Barral.
22. Doménech, E. (2005). *Actualizaciones en psicología y psicopatologías en los adolescentes*. Baracelona: Servei de publicacions.
23. Dulanto, D. E. (2000). *El Adolescente*. Mexico: McGraw - Hill Interamericana editores.
24. Echeverria, G. (2014). *Conectese con sus hijos para que se desconecten de la red. Como ser padres en la era digital*. Bogotá: Editorial Planeta Colombiana S.A.
25. Erikson, E. (1971). *Identidad, juventud y crisis*. Buenos Aires: Paidos.
26. Fierro, A. (2006). 4. La Construcción de la identidad personal. En J. Orubia, & E. Martí, *Psicología del Desarrollo: El mundo del adolescente* (págs. 79-105). Barcelona: ICE - HORSORI.
27. Freud, S. (1917). *Duelo y Melancolia*. Buenos Aires: Amorrortu.
28. García, A. R. (2002). *TESIS SOBRE LA INFLUENCIA DE LA FAMILIA Y EL NIVEL DE DEPRESIÓN HACIA EL CONSUMO DE DROGAS EN LOS JOVENES DE LA CIUDAD DE MEXICO*. México D.F.: Universidad Nacional Autonoma de México.

29. Goikolea, J. (2011). *100 Preguntas Frecuentes sobre el Trastorno Bipolar*. Madrid: Editores Médicos UNIMSA.
30. Gonzales, L., & García, E. (2007). *Cuestionario educativo y clínico de ansiedad y depresión*. Madrid: TEA.
31. Habana, U. d. (2000). *FF-SIL Diseño de Intervención en funcionamiento familiar*. Recuperado el 9 de Abril de 2014, de Psicología para America Latina: <http://psicolatina.org/Tres/intervencion.html>
32. *healthychildren.org*. (17 de Enero de 2014). Recuperado el 9 de Noviembre de 2014, de <http://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/Paginas/Stages-of-Adolescence.aspx>
33. IESM - OMS. (2012). *Informe sobre el sistema de salud mental en Ecuador*. Quito: OPS.
34. INEC. (2012). *INEC*. Recuperado el 27 de Abril de 2014, de INEC: www.ecuadorencifras.gob.ec
35. Kaplan, L. (1996). *Adolescencia: el adios a la Infancia*. Buenos Aires: Paidós.
36. León, D. (2005). *Disfunción familiar en pacientes de 15 a 30 años de edad con intento de suicidio que acuden al servicio de emergencia del Hospital Enrique Garcés y Hospital Eugenio Espejo de la ciudad de Quito entre el mes de diciembre del 2004 a febrero del 2005*. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
37. Lila, M. (2006). *Las Relaciones Entre Padres e Hijos en la Adolescencia*. Madrid: Ediciones Pirámide.
38. Linares, J. L. (2001). *Depresión mayor y distimia: bases relacionales*. Recuperado el 12 de Marzo de 2015, de Associação Brasileira de Psicoterapia, ABRAP: <http://www.abrap.org/2DEPRESSIONMAYORYDISTIMIA.pdf>
39. Lozano González, L. G. (2013). *CECAD, Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión*. Madrid: TEA Ediciones.
40. Martí, E., & Onrubia, J. (2006). *Psicología del Desarrollo* (Vol. 9). (U. d. Barcelona, Ed.) Barcelona: ICE - HORSORI.
41. Martínez, C. (2005). Que funciones tiene la Familia. En C. Martínez, *Para que la Familia Funcione Bien*. La Habana: Editorial Científico - Técnica.

42. Mejia, R. (03 de 03 de 2014). *SaludyMedicinas.com.mx*. Recuperado el 30 de Noviembre de 2014, de Que es una Familia Disfuncional: <http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/salud-mental/articulos-relacionados/que-es-una-familia-disfuncional.html>
43. Mendels, J. (1972). *La Depresión*. Barcelona: Herder.
44. Mendieta, E. (6 de Febrero de 2013). *elsita2013*. Recuperado el 9 de Noviembre de 2014, de blogspot.com: <http://elsita2013.blogspot.com/2013/02/periodos-y-etapas-del-ciclo-de-vida-del.html>
45. Mitjans, M., & Arias, B. (2012). La Genética de la depresión: ¿Qué información aportan las nuevas aproximaciones metodológicas? *Actas Esp. Psiquiatría*, 40(2), 70-83.
46. Murdock, G. (1949). *Nuestros Contemporaneos Primitivos*. México: Fondo de Cultura económica.
47. Nasio, J. D. (2011). *¿Como actuar en un adolescente dificil? Consejos para padres y profesionales*. Buenos Aires: Paidos.
48. Navarro, S. (Febrero de 2014). *FarmaSalud*. Recuperado el 30 de Octubre de 2014, de La relación familiar: <http://www.farmasalud.org/verArticulo.asp?id=979429840>
49. Nelles, W. (2011). *La Vida no tiene Marcha atras*. Kôln: Descleé de Brower S.A.
50. Nicolson, D., & Ayers, H. (2002). *Problemas de la Adolescencia, Guia practica para el Profesorado y Familia*. Madrid: Narcea S.A. de Ediciones.
51. Oceano, G. E. (2001). *Psicología del niño y del adolescente*. Barcelona: Oceano Ediciones.
52. ODNA Observatorio de los derechos de la niñez y adolescencia. (2011). *Estado de los derechos de la niñez y adolescencia Ecuador 1990-2011*. Quito: UNICEF.
53. Ortega, F. J. (2011). El adolescente sin atributos. la construccion de la identidad en un mundo complejo. En R. Pereira, *Adolescentes en el siglo XXI. Entre impotencia, resiliencia y poder* (pág. 594). Madrid: Ediciones Morata S.L.
54. Pasantes, H. (2003). *De Neuronas, Emociones y Motivaciones*. Mexico: FCE, SEP, CONACyT.

55. Pereira, R. (2011). *Adolescente en el siglo XXI. Entre impotencia, resiliencia y poder*. Madrid: Ediciones Morata S.L.
56. Pérez Montero, J. C., & Rivera Flores, L. (2012). *La disfunción familiar como factor limitante para lograr un adecuado control glucémico en pacientes diabéticos tipo 2 en el Hospital Rural Pedro Vicente Maldonado desde enero 2010 hasta enero 2012*. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
57. Petit, C. (1986). *El Dialogo entre Padres e Hijos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca S.A.
58. RAE. (2014). Recuperado el 27 de Noviembre de 2014, de Diccionario de la Real Academia de la Lengua española: <http://lema.rae.es/drae/?val=adolescencia>
59. Redondo, C., Galdó, G., & García, G. (2008). *Atención a adolescentes*. España: Universidad de Cantabria.
60. Rosero, J. S. (2006). *Adolescencia. una lectura desde las teorizaciones*. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
61. Roskoski, R. (1998). *Bioquímica*. México: McGraw - Hill Interamericana.
62. Rossello, J., & Berrios, M. (2004). Ideación Suicida, Depresión, Actitudes Disfuncionales,. *Revista Interamericana de Psicología*, 38(2), 295-302.
63. Ruales, F. (2005). *Disfunción familiar como factor de riesgo para el inicio de relaciones sexuales tempranas en adolescentes de 6tos. cursos de colegios fiscales de Sangolquí*. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
64. Santrock, J. (2004). *Psicología del desarrollo en la Adolescencia*. Madrid: McGraw-Hill.
65. Sentín, P. (1989). Influencias de las estructuras familiares como fuente de comportamiento. En J. Ledesma, & M. Melero, *Estudio sobre las depresiones* (págs. 339-344). España: Ediciones Universidad de Salamanca.
66. Serretti A, A. P. (2004). The pharmacogenomics of selective serotonin reuptake inhibitors. *Pharmacogenomics*, 4(4), 233-244.
67. Soriano, J. (2009). *Marcadores Relacionales en la Depresión Mayor y Distimia*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.

68. Sroufe, A. (2005). *Attachment and development: a prospective, longitudinal study from birth to adulthood* (Vol. 7). Minnesota.
69. Tenorio, R. (1991). *La Familia*. Quito, Ecuador: Ministerio de Bienestar Social.
70. Toro, V. (2014). *¿Cuanto dura la adolescencia*. Recuperado el 10 de Diciembre de 2014, de About en español: <http://adolescentes.about.com/od/Salud/a/Cu-Anto-Dura-La-Adolescencia.htm>
71. UNESCO. (2005). *Declaración Universal Sobre Bioética y Derechos Humanos*. Paris.
72. UNICEF, F. d. (2000). *ADOLESCENCIA, UNA ETAPA FUNDAMENTAL*. New York: UNICEF.
73. Valdés, A. (2007). *Familia y Desarrollo: Intervenciones en terapia Familiar*. México: Manual Moderno S.A. de C.V.
74. Veytia, M., González, N., Andrade, P., & Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud Mental*, 35(1), n.n.

ANEXOS

- 1.** Carta de autorización y compromiso con el Colegio Técnico “Los Pinos”
- 2.** Cuadernillo CECAD
- 3.** Hoja de resultados de análisis del CECAD
- 4.** Grupo de preguntas y resultados de FF-SIL

Quito, 27 de Marzo del 2014

Sra.

Ruth Bayas

Directora

Colegio Técnico Los Pinos

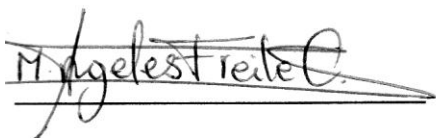
De mis consideraciones:

Por medio de la presente, yo, María de los Angeles Freile Cordero, con CI. 0603940214, estudiante egresada de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, solicito a Ud. Me autorice a tomar el test CECAD, que identifica rasgos de depresión, ansiedad y agresividad. En los alumnos de 1ro. a 3ro. de bachillerato de si institución. Con motivos netamente educativos, para el proceso de obtención de título de la carrera de Psicología Clínica.

Del mismo modo me comprometo a cumplir los reglamentos y estatutos dictados por la institución hacia mí y respetar la privacidad de los estudiantes manteniendo el anonimato en los resultados obtenidos al finalizar las pruebas. Asimismo, si es solicitado, entregaré un reporte de los resultados al concluir.

Además pido, de una manera muy cordial, su compromiso de respetar los procedimientos y la privacidad de los mismos mientras se estén realizando.

Agradeciendo la aceptación y compromiso mutuo, firmamos conjuntamente ud y yo para constancia de nuestro trato:



María de los Angeles Freile

CI. 0603940214

Estudiante PUCE



Ruth Bayas

Directora

Colegio Técnico "Los Pinos"

CECAD

Nombre y apellidos:

Sexo: Varón Mujer

Edad 14

Fecha de la evaluación: 15/04/2014

Centro/Colegio:

Colegio Técnico Particular "Los Pinos"

Grupo/Curso:

1º Bachillerato

INSTRUCCIONES

A continuación hay una lista de cosas que le ocurren a las personas y que las personas piensan o sienten. Te rogamos que contestes con la máxima seriedad y sinceridad a todas las cuestiones que te proponemos, aún sabiendo que son muy personales. Las contestaciones son absolutamente confidenciales. Lee cuidadosamente cada frase y elige la opción que mejor describe lo que piensas o te sucede entre las siguientes:

Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
-------	------------	---------------	--------------	---------

NO DEJES NINGUNA FRASE SIN CONTESTAR.



Autores: L. Lozano, E. García Cueto y L. M. Lozano
Obra ganadora del Premio TEA Ediciones 2006.

Copyright © 2007 by TEA Ediciones, S.A.U. Edita: TEA Ediciones, S.A.U.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS. Si le presentan otro en tinta negra es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados. Printed in Spain. Impreso en España.

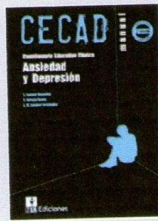
		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1	Estoy nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Duermo peor que antes.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Me encuentro mal cuando estoy entre gente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Pienso en hacerme daño a mí mismo.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Tan pronto estoy de buen como de mal humor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Me despierto muchas veces durante la misma noche.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Tengo la sensación de que me falta el aire para respirar.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Me relajo con dificultad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Se me quedan dormidos los brazos, manos, pies o piernas.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Me cuesta mucho dormir.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Me enfado con facilidad.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Tengo mucho sueño durante el día.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Siento dolores en el pecho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Me siento mal en los lugares donde me es difícil escapar (ascensor, autobús, aula...).	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Ahora tengo menos ganas de comer que antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Cuando estoy entre gente procuro marcharme a otro lugar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Lloro con facilidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
18	Me preocupa perder el control de mí mismo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
19	Los demás pueden hacer la mayoría de las cosas mejor que yo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
20	Tengo una sensación de hormigueo en algunas partes del cuerpo.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Creo que soy inútil.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
22	Cualquier cosa me irrita mucho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Se me nubla la vista.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
24	Pienso que todo lo hago mal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Me vienen pensamientos molestos a mi cabeza, aunque yo no quiera.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

NO TE DETENGAS. CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE.

		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
26	Tiendo a pensar lo peor.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Me tiemblan las manos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Necesito que otros me ayuden para hacer las cosas bien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Me enfado sin motivos.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	No sirvo para nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Tengo miedo a no saber hacer bien las tareas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
32	Tengo pensamientos que no se me quitan y que me molestan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Siento una opresión en el pecho que me corta la respiración.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Durante el día paso con facilidad de estar alegre a estar triste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Me cuesta trabajo ponerme a pensar sobre las cosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
36	Me siento preocupado por cosas que me puedan ocurrir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
37	Cuando me levanto por las mañanas me siento cansado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	Tengo miedo de que la gente se burle de mí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Me siento con rabia por dentro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
40	Me canso más rápido que los demás.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Cuando tengo que realizar una tarea dudo si hacerla de una forma o de otra.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
42	Quiero estar solo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
43	Me agobio en los sitios con mucha gente (centros comerciales, cines, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	Me siento muy solo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	Aunque las cosas tengan una parte positiva y buena, yo suelo fijarme en la negativa o mala.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	Tengo pesadillas y terrores nocturnos.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	Me siento triste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
48	Siento dolores por diferentes partes de mi cuerpo.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	Me siento vacío.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	Pienso que no valgo para nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

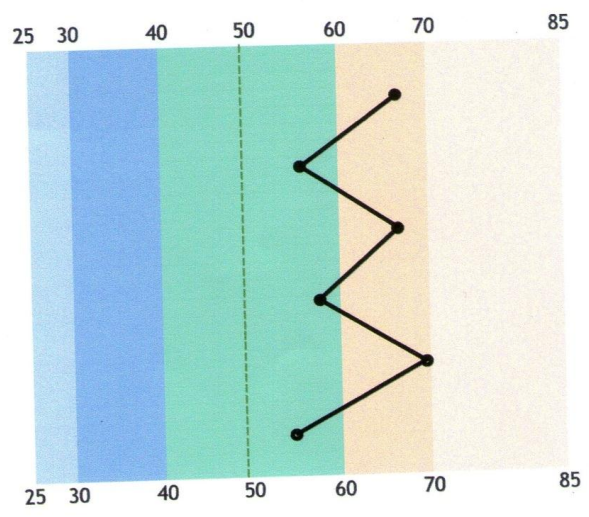
FIN DE LA PRUEBA. COMPRUEBA QUE HAS CONTESTADO A TODAS LAS CUESTIONES.

PERFIL



Id: [redacted]
Edad: 14 años **Sexo:** Mujer **Fecha de aplicación:** 02/05/2014
Baremo: 13 a 14 años. Mujeres
Responsable de la aplicación: Angeles Freile

ESCALAS		PD	T
DEPRESIÓN	DEP	112	67
ANSIEDAD	ANS	51	56
INUTILIDAD	INU	33	67
IRRITABILIDAD	IRR	19	58
PROBLEMAS DE PENSAMIENTO	PENS	28	70
SÍNTOMAS PSICOFISIOLÓGICOS	FIS	39	55



OBSERVACIONES:

NOTA: T, escala típica con media=50 y desviación típica=10.



Copyright © 2010, 2013 by TEA Ediciones
perfil generado desde www.teaediciones.com

TEST DE SITUACIÓN FAMILIAR FF- SIL

INDICACIONES

A continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Ud. Clasifique, según la frecuencia en que ocurre la situación. Marque con una X donde corresponda.

Items	Ca ci. nunca	Po con. pocas	A suave	M muchas veces	Ca ci. siempre
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
SUMA TOTAL		SUMA DE LAS COLUMNAS			

CALIFICACIÓN

De 57 a 70 Familia funcional

De 43 a 56 Familia moderadamente funcional

De 28 a 42 Familia disfuncional

De 14 a 27 Familia severamente disfuncional

Preguntas	}	1 y 8.....	Cohesión
		2 y 13.....	Armonía
		5 y 11.....	Comunicación
		7 y 12.....	Permeabilidad
		4 y 14.....	Afectividad
		3 y 9.....	Roles
		6 y 10.....	Adaptabilidad

INTERPRETACIÓN

Cohesión: Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.

Armonía: Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.

Comunicación: Los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.

Permeabilidad: Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.

Afectividad: capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

Roles: Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

Adaptabilidad: Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiere.

CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

Items	INDICACIONES A continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Ud. Clasifique, según la frecuencia en que ocurre la situación. Marque con una X donde corresponda.						Ítems		
		1 CASI NUNCA	2 POCAS VECES	3 A VECES	4 MUCHAS VECES	5 CASI SIEMPRE			
1	Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia	1	2	3	4	5	1		
2	En mi casa predomina la armonía	1	2	3	4	5	2		
3	En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades	1	2	3	4	5	3		
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana	1	2	3	4	5	4		
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa	1	2	3	4	5	5		
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos	1	2	3	4	5	6		
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.	1	2	3	4	5	7		
8	Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan	1	2	3	4	5	8		
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado	1	2	3	4	5	9		
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones	1	2	3	4	5	10		
11	Podemos conversar diversos temas sin temor	1	2	3	4	5	11		
12	Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas	1	2	3	4	5	12		
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar	1	2	3	4	5	13		
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos	1	2	3	4	5	14		
SUME LOS SUBTOTALES DE ESTA LINEA Y OBTENGA LA SUMA TOTAL		38	SUME LAS COLUMNAS		4	10	15	12	—