

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR FACULTAD DE MEDICINA

RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y AUTOESTIMA CON SENTIDO DE VIDA EN ADOLESCENTES DE 1°, 2° Y 3° DE BACHILLERATO EN CIENCIAS, DEL COLEGIO NACIONAL ¨JORGE ALVAREZ¨ DEL CANTÓN PÍLLARO, DEL PERÍODO LECTIVO 2016-2017.

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE MÉDICO CIRUJANO

Marcela Karina Romero Ortega

Autor

Dr. Francisco Cornejo

Director

Quito 2017

TABLA DE CONTENIDO

1 *Contenido*

1 *Contenido* 2

2 CAPITULO I 4

2.1 INTRODUCCION 4

2.2 JUSTIFICACION 8

2.3 PROBLEMA 10

2.4 OBJETIVOS 10

2.4.1 OBJETIVO GENERAL 10

2.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS 10

2.5 HIPOTESIS 11

3 CAPITULO II MARCO TEÓRICO 11

3.1 DEPRESION 11

3.1.1 INTRODUCCIÓN 11

3.1.2 DEFINICION DE DEPRESIÓN 13

3.1.3 PREVALENCIA 13

3.1.4 FACTORES DE RIESGO PARA DEPRESIÓN. 14

3.1.5 FISIOPATOLOGÍA 16

3.1.6 TIPOS DE DEPRESIÓN 20

3.1.7 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS 22

3.1.8 ESCALA PARA MEDIR Y EVALUAR LA DEPRESIÓN 28

3.2 AUTOESTIMA 29

3.2.1 CONCEPTO 29

3.2.2 FORMAS Y FUNDAMENTOS DEL AUTOESTIMA 32

3.2.3 GRADOS DE LA AUTOESTIMA 33

3.2.4 AUTOESTIMA EN LA ADOLESCENCIA 34

3.2.5 CAUSAS Y EFECTOS DEL AUTOESTIMA 35

3.3 SENTIDO DE LA VIDA 37

3.3.1 GENERALIDADES 37

3.3.2 CONCEPTO DE SENTIDO DE LA VIDA 39

3.3.3 SENTIDO DE VIDA EN LA ADOLESCENCIA 39

3.3.4 FUNDAMENTOS DEL SENTIDO DE LA VIDA 41
3.3.5 NIVELES DEL SENTIDO DE LA VIDA 47
3.3.6 COMO ENCONTRAR SENTIDO A LA VIDA. 48
4 CAPITULO III MÉTODOS 51
4.1 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN EN LA QUE SE CIRCUNSCRIBE EL PROYECTO 51
4.2 TIPO DE ESTUDIO 52
4.3 AREA DE ESTUDIO 52
4.4 UNIVERSO Y MUESTRA 52
4.5 CRITERIOS DE INCLUSION 53
4.6 CRITERIOS DE EXCLUSION 54
4.7 OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES 54
4.8 MÉTODOS, TECNICAS, INSTRUMENTOS 55
4.9 TABULACIÓN Y ANALISIS 60
4.10 ASPECTOS ÉTICOS 61
4.11 CONFIDENCIALIDAD DEL ADOLESCENTE 61
5 CAPITULO IV RESULTADOS 61
5.1 RESULTADOS 61
5.1.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN 62
5.1.2 RESULTADOS ESTADÍSTICOS. 73
6 CAPITULO V 79
6.1 DISCUSIÓN 79
6.2 CONCLUSIONES 86
6.3 RECOMENDACIONES 87
6.4 BIBLIOGRAFÍA 88
6.5 ANEXOS 92
6.5.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO PACIENTES 92
6.5.2 ENCUESTAS 97
6.5.3 TABLAS Y GRAFICOS 103

2 CAPITULO I

2.1 INTRODUCCION

El acentuado interés de investigadores en los últimos años hacia aspectos relacionados con la adaptación psicológica de los adolescentes, relacionadas con su bienestar subjetivo (San Martín & Barra, 2013), comprende inevitablemente aspectos como la autoestima, el sentido de vida y la depresión durante esta etapa de desarrollo.

Y es lógico, ésta etapa es considerada "quizás la época más complicada en todo el ciclo de la vida humana" (Machado & col, 2010, pág. 14), por ser un periodo del desarrollo en la que ocurren muchos cambios físicos y psicológicos y por ser también donde se vivencia una separación progresiva de los progenitores.

> Además se muestran muchas contradicciones en las manifestaciones de la conducta y del pensamiento, sufriendo constantes fluctuaciones del estado de ánimo y del humor. El adolescente está en un proceso de adaptación a cambios físicos, intelectuales, sociales y emocionales, intentando desarrollar un concepto positivo de sí mismo, así como experimentar y crecer hasta conseguir su independencia. También está concentrado en desarrollar un concepto de identidad, de valores personales y sociales, así como experimentar la aceptación social, la identificación y el afecto entre sus padres (Machado & col, 2010, pág. 13).

De ahí que sean varios los estudios efectuados que se relacionan con el presente tema de investigación, entre estos están el realizado por Ceballos & Suarez (2015), en adolescentes de Santa Marta en el que se explica que teniendo en cuenta el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, la Depresión se relaciona con manifestaciones

como “la tristeza, la desesperanza, la disminución del interés en las actividades que antes se evaluaban como placenteras, la culpabilidad, el llanto frecuente” (pág. 15), que contribuyen a la aparición de ideas suicidas en los adolescentes como parte del desarrollo además de estar muy relacionada su aparición con la baja autoestima.

Otro estudio que se relaciona con el tema es el de Rodríguez & Caño(2012), refireindose a la autoestima como un factor crítico que afecta al ajuste psicológico y social. Así, niveles bajos en la autoestima o auto concepto de los jóvenes se han asociado con una serie de síntomas psicopatológicos (pág. 397), lo que demuestra que puede dar lugar a la aparición de la depresión como un trastorno del estado de ánimo.

Cabe resaltar que en dicho estudio se reconoce que la autoestima en los adolescentes varía, dependiendo de las circunstancias específicas que experimenten, afectando de modo importante su motivación, puesto que la autoestima se relaciona directamente con los resultados, logros y aspiraciones obtenidos en distintas áreas. Entonces si el adolescente experimenta emociones positivas, identificadas con el éxito, se eleva la autoestima, y si por el contrario se vivencia emociones dolorosas, que resultan en fracaso, se puede condicionar la baja autoestima.

A causa de estos aspectos se considere a la etapa de la adolescencia como un período significativo para la formación de la autoestima, teniendo en cuenta que es donde más vulnerabilidad tienden a experimentar pues “Esta etapa se caracteriza por la experiencia de acontecimientos novedosos y a veces estresantes que suponen un desafío para la visión que los adolescentes tienen de sí mismos y su estabilidad emocional” (pág. 394), siendo muy común en estas edades que los adolescentes manifiesten frecuentemente tanto disminución

como importantes fluctuaciones en sus niveles de autoestima. Por tal razón los adolescentes con una autoestima inferior son a su vez más vulnerables al impacto de los acontecimientos cotidianos que aquellos cuya autoestima es mayor. Sin embargo, los adolescentes sufrirán más dificultades en su conducta futura cuanto más breves y rápidas sean las fluctuaciones del autoestima (pág. 394).

Estos hallazgos posibilitan llegar a la conclusión de que al mejora la autoestima en los adolescentes, se contribuye a prevenir un amplio espectro de alteraciones conductuales y emocionales que influyen positivamente en su salud mental presente y futura evitando desórdenes mentales en la adultez.

En cuanto al sentido de vida destaca el estudio de Manrique (2011), en el que se explica que el constructo psicológico sentido de la vida tiene diversos niveles de complejidad y puede aportar información de distintos aspectos como son: el deseo de vivir, el objetivo y propósito de la vida, dando significado a la existencia de cada persona y por último, el análisis del sentido en general (pág. 113). A la vez que se explicita que este constructo ha sido poco estudiado en adolescentes comparado con otros temas psicológicos que han sido abordados con más intensidad (Manrique , 2011).

Es relevante señalar que "El vacío existencial es la falta de un sentido de vida y se encuentra en la base de muchos casos de suicidio, alcoholismo y delincuencia juvenil" (pág. 120).

Esto debe a que se encuentra estrechamente relacionado con aspectos psicológicos positivos como autenticidad, competencia para la toma de decisiones, felicidad y afectos positivos (pág. 120), por lo que influye consecuentemente con el bienestar mental y

biológico y por ende en la aparición o no de depresión en los adolescentes y de fluctuaciones en los niveles de autoestima. Como se explica en el estudio las alteraciones antes mencionadas son una forma de enfrentar el vacío existencial, descrito como "el hecho de no contar con un sentido de vida" (pág. 115).

Para Beltrán (2011), el sentido de vida es una resultante de las acciones, de los comportamientos de los propios sujetos, por lo tanto, es algo que está construyéndose día a día y no siempre de forma armónica sino muchas de las veces, de manera conflictiva y complicada como consecuencia de procesos arriesgados (pág. 3).

Muy relacionado con dicho constructo está el de la autoestima considerando que sus funciones primordiales son:

> La de resguardar al individuo de las situaciones del medio que lo exponen a autoevaluaciones continuas, así como la de aportarle motivaciones que influyan sobre su conducta de manera positiva; a su vez, la autoestima otorga la reducción del sufrimiento psicológico que puede causar la crítica, el rechazo, los fracasos, las pérdidas o cualquier acontecimiento negativo y estresante que pueda vivir el individuo (pág. 3).

Lo antes expuesto demuestra que la adolescencia implica cuantiosos cambios bio-psicosociales que se convierten en factores de vulnerabilidad o riesgo para la salud mental del adolescente, de ahí la necesidad del presente estudio para determinar la relación entre depresión y autoestima con sentido de vida de los adolescentes de 1 °, 2 ° y 3 ° Curso de bachillerato en Ciencias, del Colegio Nacional Jorge Álvarez, del año lectivo 2016-2017.

2.2 JUSTIFICACION

Tomando en cuenta que en la actualidad parece haber un vacío en el propósito de la vida de los adolescentes y que va en aumento a tal medida que se le puede denominar neurosis de masas (Frankl, 2014). Nos interesa investigar los aspectos que el adolescente debe pasar para encontrar el sentido de su vida.

El andar sin brújula en la vida en algunos casos se debe a alteraciones en los organismos tradicionales como la familia, la escuela y la comunidad que son los encargados de direccionar y encaminar al individuo. Es por esto que las instituciones de educación secundaria necesitan generar y promover estrategias en los estudiantes para desarrollar su potencial al máximo, rescatar sus valores e iniciar la superación personal.

Conociendo que en la adolescencia "se profundiza el proceso de construcción de la identidad, la autonomía, la sexualidad, la vocación y los proyectos de vida" (Ministerio de Salud Pública, 2014, pág. 12), en el que participa la autoestima como un constructo psicológicos determinantes del estado de salud mental y que de no encontrarse en un buen nivel podría contribuir a la formación de psicopatologías como la depresión.

Según Acosta Padrón & Hernández (2004), un adolescente con una alta autoestima experimenta más relaciones gratas y está capacitado para aprovechar y responder positivamente las oportunidades que se le presenten, además de ser un factor protector contra la depresión.

Son varios los estudios realizados en la actualidad que demuestran que en la última década han incrementado la frecuencia de: "los cuadros clínicos correspondientes al grupo de los

trastornos emocionales en la infancia y la adolescencia (…). Los estudios epidemiológicos en otros países estiman entre un 10 - 20% la prevalencia de psicopatología infantil" (Morey, 2013, pág. 23).

Tal es el caso de Aurora García Morey (2013), que expone que los trastornos emocionales suelen presentarse con frecuencia durante la infancia y adolescencia pues afirma que: "el setenta y cinco por ciento de todas las enfermedades de psiquiatría ocurren antes de los veinticuatro años de edad, y el 50% ocurren antes de los catorce años" (2013, pág. 23), es decir, en períodos sensibles del desarrollo humano como la niñez y la adolescencia.

Específicamente a nivel nacional en Guayaquil se encontró una alta prevalencia de depresión en adolescentes provenientes de familias desestructuradas (Boloña, Janon, & Saad, 2006). En Cuenca se recoge información del tema pues se encontró que la prevalencia de depresión en los adolescentes de 15 a 17 años es de 14,8% (German Venegas, 2011).

Es por esto que es fundamental determinar la relación que se establece entre depresión y autoestima con sentido de vida de los adolescentes, principales beneficiarios del estudio considerando que los resultados obtenidos serán de utilidad para conocer la realidad de nuestra población y tal vez en estudios o talleres posteriores se pueda lograr mejorar la mentalidad de los adolescentes previniendo trastornos futuros y a la vez que implique positivamente en la sociedad.

2.3 PROBLEMA

¿Qué niveles de autoestima, depresión y sentido de vida encontramos en los adolescentes de 1°, 2° y 3° Curso de bachillerato en Ciencias del Colegio Nacional Jorge Álvarez, del año lectivo 2016-2017 y qué relación existe entre estas variables?

2.4 OBJETIVOS

2.4.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar la relación entre depresión y autoestima con el sentido de vida en los adolescentes de 1 °, 2 ° y 3 ° Curso de bachillerato en Ciencias, del Colegio Nacional Jorge Álvarez, del año lectivo 2016-2017.

2.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar los niveles de autoestima y depresión en los adolescentes de 1 °, 2 ° y 3° Curso de bachillerato en Ciencias, del Colegio Nacional Jorge Álvarez.
- Distinguir los niveles de sentido de vida en los adolescentes de 1 °, 2 ° y 3 ° Curso de bachillerato en Ciencias, del Colegio Nacional Jorge Álvarez.
- Establecer la relación que existe entre los niveles de autoestima y presencia de depresión con la búsqueda de sentido de vida en los adolescentes de 1 °, 2 ° y 3 ° Curso de bachillerato en Ciencias, del Colegio Nacional Jorge Álvarez.
- Definir la relación del nivel de autoestima, depresión y sentido de vida en los adolescentes según su edad, sexo, lugar de residencia, nivel de bachillerato y tipo de familia.

2.5 HIPOTESIS

- Existe relación significativa entre autoestima y depresión con el sentido de vida de los estudiantes de 1°, 2 ° y 3 ° nivel de bachillerato en Ciencias del Colegio Nacional Jorge Álvarez.
- Se relaciona fuertemente la depresión y la autoestima baja en los adolescentes de 1°, 2 ° y 3 ° nivel de bachillerato en Ciencias del Colegio Nacional Jorge Álvarez.
- Los niveles de autoestima, depresión y el sentido de vida en los estudiantes del Colegio Nacional Jorge Álvarez tienen relación según su edad, sexo, lugar de residencia, nivel de bachillerato y tipo de familia.

3 CAPITULO II MARCO TEÓRICO

3.1 DEPRESION

3.1.1 INTRODUCCIÓN

Es común escuchar la incorrecta utilización de la palabra depresión en personas que por un determinado suceso presentan un tipo de emoción negativa, misma que suele ser auto limitada a unos pocos días. Sin embargo cuando este estado interfiere con la vida de la persona y de su entorno es cuando verdaderamente hablamos de depresión.

La Depresión es reconocida mundialmente como un problema de salud pública y registrada como la ¨epidemia del siglo¨ (Organización Mundial de la Salud, 2016). Se estima que en 4 años más será la primera causa de discapacidad. Igualmente se predice que en las próximas décadas los costos sociales aumentarán significativamente tomándolo como una de las patologías con mayor impacto global.

En la IX Jornada de actualización de Neurociencia de Buenos Aires, se especifica que existe un 17% de prevalencia que un individuo presente depresión a lo largo de su vida, es

decir en algún momento tuvo depresión, la tiene o posiblemente la tendrá (Goldchluk, 2016).

También es importante recalcar que los avances en psiquiatría en las últimas décadas han aumentado pues antes los trastornos mentales no se los consideraba como problemas de salud. Personas con estas características eran relegadas a hospicios, conventos o simplemente abandonados en las calles.

Hoy en día se tiene mayor conocimiento y conciencia del problema, por ende han aumentado las detecciones de esta enfermedad, llegando a tener cifras alarmantes sin saber a ciencia cierta si los casos verdaderamente han aumentado o antes eran subvalorados.

Es común que personas que sufren esta enfermedad nunca busquen ayuda, al menos el 50% de personas con depresión no reciben un diagnóstico y menos aún un tratamiento (Organización Mundial de la Salud, 2016). Pero hoy en día la depresión más severa se puede mejorar con el tratamiento adecuado, encontrando un amplio listado de medicamentos, psicoterapias y cualquier cantidad de métodos para tratar de manera eficaz la depresión.

Con respecto a su importancia se recalca que los adolescentes con diagnóstico de depresión desde la adolescencia son propensos a una evolución menos favorable en cuanto a la satisfacción de la vida, a las relaciones que tiene con otros y su nivel educativo es menor en comparación con otros adolescentes que no tuvieron este diagnóstico (Winograd , Cohen, & Chen, 2008).

3.1.2 DEFINICION DE DEPRESIÓN

Se define a la depresión como un síndrome o trastorno mental caracterizado por presentar principalmente tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa y falta de autoestima, dificultad para dormir, falta de apetito, cansancio y poca concentración (Organización Mundial de la Salud, 2016). Síntomas que van más allá de lo que se considera normal, además que repercute directamente en el funcionamiento del adolescente.

Se asocia a la pérdida de interés por las cosas y actividades que antes eran de agrado para la persona y que le proporcionaban un grado de satisfacción. Así como también se asocia a una elevada autocrítica, llegando a convertirse en un verdadero problema si no es detectada a tiempo.

El impacto que llega a tener la depresión en la vida es porque va mucho más profundo, implicando sus relaciones interpersonales, funciones conductuales y cognitivas. Por esto es comprensible la disfuncionalidad en el desempeño escolar, en el trabajo, la dificultad para afrontar la vida diaria y el futuro cercano.

3.1.3 PREVALENCIA

Es el más común de los trastornos psiquiátricos, afecta a 350 millones de personas a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud, 2016).

Además se está al tanto que un 10 a 20% de los adolescentes sufrirán al menos un trastorno mental en un año determinado (Nalugya , Zari, Ovuga, Kiwuwa, & Musisi, 2016).

Se descubre a la depresión con mayor frecuencia en mujeres, encontrando como causa principal los cambios efectuados sobre todo en la adolescencia. Tomando como disparadores los cambios hormonales, los factores estresantes psicosociales y modelos de indefensión aprendida. Conjuntamente la depresión en las mujeres tiende aparecer en una

edad más temprana con relación a los hombres, además de mayor número de episodios, más síntomas y muchas de las veces con síntomas atípicos (Jimenez Rojas & Marquez Cepeda, 2015).

Es la principal causa de suicidio e intento de suicidio en adolescentes. Cada año se suicidan alrededor de 800000 personas por causa de esta enfermedad en un grupo etario de entre 15 a 29 años (Hawton, Casañas, Comabella, Haw, & Saunders, 2013). Cifras igualmente elevadas se observan en solteros, desempleados, y en regiones rurales.

3.1.4 FACTORES DE RIESGO PARA DEPRESIÓN.

Por un elevado número de nuevos casos de depresión y que cada vez siguen en aumento. Han sido varios los estudios acerca de los factores que desencadenan su aparición.

La adolescencia es descrita como un periodo de gran agitación emocional, efectuando grandes cambios físicos, cognitivos y sociales en el adolescente. Estos desdenes provocan un revuelco emocional que puede llevar a la depresión (Nalugya , Zari, Ovuga, Kiwuwa, & Musisi, 2016).

Se considera como factor de riesgo para desarrollar depresión a:

- El sexo femenino, las características morfológicas como obesidad mórbida.
- La fatiga crónica se asocia fuertemente a trastornos depresivos.
- Disfunciones intrafamiliares y pobre calidad de la relación.
- Poco apoyo social
- La presencia de enfermedades crónicas como la diabetes, HTA, problemas cardiacos, VIH incrementan el riesgo de depresión.
- Presencia de historia familiar de depresión.

- Bajos niveles de funcionalidad diaria
- Pérdida de la perspectiva de sí mismo hacia el futuro.
- Pobres estrategias de afrontamiento a situaciones adversas.
- Eventos estresantes como el maltrato infantil y abuso sexual.

El sexo femenino es el grupo con mayor prevalencia de depresión y varias investigaciones han encontrado las posibles causas de dicha diferencia; El umbral para reportar los síntomas de depresión es mucho menor en relación al de los hombres. Así como también las mujeres pueden recordar los síntomas depresivos de forma más estable, no recogen recuerdos de forma aislada, el rol que ocupa en su ambiente y por último se ha visto que el curso natural de la enfermedad depresiva es diferente a la de los hombres (Jimenez Rojas & Marquez Cepeda, 2015).

Jean Guilé y colaboradores (2016), quienes realizaron un estudio en el Hospital Psiquiátrico de Montreal contribuye a que los adolescentes que presentan rasgos depresivos se asocian con un entorno familiar potencialmente depresivo. En cuanto a su ambiente familiar destaca ambientes de ira, volátiles y perturbadores. Otros de los factores que se enfatizan en el ámbito familiar son sobre el abandono de uno de los padres, rechazo materno, comportamiento paternalmente inapropiado de los padres, numero de padrastros y madrastas en un intento de reemplazo, cambios de lugar de domicilio.

Una explicación se debe a que en estas edades buscan aceptación y tiempo con sus padres convirtiéndose en un fuerte modelo a seguir, es por esto que tiene mayor impacto en el desarrollo de los síntomas depresivos.

Algunos de los factores que están asociados con mayor riesgo de suicidio son: sexo masculino, historia familiar de trastorno mental, intento de suicidio previo, niveles más graves de depresión, presencia de desesperanza, falta de claridad de su futuro cercano , además de trastornos comórbidos como el abuso de alcohol y otras drogas (Hawton, Casañas, Comabella, Haw, & Saunders, 2013).

Cabe recalcar que no se encuentra diferencia alguna en el diagnóstico entre un adolescente y una persona adulta, la única diferencia entre estos dos es en algunas sintomatologías como las tasas de autolesión no suicidas y los síntomas obsesivos compulsivos son mayores en los adolescente que en un adulto. Al mismo tiempo se demuestra que su diagnóstico es muy similar en ambos casos (Guilé, Huynh, Jacques Breton, Garny de la Riviere, & Labelle, 2016).

3.1.5 FISIOPATOLOGÍA

Existen varias hipótesis con respecto a la depresión, la postura mayoritaria lo considera como un trastorno heterogéneo en los que abarcan factores bioquímicos, psicosociales, estudios electrofisiológicos y factores genéticos.

La teoría de las mono aminas consiste en la disminución de la síntesis y disponibilidad de los neurotransmisores como la dopamina, noradrenalina y la serotonina en los pacientes con depresión. La dopamina es una catecolamina que actúa como un neurotransmisor inhibidor se localiza en las vías meso corticales y meso límbicas proporcionando el estado de alerta y función motriz (Guadarrama , Escobar, & Zhang, 2013).

La serotonina y noradrenalina actúan en similares sitios aunque tienen diferente origen. La serotonina se sintetiza en las células del SNC en los núcleos del rafe y en las células

enterocromafines del intestino, por el contrario la noradrenalina se genera en el Locus Coeruleus. A partir de ahí los dos neurotransmisores recorren vías que se dirigen a:

- La corteza orbito frontal.- Se encarga en el proceso de toma de decisiones y expectativas, debido a la disminución de los neurotransmisores el paciente no sabe qué hacer y pierde las ganas de seguir viviendo.
- Córtex cingulado anterior.- Núcleo encargado en los procesos de motivación, expresión de las emociones y memoria de aquí surgen los síntomas de suicidio y desmotivación.
- Hipotálamo.- Interviene en las funciones del sistema neurovegetativo como hambre y también en los estados de ánimo.
- Formación reticular.- Mantiene el equilibrio sueño – vigilia por ello el paciente puede cursar con episodios de insomnio o hipersomnia.
- Cuerpo estriado.- Interviene en la modulación del movimiento causando en el paciente deprimido enlentecimiento.
- Medula espinal.- Conduce los impulsos tanto motores como sensitivos por lo tanto disminuirá el umbral de percepción del dolor en la depresión
- Córtex.- Al disminuir los neurotransmisores contribuye a la sensación de fatiga mental y pérdida de energía.
- Amígdala.- Es parte de la red que regula la sensación emotiva, ha este nivel se regula emociones como pena, angustia y alegría.
- Cerebelo.- Se encarga de controlar la información entre la corteza y el aparato locomotor por lo tanto en la depresión tendremos agitación o enlentecimiento psicomotor.

- Córtex prefrontal dorso lateral.- Contribuye en la regulación de la atención y la función ejecutiva, por lo que el paciente deprimido se distrae fácilmente y no sabe qué hacer (Guyton & Hall, 1997).

Un meta análisis mostró que la disminución de las mono aminas afecta a pacientes con antecedentes familiares de depresión y en pacientes con trastorno depresivo mayor en remisión aun tomando antidepresivos. Esto se corrobora con lo encontrado en el cerebro de los suicidas en donde existe un aumento de serotonina en la hendidura sináptica por disminución de sus receptores (Kaplan HI; Sadock, B, 2000).

Factores psicosociales. Situaciones estresantes o traumáticas pueden dar proceso al trastorno depresivo, como: la separación matrimonial, la muerte de un ser querido, la pérdida del estatus social, inestabilidad económica o una enfermedad incapacitante (CIMED, 2014).

Cabe destacar a la autoestima como parte de los factores psicosociales pues de una manera u otra, está ligada en procesos de interacción social y depende de la dimensión que se analice. Además es considerada como un indicador de bienestar psicológico pues se ha demostrado que una alta autoestima actúa como factor protector de la salud mental en los adolescentes (Jimenez Rojas & Marquez Cepeda, 2015).

Investigadores postulan que en la adolescencia comienza a verse características de autoestima baja, acentuándose más en mujeres. Dicha desigualdad surge de patrones de socialización de género, todavía consistentes en nuestra época, así mientras la educación de las mujeres promueve la pasividad y la dependencia emocional, la socialización masculina

se enfoca en la autonomía, la independencia y autoconfianza (Lazarevich, Delgadillo, Mora, & Martínez, 2014). Dando como resultado que las mujeres tengan pocos recursos psicológicos para solucionar los problemas y muchas de las veces colocándolas en posición de subordinación que contribuye a la sintomatología depresiva.

La teoría sobre la electrofisiología se basa en alteraciones del sueño REM y en algunos casos disminución de la latencia REM características encontradas en pacientes con diagnóstico de depresión. Otro hallazgo importante son las épocas en que disminuye la luz solar, notando un aumento importante en el número de casos de depresión.

En fechas recientes constataron mediantes estudios de neuroimagen, que la amígdala se encuentra desacoplada de las demás estructuras emocionales, provocando una interrupción en la transmisión emocional precisa en pacientes con depresión.

A partir de estas interrupciones se pudo observar en los pacientes que tuvieron al menos un episodio de depresión, mayor actividad en su amígdala, en la redes cognitivas y de reposo como parte de la adaptación cerebral a los sesgos emocionales. Señalaron que las respuestas más fuertes de la amígdala predecían mayores síntomas de depresión en un plazo de 1-4 años (Swartz & Knodt, 2015).

En cuanto a la genética se postula la interacción que existe entre la carga genética y la exposición al medio; puesto que el primero actúa como desarrollador de la enfermedad por mecanismos aun no tan claros y el segundo actúa como disparador de la depresión (Isselbacher, Braunwald, & Wilson, 1994).

Los principales marcadores genéticos encontrados están en los cromosomas X 4, 5,11, 18 y 21 y el gen SLC6A4 que codifica el transportador de serotonina, localizado en el

cromosoma 17q12. No obstante se realizó un estudio para ver porque situaciones estresantes llevan a unas personas a la depresión y a otras no, encontrando un polimorfismo funcional en la región promotora del gen transportador de la serotonina 5HTT que controla la influencia de los eventos estresantes cotidianos, mostraron además síntomas depresivos y tendencias suicidas las personas con una o dos copias del alelo corto del 5HTT (Guadarrama , Escobar, & Zhang, 2013).

En otro estudio descubrieron la expresión alterada de genes relacionados con GABA y glutamato en la corteza del cíngulo anterior y la corteza prefrontal dorso lateral izquierda. Ambas regiones corticales mostraron una disminución del transportador glial de glutamato de alta afinidad SLC1A2 y SLC1A3 y de la glutamina sintetasa. Las alteraciones consistentes de los genes transportadores de glutamato sugieren una participación mayor de la neuroglia en la patología de la depresión, ya que los genes SLC1A2 y SLC1A3 tiene una distribución principalmente astroglial (Swartz & Knodt, 2015).

3.1.6 TIPOS DE DEPRESIÓN

El DSM 5 separa a los trastornos depresivos de los trastornos bipolares y los clasifica en:

- Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.
- Trastorno de depresión mayor
- Trastorno depresivo persistente (distimia)
- Trastorno disfórico premenstrual.
- Trastorno depresivo inducido por una sustancia o medicamentos
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica.
- Otro trastorno depresivo especificado
- Otro trastorno depresivo no especificado.

Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.- Es un trastorno de niños y adolescentes de hasta 19 años. Es más frecuente en hombres que en mujeres y se caracteriza por un cuadro en el que predomina la irritabilidad crónica y accesos de cólera sin ningún desencadénate o como una respuesta desproporcionada; estado que puede durar la mayor parte del día y o ser recurrente, se manifiesta con actitudes agresivas verbales o actitudinales hacia las personas que se encuentran a su alrededor o hacia sí mismo (Leibenluft, 2010).

Para su diagnóstico el adolescente debe presentar estos síntomas en diferentes lugares ya sea en su casa, escuela o con su grupo social y debe presentar repercusiones en la dinámica social. En cuanto a su duración los síntomas se presentan por al menos tres meses continuos durante un año.

Trastorno de depresión mayor.- Los síntomas suelen ser severos incapacitando a la persona en tareas cotidianas como al trabajar, dormir, estudiar, comer y en la vida en sí. Es frecuente no disfrutar de actividades que antes le resultaban placenteras. Un episodio puede ocurrir solo una vez en la vida del individuo, pero más a menudo se presentan varios episodios.

Trastorno depresivo persistente.- También antes llamado Distimia que dura por lo menos 2 años o más. Combina episodios de depresión mayor con periodos sintomáticos menos graves. Usualmente no incapacita a la persona pero si afecta con el funcionamiento normal de la misma y con el sentimiento hacia sí mismo. Es posible presentar 1 o más episodios de depresión mayor dentro del Trastorno Depresivo Persistente (García, 2015).

La CIE-10 clasifica a la depresión en los trastornos del humor y afectivos. Es así como la categoría F32 abarca el episodio depresivo y la F33 la de trastorno depresivo recurrente, con las siguientes divisiones:

- F32.0 Episodio depresivo leve
- F32.1 Episodio depresivo moderado
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntoma psicóticos
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas Psicóticos
- F32.8 Otros episodios depresivos
- F32.9 Episodios depresivos, no especificado

3.1.7 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, son los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) y la clasificación de la American Psychiatric Association (DSM) (American Psychiatric Association, 2013).

El manual DSM-5 divide en 2 a los que antes eran trastornos del estado de ánimo en trastornos depresivos y trastornos bipolares. La depresión se encuentra dentro de los trastornos depresivos con sus características como son: duración de al menos 2 semanas seguidas, con mínimo de 5 síntomas que a continuación se detallan y uno de ellos tiene que ser el estado de ánimo depresivo o disminución del interés o placer por las actividades.

Episodio Depresivo Mayor Clasificación de DSM 5

A. Mínimo 5 síntomas de los siguientes han estado presentes en el lapso de dos semanas previas representando un cambio respecto al funcionamiento previo y por

lo menos uno de esos síntomas es (1).- humor depresivo o (2) pérdida de interés o placer.

- Humor depresivo casi todo el día todos los días (se siente triste, vacío). Desesperado, o por reporte subjetivo (se ve triste) NOTA: En niños o adolescentes puede ser humor irritable.
- Marcada disminución en el interés y en la capacidad de sentir placer en las actividades diarias la mayor parte del día, casi todos los días.
- Pérdida o aumento de peso si realiza dieta del 5% o aumento o disminución de apetito casi a diario (en niños: fracaso de aumentar el peso para la edad).
- Insomnio o hipersomnia casi a diario.
- Fatiga o pérdida de energía casi a diario.
- Agitación o retraso psicomotriz casi a diario y observado por otros.
- Sentimiento de inutilidad y culpa casi a diario los cuales pueden ser delirantes.
- Indecisión, disminución en la habilidad de pensar y concentrarse.
- Pensamientos recurrentes de: muerte, ideación suicida sin planeación, miedo a morir o intento suicida, plan específico.

NOTA: El duelo, pérdida económica o por desastre natural o enfermedad terminal deberá ser considerado cuidadosamente tomando en cuenta las normas culturales y si esas manifestaciones se consideran acordes en proporción y apropiadas a la pérdida.

B. Los síntomas son significativamente disfuncionales en varias áreas del funcionamiento.

C. El episodio no es atribuible a una condición médica o al uso de una sustancia.

D. El episodio depresivo no se explica mejor por un trastorno esquizofrénico, esquizoafectivo, delirante inespecífico, psicótico, ni ninguno del espectro de las esquizofrenias.

E. No ha presentado en el pasado ningún episodio maniaco o hipomaniaco.

NOTA: Los criterios A y C representan un episodio depresivo mayor.

Trastorno Depresivo Crónico:

A. Ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de todos los días, exteriorizado por la persona u observado por los demás, durante al menos 2 años.

NOTA: En niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser al menos 1 año.

B. Mientras se encuentra deprimido la presencia de dos (o más) de los siguientes síntomas:

- Pérdida o aumento de apetito
- Insomnio o hipersomnia
- Falta de energía o fatiga
- Baja autoestima
- Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
- Sentimientos de desesperanza

C. Por 2 años y 1 año en niños/adolescentes, la persona que se encuentra con dicha alteración no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración o 1 año para niños y adolescentes.

E. No se ha diagnosticado de episodio maníaco, uno mixto o un episodio hipomaníaco y tampoco se cumplen los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. Dichos síntomas no aparecen al mismo tiempo que un trastorno psicótico crónico, como la esquizofrenia o el trastorno delirante.

G. La sintomatología no es el resultado del consumo de sustancias psicoactivas o fármacos o una comorbilidad previa como en el caso de hipotiroidismo.

H. Los síntomas causan disfuncionalidad significativa y progresiva tanto en lo social, laboral o de otras áreas importantes para el individuo.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE UN EPISODIO DEPRESIVO SEGÚN CIE-10

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

C. Síndrome somático: alguno de los síntomas depresivos pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente, el síndrome somático se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características:

- Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras.
- Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta.

- Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual.
- Empeoramiento matutino del humor depresivo
- Presencia de enlentecimiento motor o agitación
- Pérdida marcada del apetito.
- Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes.
- Notable disminución del interés sexual.

NOTA: En cualquier caso el episodio de depresión debe durar al menos dos semanas y siempre de estar presentes como mínimo dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión: animo depresivo, perdida de interés y de la capacidad para disfrutar y aumento de la fatiga (Organicación Mundial de la Salud., 2011).

CRITERIOS DE GRAVEDAD DE UN EPISODIO DEPRESIVO SEGÚN CIE-10

A. Criterios generales para episodio depresivo

- El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

- Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.
- Marcada perdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras

- Falta de vitalidad o aumento de la fatiga.

C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de 4:

- Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.
- Quejas o disminución de la capacidad d concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.
- Cambios de actividad Psicomotriz, con agitación o inhibición.
- Alteraciones del sueño de cualquier tipo.
- Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.

D. Puede haber o no síndrome somático.

Episodio depresivo leve: están presentes dos o tres síntomas de criterio B. La persona con un episodio leve probablemente esta apta para continuar la mayoría de sus actividades.

Episodio depresivo moderado: están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades diarias.

Episodio depresivo grave: deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del

criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor y estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo (Organicación Mundial de la Salud., 2011).

3.1.8 ESCALA PARA MEDIR Y EVALUAR LA DEPRESIÓN

Se cuentan hoy en día con varias escalas para medir la depresión como la escala de autoevaluación de Beck (BDI) que evalúa los síntomas clínicos y pensamientos presentes en la depresión. Utilizada frecuentemente para evaluar la gravedad de la enfermedad.

Otra escala es la de Hamilton (HAM-D) escala aplicada para evaluar la intensidad de la depresión y para la monitorización de su evolución, la escala de Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) es una escala heteroaplicada que consta de 10 ítems y evalúa la gravedad de la enfermedad, la intensidad de los síntomas y la respuesta al tratamiento, debiendo ser administrada por el clínico que sigue al paciente (Lobo, Chamorro, Luque, Badia, & Baro, 2008).

En el estudio se hizo uso de la escala de Zung pues se acomoda a las características de nuestra muestra (Descripción en Métodos, Técnicas e Instrumentos).

3.2 AUTOESTIMA

3.2.1 CONCEPTO

Un punto clave que no podemos dejar de señalar es el concepto de autoestima que varios analistas e investigadores han ido postulando. Sin duda, ayudará a la mejor comprensión del tema.

Desde hace un tiempo se ha venido estudiando en los diversos campos sobre el concepto de Autoestima, por la importancia que tiene en nuestra vida y en las acciones de cada persona. La autoestima es determinante para alcanzar nuestras metas, para sentirnos bien con el mundo y con nosotros mismo.

A pesar de esto existen un sin número de conceptos que con el tiempo han ido evolucionando en las distintas perspectivas, desde lo científico hasta lo popular. La autoestima ha sido definida y utilizada por varios psicólogos desde prácticamente todas las corrientes de psicología, por lo que son numerosas las definiciones o concepciones que se pueden recoger en la bibliografía.

Con este sentido, el primer intento de definir la autoestima fue por William James en 1890 en su obra "Principles of Psychology", en el que se refiere a la autoestima como el resultado de la proporción entre éxito alcanzado y las pretensiones. Es importante recalcar que James fue el primero que enfocó a la autoestima como un fenómeno afectivo, expresado en forma de emociones y sensaciones.

En segundo lugar, se destacan las aportaciones de Rober White (1963), quien mira a la autoestima como un fenómeno modificable por la experiencia y a la vez efectúa y genera el comportamiento. ¨En la autoestima se muestra los cambios relacionados con experiencias y contextos de vida relacionada con la edad¨ (Robins & Trzesniewski, June 2005, pág.

160), estos cambios normativos dan una idea del yo como un constructo psicológico que influye en como el adolescente orienta su comportamiento para complacer sus aspiraciones y nuevos retos.

Acoplado a lo anterior se define a la autoestima como ¨la confianza en la eficacia de la propia mente, en la capacidad de pensar y de tomar decisiones de vida y de búsqueda de felicidad¨ (Branden, 1995, pág. 21).

Branden (1995), cita dos conceptos concretos y claros:

- La confianza en nuestra capacidad de pensar, en nuestra capacidad de enfrentarnos a los desafíos básicos de la vida.
- La confianza en nuestro derecho a triunfar y a ser felices; el sentimiento de ser respetables, de ser dignos, y de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y carencias, a alcanzar nuestros principios morales y a gozar del fruto de nuestros esfuerzos (pág. 22).

Visualizando desde la perspectiva psicológica Freud puntualiza que tiene dos significados: Uno es el sentimiento de sí y el sentimiento de estimación propia que nace respecto a un sistema de ideales. Por lo tanto tal constructo es resultado en gran medida del narcisismo infantil, de la sensación de omnipotencia seguida de la experiencia, considerando a estos factores como saludables para la buena autoestima (Acosta Padrón & Hernández , 2004)¨.

Apoyando dicho concepto la autoestima consiste en ¨valorar y reconocer lo que uno/a es y lo que puede llegar a ser¨ (Enrique, 2007, pág. 322).

Es por esto que cada ser humano sin excepción alguna, es digno de ser respetado y estimado por los de más y por sí mismo.

Uno de los conceptos actuales define a la Autoestima como ¨ la percepción evaluativa de nosotros mismos¨ (Ross, 2013). No obstante la evaluación va de la mano del auto concepto, definido como un ¨sistema de creencias que el individuo considera verdaderas respecto a si mismo, las cuales son el resultado de un proceso de análisis, valoración e integración de la información derivada de la propia experiencia y la retroalimentación de los otros significativos¨ (Rodriguez Naranjo & Caño Gonzáles, 2012, pág. 394), por consiguiente dicha evaluación es proporcional a las acciones de cada individuo y al a lo que demuestre merecer.

A medida que crecemos esta enseñanza se ha ido afianzando en nosotros como una auto valía positiva condicionada. Podemos comer golosinas solo después de haber terminado el plato de verduras, podemos ir de paseo de fin de año solo si sacamos buenas notas y podemos ser queridos si somos buenas personas.

Es por esto que a medida que vamos llegando a la adolescencia nos damos cuenta de que no somos capaces de cumplir con las exigencias y estándares puestas por otros. Siendo que estos no fueron creados considerando las características individuales, por lo tanto resulta cada vez más difícil complacer esas exigencias y llegar a una alta autoestima.

En la vida nos vemos expuestos a diferentes experiencias de las cuales según Ross (2013), sacamos dos resultados: las hazañas y anti- hazañas.

Las hazañas son todas las circunstancias que provoquen orgullo y sensación de valía además de prestigio social y deseo de presumir.

Las anti-hazañas con lo contrario toda aquella situación en la que el individuo se desprecie, avergüence o se sienta menos valioso que antes de la situación. Son todas aquellas derrotas, frustraciones que disminuyen su ego y respeto de sí mismo y de sus pares.

Todos tenemos estas situaciones a lo largo de la vida y se va formando un mapa mental en nuestra mente, el que Ross la llama ¨El Mapa de la Autoestima¨ (2013). Este mapa es modificable, por ejemplo si hablamos de un hombre y una mujer las mismas circunstancias que para un hombre le traerían orgullo para una mujer le podría llevar a vergüenza y desprestigio y de igual forma si hablamos de grupos etarios.

La autoestima en conclusión es el conjunto de pensamientos, apreciaciones, evaluaciones y sentimientos hacia nuestro comportamiento y manera de ser tanto física como de carácter, base mediante la cual el sujeto modifica y ejecuta sus acciones. Sin dejar de lado la confianza que trae una alta autoestima para enfrentar los retos que se presenten y ser dignos de felicidad que esto nos traiga.

3.2.2 FORMAS Y FUNDAMENTOS DEL AUTOESTIMA

Una elevada autoestima debería ser el estado natural de la persona, sin embargo esto no siempre es así, puesto que en nuestra sociedad, es frecuente encontrar una autoestima inferior a la teóricamente normal, debido a las tensiones que intervienen en las relaciones inter personales, puesto que se alejan de la auto conceptualización positiva y se juzgan fuertemente por cada error cometido, por faltar a los valores inculcados o tan solo por la desaprobación de los demás.

Por lo tanto, es primordial repasar las formas de autoestima que podemos encontrar: En primer lugar es la marca una diferencia entre el ser real y el ideal a alcanzar para la aceptación.

La segunda forma es el sentimiento y valoración hacia sí mismo: positiva-negativa, aceptación-rechazo.

Por último, la autoestima debería ser un componente propio de la persona y que normalmente se encuentra asociada a la motivación y a la autorregulación (Ortega Ruíz, Mínguez Vallejos, & Rodes Bravo, 2010).

La capacidad del individuo para formar una sólida confianza y un respeto hacia sí mismo es esencial en todos los seres humanos. La autoestima es el resultado de la simbiosis entre el mundo y el hombre.

Una elevada autoestima debería ser el estado natural de la persona, sin embargo esto no siempre es así, puesto que en nuestra sociedad, es frecuente encontrar una autoestima inferior a la teóricamente normal, debido a las tensiones que intervienen en las relaciones inter personales, puesto que se alejan de la auto conceptualización positiva y propia juzgándose fuertemente por cada error cometido, por faltar a los valores inculcados y peor aún, por la desaprobación de los demás.

Una forma de enmendar esta conducta disfuncional es la de apuntar hacia uno mismo sin que se dependa de la mirada del otro para buscar la propia valoración y respeto.

3.2.3 GRADOS DE LA AUTOESTIMA

La autoestima es un concepto gradual. Desde este punto se la puede dividir en tres estados:

- Una elevada autoestima equivale a sentirse confiadamente apto para la vida, la persona en esta estadía se siente capaz y valioso; como también aceptado y digno.
- Tener una autoestima baja es cuando la persona no se siente digno para la vida; sentirse equivocado como persona e incapaz de efectuar los retos que se imponga.

- El término medio de autoestima es fluctuar entre los dos estados anteriores, es decir, sentirse apto e inútil, acertado y equivocado como persona, y manifestar estas incongruencias en la conducta; unas veces, con sensatez, otras con irreflexión, reforzando así la inseguridad (Arroyo, 2010).

En la práctica, la autoestima puede fluctuar ya sea disminuyendo o aumentando debido a múltiples hechos, los mismos que pueden incluir a la familia, amigos y en si al entorno en el que el adolescente se desarrolla.

3.2.4 AUTOESTIMA EN LA ADOLESCENCIA

La autoestima se la ha visto por varios años como un rasgo estable y dicho nivel presenta fluctuaciones a lo largo de la vida, siendo estas la niñez en donde el autoestima se encuentra relativamente alta y al llegar a la adolescencia disminuye repentinamente y podría seguir su descenso si esta no se controla.

En la adolescencia se ha calificado como un periodo especialmente relevante para la formación de la autoestima, en la cual los individuos se muestran vulnerables a experimentar una disminución en la misma.

¨Los jóvenes con una autoestima elevada informan también de que disfrutan de más experiencias positivas y son a su vez más eficaces en el afrontamiento de experiencias negativas, generando respuestas más adaptativas tras el fracaso¨ (Rodriguez Naranjo & Caño Gonzáles, 2012).

¨Mantener un auto concepto elevado en el ámbito académico favorece, junto al éxito en dicho ámbito, una mejor percepción de auto-eficacia y el uso de más y mejores estrategias de aprendizaje¨ (Rodriguez Naranjo & Caño Gonzáles, 2012).

Si bien se observa que en la infancia no existen diferencias entre los niveles de autoestima al iniciar la adolescencia emerge una gran brecha¨ presentando así los varones una autoestima más elevada que las mujeres¨ (Robins & Trzesniewski, June 2005). Dichas diferencias se presentan en edades de 16 a 17 años. A continuación en la adultez se eleva gradualmente para luego caer fuertemente en la vejez.

Se sugieren numerosas explicaciones para la diferencia del nivel de autoestima encontrada entre hombres y mujeres, entre las cuales se exponen los cambios físicos asociados a la pubertad, al trato diferente entre sexos y los ideales de imagen corporal.

Como describe el estudio de Robins & Kali (2005), las personas quienes han mantenido una autoestima relativamente alta desde la niñez y adolescencia tienden a mantener estos valores años más tarde, sin caer en fluctuaciones en picada. Esencial para desarrollarse plenamente en la vida y salir victoriosa de las adversidades que en ella encuentre.

3.2.5 CAUSAS Y EFECTOS DEL AUTOESTIMA

La necesidad de la autoestima es primordial para la vida. Cada uno tiene el deseo de ser aceptado y valorado por los demás, por lo tanto al satisfacer esa necesidad la persona se vuelve segura de sí, de lo que hace y del sentido de su vida.

La autoestima se ve afectada por múltiples acontecimientos del medio en que se desenvuelve la persona, estos pueden ser relacionados con la familia, la escuela, la comunidad y el universo, y esto va a depender de la sensibilidad del sujeto.

Puede haber personas que son muy susceptibles ante cualquier estimulo negativo que capten como por ejemplo una frase de desaprobación, un gesto desagradable, un problema familiar o una crítica.

Los adolescentes son los más afectados en este ámbito, esta vulnerabilidad se asocia al continuo cambio que sufre física y cognitivamente, presentando fluctuaciones en su nivel de autoestima.

Generalmente para que estos altibajos se produzcan se debe estar realizando tareas propias para la edad y para el individuo, es decir, debe ser previamente aceptada por el adolescente y que satisfaga su auto valía (Rodriguez Naranjo & Caño Gonzáles, 2012). Así si el adolescente presenta acontecimientos que culminan en éxito su autoestima se elevará y si por el contrario tiende a caer en fracaso, caerá también su autoestima.

Otro característica para que se presente una disminución del autoestima son las ¨retroalimentaciones externas y comparaciones sociales ¨ (Robins & Kali , 2005), de las que ahora por su desarrollo cognitivo son conscientes, por lo tanto forman una más equilibrada evaluación de sus habilidades y capacidades personales. Por ejemplo al pasar de la niñez a la adolescencia y verse envueltos en una generación más negativa como la de los maestros, padres y compañeros, sus propias valoraciones se vuelven negativas.

Las investigaciones han atribuido el descenso de la autoestima a circunstancias asociadas a la pubertad como el pensamiento confuso acerca de si mismos y de su futuro (Robins & Kali , 2005). Sin dejar de lado el cambio de una escuela primaria a una secundaria académicamente más difícil y socialmente más compleja.

El efecto que tienen los familiares especialmente los padres en los adolescentes es de suma importancia ya que si se presentan prácticas parentales inadecuadas sobre una deficiente autoestima, vamos a ver que se encuentra mediado por la inseguridad afectiva que éstas producen (Rodriguez Naranjo & Caño Gonzáles, 2012). En relación, se encuentra que la

falta de apoyo afectivo, de reglas y autoridad por parte de los padres contribuye a la aparición de desajustes en la conducta del adolescente que si bien no cambian de forma positiva se produce una retroalimentación negativa en el individuo y resulta perjudicial para su autoestima.

Según Rojas “Educar es convertir a alguien en persona, es seducir con los valores que no pasan de moda. Una buena madre es como una universidad doméstica y un buen padre vale más que cien maestros¨ (Rojas, 2013, pág. 45).

La importancia de recuperar la elevada autoestima es porque brinda mayor seguridad en cada una de las decisiones que se tome, en las aspiraciones, ser ambicioso en cuanto a sus objetivos y así desarrollarse plenamente tanto en el ámbito personal como profesional.

Por otro lado, la importancia de la autoestima está en ser conscientes de que la baja autoestima es igual a la desestima propia, lo que sumerge al adolescente a una infelicidad crónica que puede llevarlo a la depresión (Braden, Enero 2010).

Al comprender esto y encaminar al adolescente a una autoestima positiva aumentaremos la capacidad de relacionarse con los demás con respeto, generosidad y sensibilidad, mejorando así las relaciones interpersonales

3.3 SENTIDO DE LA VIDA

3.3.1 GENERALIDADES

La falta de investigación con respecto al concepto de sentido de la vida es quizá por la poca importancia que la psicología humanística le ha dado o puede relacionarse también por el prejuicio positivista que considera sospechoso a todo tema ético, moral o espiritual puesto que no se tiene completa certeza en la medición de las mismas (Quitmann, 1989).

Pero el tema no ha pasado desapercibido ya que desde hace más de 2000 años varios filósofos se han planteado preguntas con respecto al sentido de la vida. Por ejemplo Platón y Aristóteles se preguntaban cuál era la verdadera finalidad de la vida, buscando la respuesta desde una perspectiva ética. La propuesta era que el sentido de la vida es la felicidad o eudaimonía que era entendida para ellos como vivir una buena vida o vida plena. También en la religión como es el caso de Santo Tomás y San Agustín se planteaban la misma pregunta pero desde un sentido religioso (Kraus, Rodriguez, & Dixe, 2010).

Posteriormente con la llegada de la modernidad estas reflexiones religiosas y filosóficas fueron cuestionadas principalmente con la llegada de Emmanuel Kant y Augusto Comte por el siglo XXVIII. En estas épocas existían conflictos exponiendo que existen otras formas de conocimiento a más del científico como lo exponía el movimiento hermenéutico. (Kraus, Rodriguez, & Dixe, 2010). Posteriormente Freud proponía que el sentido de la vida era la indagación del hombre con respecto a sus propósitos y conductas en la vida. Con esta idea se podía experimentar emociones intensas y placenteras que nos ayude a evitar el dolor y nos acerque a la llamada felicidad (Martínez Ortiz & Castellanos Morales , 2013).

Luego de la guerra el interés en la psicología cambió hacia las alteraciones psíquicas tomando al sentido de vida como un tema relacionado a neurosis. Donde el psiquiatra y neurólogo Viktor Frankl quien tras pasar en los campos de concentración de Auschwitz, crea su propia teoría del sentido de la vida introduciéndolo así a la psiquiatría y psicología.

Frankl V.(2014), plantea que el sentido de la vida no es algo que se va construyendo, sino que este preexiste al sujeto quien como deber se encarga de encontrarla. Puesto que la vida

no carece de sentido, sino que la persona es la que puede mantenerse cegada o incapacitada de ver más allá.

3.3.2 CONCEPTO DE SENTIDO DE LA VIDA

El sentido de la vida es un sistema de objetivos o razones por las cuales se justifica la existencia del individuo; las mismas son jerarquizadas por cada persona tomando en cuenta la intensidad de motivación para vivir.

Es decir, es una especie de proyecto que el adolescente tiene con completa libertad buscarlo, para dirigirse en torno a ese objetivo o razón. La razón dependerá de cada individuo como puede ser la familia, una persona que ama, su carrera, la satisfacción espiritual y la lista puede ser interminable, pues la identificación es completamente personal (Martínez Ortiz & Castellanos Morales , 2013).

Hay que tener claro que el sentido de la vida no es único ni estable, es diferente para cada hombre, en cada momento y en cada situación. Entonces lo importante es encontrar el sentido en cada persona en particular e individualmente, ya que esta no puede ser generalizada, ni planteada hacia la humanidad porque perdería su sentido.

En conclusión la finalidad es la búsqueda de una existencia significativa, de modo que la persona que tiene un sentido por el cual vivir es capaz de sobreponerse y sobrellevar cualquier dificultad (Frankl, 2014). Esto es la esencia de la vida, el que cada persona pueda ser responsable y responder por su vida ante sí mismo.

3.3.3 SENTIDO DE VIDA EN LA ADOLESCENCIA

Tomando en cuenta que en la actualidad los adolescentes a nivel mundial se encuentran en constante exposición al egoísmo, violencia, ausencia de valores y destrucción entre otros.

Es más frecuente la falta de motivación, indiferencia de su entorno, poca dedicación y entusiasmo en sus actividades.

Como resultado parece haber un aumento de la ausencia de sentido vital y un vacío en el propósito de vida de los adolescentes a tal medida que se le puede denominar neurosis de masas (Kraus, Rodriguez, & Dixe, 2010). Así mismo Sánchez Hernández (2005), indica que existe el riesgo de presentar depresión si la persona no encuentre sentido a su existencia, tomando a esta entidad como una neurosis por falta de sentido de vida dentro de la salud mental.

Además los adolescentes al finalizar una etapa de la vida como la finalización de su estudio preuniversitario, inician con interrogantes del porqué de su existencia y comienza una autoevaluación de su vida; que al no encontrar dicho sentido y propósito promueven en muchos de los casos ideaciones suicidas.

La búsqueda de sentido en los estudiantes por tratar de llenar el vacío existencial, se especula que es en parte a un desconocimiento, miedo o confusión respecto al cómo actuar como una persona libre. Como Rogers C & Rosenberg (2012), lo indican el poder de las personas esta principalmente en conocer su potencialidad, considerarse libre y dueño del mismo y posteriormente ejercer en lo que cada uno considera que es su sentido de vida.

Es decir que el inicio de ésta libertad conlleva conflictos como empezar a cuestionar y romper las reglas o normas tradicionales con las que nos educaron, así también los adolescentes empiezan a relacionarse con las personas que concuerdan congruentemente con él y con los significados que para él tienen sentido. En definitiva el adolescente que se propone definir o encontrar su sentido de vida es equivalente a decir que se aventura a

convertirse en persona. Decisión que solo una persona libre y consciente puede hacer y es la característica que nos separa de los animales (Noblejas , 2010).

Comprendiendo que esta tarea es intransferible e irremplazable y que la elección de sentido que tomemos se verá influenciada desde la percepción de sí mismo y su entorno, podrán comprender simultáneamente quienes son, que pueden hacer y ser.

3.3.4 FUNDAMENTOS DEL SENTIDO DE LA VIDA

Muchos de los investigadores concuerdan que el sentido de la vida no se forma sino esta preexiste a nosotros y que cada uno tiene la libertad de buscarlo. Para ello son necesarios algunas bases que facilitarán el reconocimiento del sentido de vida y son los siguientes

EL SENTIMIENTO DE COMUNIDAD

El sentimiento de comunidad es la tendencia a la que se rige la persona ya que entiende que es eterna y que si la misma no es respetada se anula la meta que es la evolución (Ramón Sarró, 2007).

La persona al llegar al mundo se encuentra con todo aquello que nuestros antepasados han contribuido a la evolución y al progreso de la humanidad. Este mero hecho bastaría para influir e ilustrarnos sobre el modo de vivir nuestras vidas y que el humano se siente de alguna manera parte de la totalidad, de modo que no puedo progresar con su evolución sino viviendo y trabajando siempre como parte integrante de la colectividad.

Además todas nuestras funciones corporales y anímicas son justas, normales y sanamente desarrolladas para llevarnos a un grado de sentimientos de comunidad que invitan a la colaboración. El sentimiento de comunidad tiene dos caminos para escoger. El camino de la

virtud donde nuestras acciones colaborará para el progreso social o el camino del vicio en donde solo perturbará dicha colaboración (Sánchez Hernández, 2005).

El que no aporta en nada en pro de la humanidad y por ende de la evolución no puede ponerse al unísono con el cosmos y desaparece. Nombrando al cosmos como una fuerza mayor a la nuestra que nos antecede y es como si se encargara de decidir si comprendió o no el sentido de la vida (Ramón Sarró, 2007).

VOLUNTAD DE SENTIDO O TENDENCIA ACTUALIZANTE

Frankl y Rogers coinciden en describir que existe una fuerza natural al crecimiento, que Frankl la llama voluntad de sentido y Rogers tendencia actualizante, misma que nos distingue de los animales pues tenemos la capacidad de encontrarle sentido a nuestra vida y lo que nos impulsa a buscarlo es ésta fuerza motivacional.

Se le puede llamar voluntad de sentido al poder que preexiste en el humano para descubrir el fin o sentido de nuestra existencia y en esta línea la tendencia actualizante se comporta de igual forma como un organismo que se encuentra a la defensiva ante cualquier amenaza con el fin de lograr un mantenimiento equilibrado aun cuando las circunstancias no sean las mejores. Es decir esta fuerza tiene tendencia a moverse en dirección al desarrollo y a la mejora de su funcionamiento.

Para comprender mejor partimos de la existencia de una fuerza que nos lleva al desarrollo propio y de comunidad. Esta fuerza natural no disminuye, más bien nos impulsa más allá de sí mismos, expandiendose hacia una realidad exterior que auxilia a la persona para cumplir con sus deberes en pro de un desarrollo armonioso con la humanidad. Tambien la tendencia actualizante se la puede definir como la capacidad latente de comprenderse a sí

mismo y de resolver sus problemas de modo que logre la satisfacción necesaria para el funcionamiento adecuado (Ramón Sarró, 2007).

Sin embargo estos conceptos no tienen relación con valores positivos o negativos, son simplemente fuerzas continuas que nos impulsan a buscar y estimular las potencialidades para posteriormente encontrar un sentido de vida.

Frankl V.(2014), afirma que si no se encuentra un sentido a la vida podríamos caer en un vacío existencial y afirma que la busqueda del humano no es la felicidad, sino la voluntad de sentido que es el motor que nos llevará a encontrarla.

EL VACIO EXISTENCIAL

El vacío existencial es la pérdida del significado de la vida y carencia de contenido. En general es sentir que la vida no vale la pena vivirla.

Se considera que el origen del vacío existencial es la medida en que la persona encuentra limitada su voluntad de sentido. Esta se basa en dos principios:

- La pérdida de un principio básico que viene vinculada a nosotros desde los animales y nos confiere seguridad.
- La pérdida de las tradiciones que nos ayudaban al control de nuestra conducta.

Entonces si la persona se encuentra en este vacío, en donde no sabe qué hacer, no hay normas que le digan que hacer y en ocasiones ni siquiera sabe que es lo que quiere. Como medida para llenar ese vacío, llega el conformismo que significa hacer y desear lo que otros o el totalitarismo, es decir hacer lo que otras personas quieren que haga (Ramón Sarró, 2007).

Este vacío existencial es la base de muchos de los casos de suicidio, depresión, abuso de drogas y delincuencia juvenil. En algunas ocasiones la compensación del vacío existencial se llena con la búsqueda de poder y de placer (Manrique Tisnés, 2011). Estas son solo señales de la forma en la que enfrentan ese vacío.

Otros autores como Battista y Almond en 1973, Harlow y Bentler en 1986, Débats y Wezeman en 1993, encontraron mediante investigación empírica, correlación entre el vacío existencial, la ideación suicida, la toxico dependencia, la depresión y la ansiedad (Kraus, Rodriguez, & Dixe, 2010).

LA CONCIENCIA

La conciencia es el conocimiento que tiene la persona de su existencia y nos da la capacidad de percibir el sentido en situaciones concretas de la vida (Kraus, Rodriguez, & Dixe, 2010).

La esencia de la existencia es la toma de conciencia plena de sus responsabilidades personales al estar en este mundo. El adolescente se plantea que cargo cumple consigo mismo y con su propia vida y es la conciencia quien pone la incertidumbre de si hallamos el auténtico sentido o nos hemos dejado llevar por espejismos.

Al madurar el adolescente cambia su forma de ver la vida, pues cambia la conciencia predeterminada por los adultos en la niñez por una propia. El adolescente toma responsabilidad de sí mismo y de sus actos, experimentando así la conciencia autónoma;

esta no depende de estímulos o castigos externos, sino es la conciencia la que regula el actuar del adolescente (Calvo Jiménez, s.f.).

El adolescente puede tomar de dos formas este entender: gozar en emprender un proyecto que defina la propia existencia o angustia por sentirse expuestas a un mundo con el peso de una vida que ellos no eligieron (Manrique Tisnés, 2011). Es por eso que la educación debería ser la encargada no solo transmitir conocimientos sino de definir a la conciencia del adolescente para no llegar al punto de cargar con un peso que es vivir para el cual no fueron preparados.

Frankl propone para la búsqueda de sentido de vida tres formas de encontrarlo:

- Realizando una acción
- Teniendo algún principio
- Encontrándolo en base al sufrimiento

Es increíble ver que hasta el sufrimiento es un camino en el cual se puede encontrar un sentido. De esta manera se propone que aun en las peores circunstancias la persona es libre de decidir cómo asume su vida y por ello es responsable (Frankl, 2014, pág. 109).

Una de las dificultades que se tiene en psiquiatría es hacerle frente a los asuntos emocionales y peor aún cuestiones filosóficas como en el caso del sentido de vida.

Mucha de las ocasiones el terapeuta encamina al consultante en una estrategia llamada intención paradójica que consiste en tomar cierta distancia entre la persona y las situaciones que la aquejen para así poder reírse de sus problemas. Esto se puede describir como ir más allá de sí mismo (Manrique Tisnés, 2011).

> En un estudio que buscaba la relación entre la desesperanza y el vacío existencial se encontró que el sentido de la vida se relaciona fuertemente a la experiencia de libertad, responsabilidades, cumplimiento de metas, visión de sí mismo y de su vida en el futuro y autorrealización (García Alandete, Gallego Pérez, & Pérez Delgado, 2009, pág. 448).
>
> Además el vacío de un sentido de vida en los adolescentes aparece después de una falta de control sobre la vida y ausencia de metas vitales.

Tanto la ausencia de sentido de vida así como la desesperanza de encontrarla remite en la persona un estado de ánimo lleno de apatía, cansancio, inutilidad, fatalismo pudiendo acarrear al adolescente al suicidio. Es por eso que se ve relacionado la falta de sentido de vida a la salud mental del adolescente (García Alandete, Gallego Pérez, & Pérez Delgado, 2009, pág. 448).

EL SENTIDO DE LA EXISTENCIA

Para Frankl el sentido de la existencia se concreta a través de valores que los nombró:

> Valores de creación: Es todo aquello que creamos a través de una actividad que realizamos en la sociedad.
>
> Valores de Experiencia: Aprendizaje que se recibe a través de nuestra experiencia con el mundo.
>
> Valores de actitud: Se define por las actitudes que el individuo toma frente a circunstancias negativas, como la muerte, culpa y dolor (López, 2009).

3.3.5 NIVELES DEL SENTIDO DE LA VIDA

Se plantea que el sentido de la vida puede tener varios niveles y se los puede clasificar según su complejidad.

Nivel Básico.- Consiste en un nivel sensorial y sensitivo de la vida y de estar vivo. Conociendo que existen personas que pierden el sentido de la vida a este nivel, recurriendo como vía para sentirse vivos a todas aquellas experiencias intensas que le proporcionen sensaciones extremas aunque sean momentáneas. Estas sensaciones extremas pueden ser vistas por los adolescentes como el deseo o ganas de vivir, sin embargo este tipo de actitudes que muchas de las veces están al borde de la muerte puede ser un signo inconsciente del deseo de morir al no encontrar un sentido.

Nivel intermedio.- Este nivel es el llamado teológico de la vida es decir, tener una meta planteada a largo plazo. En este nivel la persona llega a darle valor a alguien o algo por lo cual vivir y sin tener claro el por qué es tan importante. Sin embargo los adolescentes caen en un vacío existencial cuando pierden dicha causa.

Nivel superior.- En el que se atribuye un significado a la vida, que al no tenerlo entra el adolescente en un periodo de confusión para intentar buscar caminos en donde pueda encontrarlo o por otro lado vive su vida sin pensar. Camino para no afrontar la confusión en la que se hallan son las experiencias intensas y al límite en los que se involucran.

Nivel máximo.- Llamado también la vida analizada, que significa la plenitud en el sentido de vida que es el resultado de superar los niveles anteriores, considerando que cada nivel que pase es requisito previo para que se encuentre el siguiente.

No obstante no siempre se cumple esta regla. Encontrando casos en que las personas pueden comenzar analizar su vida sin que hayan tenido un propósito previo, significado o el deseo de estar vivos (Manrique Tisnés, 2011).

3.3.6 COMO ENCONTRAR SENTIDO A LA VIDA.

Existen muchas personas en el mundo que han tenido que pasar situaciones difíciles, como la muerte de un ser querido, un divorcio, sufrir una condena en prisión por un crimen que no se cometió, inclusive sufrir una enfermedad terminal o incapacitante y a pesar de todo ese shock psicológico que sufren, las personas han podido encontrar el sentido de su vida para poder seguir adelante.

Esto nos lleva preguntarnos, ¿cómo hacen estas personas para sobrellevar la situación por la cual han pasado? Puesto que al ser visto por otros es una situación imposible de superar y poder encontrar ese sentido de vida que le ayude a salir.

Es aquí donde Frankl V.(2014), recalca que ¨Al hombre se le puede arrebatar todo salvo una cosa: la última de las libertades humanas la elección de la actitud personal que debe adoptar frente al destino para decidir su propio camino¨ pág26. Es decir que todos tenemos la singular oportunidad de decidir por nosotros mismos si nuestro sufrimiento sea el motivo de derrota en incluso las circunstancias más adversas o sea la causa para darle sentido a nuestra vida. Porque esa es la libertad interior que todo humano tiene y nadie puede arrebatarla.

Un ejemplo claro fueron las circunstancias por la que Viktor tuvo que pasar, en donde atentaron en contra de la persona, haciéndoles sufrir humillaciones, hambre, maltratos físicos y morales. Sin embargo él fue el único que tenía el poder de no consumirte en ira, estrés, miedo o depresión y elegir el modo con el que enfrentará la situación.

Además hay que considerar que no se puede cambiar las situaciones externas, pero si podemos cambiar la manera de actuar ante estas situaciones.

> Para Frankl V.(2014), ¨Lo que de verdad necesitamos es un cambio radical en nuestra actitud hacia la vida. Tenemos que aprender por nosotros mismos y después enseñar a los desesperados que en realidad no importa que no esperemos nada de la vida, sino si la vida espera algo de nosotros¨ (2014, pág.26).

Muchas de la veces estamos inconformes con lo que tenemos y nos ponemos a especular si tuviéramos una casa más grande sería más feliz, si tuviera un carro más nuevo sería más alegre, si viviera en otro sitio mi vida sería plena. Pero con seguridad, independientemente en la situación en la que se encuentre el humano, las condiciones que lo rodean nunca van a ser perfectas y solo en él está tomar las acciones necesarias para cambiar y avanzar con el flujo de la vida. Sin olvidar que mientras nos encontramos en este mundo tenemos un sentido por el cual vivir, solo hay que buscarlo.

Al tratar de ayudar a las personas a encontrar su sentido de vida, los expertos se enfocan en dejarles libremente desarrollar su interpretación interna la cual será edificada por sus propias experiencias (Noblejas , 2010).

De eso se trata por ejemplo la logoterapia. Logo que viene del significado ¨sentido¨ en griego y otro significado que es ¨espíritu¨ hablando de este último en lo meramente humano más no religioso. Para la logoterapia el principal motor que impulsa al humano es la búsqueda de su sentido de vida, denominada por Frankl(2014), como la ¨voluntad de sentido¨ (pág. 34).

> Lo que hace la logoterapia es ayudar a ensanchar su campo de visión a la persona que carece de significado en la vida para que pueda ver un gran espectro de sentidos o significaciones en las que pueda elegir (Frankl, 2014, pág. 109).

Por lo tanto la logoterapia se encarga de ampliar tu horizonte y destapar las mantas que le mantiene cegado. Así mismo se trata de un proceso para tomar conciencia, como por ejemplo cuando un gran empresario que llega a un punto donde se da cuenta que el ganar dinero no le importa tanto como se imaginaba, que detrás de esa búsqueda de placer y delirio de trabajo existe un vacío interior, una búsqueda de sentido frustrada. Es cuando toma conciencia de ello. Por lo tanto, tiende la mano a un sentido, a un compañero/a que pueda amar y al que no solo utiliza como una herramienta sexual o como medio para conseguir la abreación y descarga así sus necesidades y pulsiones sexuales. Es cuando se da cuenta que le aguardan una serie de obligaciones y que debe ponerse al servicio de del algo o alguien que podrá servir de verdad y en el servicio de ese algo la persona se podrá realizar.

Frankl. (2014), propone para la búsqueda de sentido de vida tres formas de encontrarlo:

- Realizando una acción
- Teniendo algún principio
- Encontrándolo en base al sufrimiento

> Es increíble ver que hasta el sufrimiento es un camino en el cual se puede encontrar un sentido. De esta manera se propone que aun en las peores circunstancias la persona es libre de decidir cómo asume su vida y es responsable de ello (Frankl, 2014, pág. 109).

Una de las dificultades que se tiene en psiquiatría es hacerle frente a los asuntos emocionales y peor aún cuestiones filosóficas como en el caso del sentido de vida.

Mucha de las ocasiones el terapeuta encamina al consultante en una estrategia llamada intención paradójica que consiste en tomar cierta distancia entre la persona y las situaciones que la aquejen para poder reírse de sus problemas. Esto se puede describir como ir más allá de sí mismo (Manrique Tisnés, 2011).

En un estudio que buscaba la relación entre la desesperanza y el vacío existencial se encontró que el sentido de la vida se relaciona fuertemente a la experiencia de libertad, responsabilidades, cumplimiento de metas, visión de sí mismo y de su vida en el futuro y autorrealización (García Alandete, Gallego Pérez, & Pérez Delgado, 2009, pág. 448).

Además el vacío de un sentido de vida en los adolescentes aparece después de una falta de control sobre la vida y ausencia de metas vitales.

Tanto la ausencia de sentido de vida así como la desesperanza de encontrarla remite en la persona un estado de ánimo lleno de apatía, cansancio, inutilidad, fatalismo pudiendo acarrear al adolescente al suicidio. Es por eso que se ve relacionado la falta de sentido de vida a la salud mental del adolescente (García Alandete, Gallego Pérez, & Pérez Delgado, 2009, pág. 448).

4 CAPITULO III MÉTODOS

4.1 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN EN LA QUE SE CIRCUNSCRIBE EL PROYECTO

La línea de investigación se ajusta a la sociedad y comunidad, pues mediante la identificación del problema se aporta datos reales y actualizados de nuestra población. Además dicha información puede ser de ayuda para nuevos proyectos investigativos y

porque no para el planteamiento de estrategias que mejoren el nivel de autoestima en los adolescentes, prevengan la aparición de depresión y resulten positivos para la búsqueda de sentido de vida.

4.2 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional, analítico de tipo Transversal. Observacional puesto que se especificó las características y los perfiles importantes de los estudiantes de bachillerato, valorando y recogiendo datos, sobre las distintas variables tales como: depresión, autoestima y sentido de vida, con sus diferentes elementos y variables de confusión y analítico correlacional porque su objetivo principal fue identificar la relación existente entre dos o más variables, sin que haya intervención por parte del investigador y en un determinado tiempo; por lo tanto se utilizó para cada variable cuantitativa medidas de tendencia central y para cualitativas con medidas porcentuales, a su vez en el análisis bivariado se relacionó las principales variables depresión, autoestima, sentido de vida y sociodemográficas.

4.3 AREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en estudiantes de 1ro, 2do y 3er nivel de bachillerato en Ciencias del Colegio Nacional "Jorge Álvarez" del cantón Píllaro que cursan el año lectivo 2016-2017.

4.4 UNIVERSO Y MUESTRA

El universo temporal y espacial estaba conformado por estudiantes de 1°, 2° y 3° curso de bachillerato del Colegio Nacional ¨Jorge Álvarez¨ en el periodo de octubre a diciembre del 2016, repartidos en 6 paralelos, teniendo un total de 200. El criterio seleccionado de los paralelos participantes fue aleatorio por conglomerados.

El tamaño de la muestra se calculó de la siguiente manera:

Se calculó el número de estudiantes a participar sobre la base de un margen de error 0,0025, 14, 8% de prevalencia de depresión reportada en Cuenca y margen de ellos del 0.85% con universo finito y el valor de la distribución normal estándar para la confiabilidad deseada fue de (3.82), obteniendo como muestra 195 estudiantes.

Se aplicó la siguiente fórmula

$n= \alpha z^2 {}_x\, p\, {}_x q / (e)^2$

Donde

n= es el tamaño de la muestra

αz^2= es el valor de la distribución normal estándar para una confiabilidad deseada

p= es la prevalencia de la población que posee la característica de interés

q= 1-p

$(e)^2$= es el margen de error estimado o ancho medio del intervalo deseado

4.5 CRITERIOS DE INCLUSION

- Estudiante que se encuentren matriculados en el periodo electivo
- Estudiante de los paralelos que resulten seleccionados dentro del muestreo y que se encuentren el día de la encuesta.
- Estudiantes cuyos padres firmen el consentimiento informado.
- Estudiante quienes acepten participar en el estudio.

4.6 CRITERIOS DE EXCLUSION

- Estudiantes que no deseen participar en el estudio
- Estudiantes que no tengan el consentimiento de sus representantes.

4.7 OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO	ESCALA	INDICADOR
Edad	Es el tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento hasta la fecha que se realiza la encuesta	Cuantitativa discreta	Adolescencia media Adolescencia tardía	Años cumplidos
Sexo	Determinar el sexo según su genética de nacimiento (XX o XY)	Cualitativa nominal	Hombre Mujer	Sexo
Lugar de Residencia	Establecimiento o lugar donde vive	Cualitativa nominal	Urbano Rural	Zona
Nivel de bachillerato	Años cursados del colegio	Cualitativa ordinal	Primero Segundo Tercero	Año del bachillerato
Tipo de familia	Familia en el cual los miembros interactúan entre sí, transmitiendo de uno a otro las diferentes formas de ser, conformando un sistema funcional.	Cualitativa nominal	Funcional Disfuncional	APGAR Familiar

Depresión	Trastorno mental caracterizado por una honda tristeza, decaimiento, falta de interés y disminución de las funciones psíquicas.	Cualitativa nominal	Si presenta No presenta	Escala de Zung
Autoestima	Sentimiento valorativo, de nuestra manera de ser, de quienes somos, de nuestros rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran la personalidad	Cualitativa nominal	Baja Media Elevada	Escala de autoestima de Rosemberg
Sentido de vida	Claridad del propósito o sentido que tiene la persona en la vida.	Cualitativa nominal	Plenitud Sentido Alto sentido Medio sentido Búsqueda de sentido	Test de sentido de vida.(EDSV)

4.8 MÉTODOS, TECNICAS, INSTRUMENTOS

Se solicitó el permiso de las autoridades del Colegio Nacional "Jorge Álvarez" y la aprobación de la Directora Distrital de Educación 18D05 de Santiago de Píllaro.

Se procedió a explicar y distribuir los consentimientos y asentimientos informados.

Se firmó el consentimiento y el asentimiento informado.

Se aplicó el método de fuente primaria que en este caso fueron las encuestas, previamente validadas a la población con la prueba piloto.

Dichas encuestas se las realizó en distintos días con adolescentes quienes cumplían con los criterios de inclusión hasta completar la muestra.

Para el análisis y recolección de la información, se utilizaron cuatro escalas:

Escala de Autoestima de Rosemberg.- Encuesta que se utiliza para valorar la autoestima personal entendida como una ¨experiencia individual, íntima o personal de la propia estimación de valía¨ (Zuleima Cogollo, 2015).

La encuesta consta de 10 frases de las que 5 están enunciadas de forma positiva y 5 negativas para controlar el efecto de la aquiescencia por su autoevaluación.

Interpretación: De los ítems 1 - 5, las respuestas A - D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 -10, las respuestas A - D se puntúan de 1 a 4.

Los resultados se evalúan de la siguiente manera:

De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considerada nivel normal

De 26 a 29 puntos: Autoestima media. Sin presentar problemas graves de embargo es conveniente su mejoría

Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Considerada como un problema significativo de autoestima.

Dicha escala fue traducida y validada en castellano y la consistencia interna de la escala se encuentra entre 0.76% y 0.87%, con una fiabilidad del 0.80 (Antonio J. Vásquez Morejón, 2014).

Sentido de vida: La Encuesta a utilizar es la Escala Dimensional de Sentido de Vida (EDSV), herramienta de aplicación individual o colectiva que puede ser aplicada en contextos clínicos o investigativos. Adaptada para América latina por Martínez (Efrén Martínez Ortiz, 2011).

La escala consta de 18 ítems de respuesta tipo Likert de 4 dimensiones, que va desde totalmente de acuerdo hasta en total desacuerdo. Se califica sumando los puntos conseguidos por cada elección realizada por el adolescente, posteriormente se comparará con una tabla su clasificación de acuerdo al resultados numérico y si es directo o inverso el puntaje (valorados de 0-3 en los ítems directos (2,3,6,9,15), y de 3-0 en los inversos (1,4,5,7,8,10,11,12, 13,14,16,17,18,19,20), este total se divide entre 18 y así se llegará al punto final consiguiendo el dato que permite ubicar el nivel de sentido de vida del evaluado, el cual puede oscilar entre 0 y 54 puntos (Efrén Martínez Ortiz, 2011).

Los resultados obtenidos se clasifican en tres grandes grupos que son:

- Plenitud de sentido (2.65 a 3 ptos.)
- Alto sentido vital (2.64 a 2.35 ptos.)
- Medio sentido vital (2.34 a 2 ptos.)
- Búsqueda de sentido vital. (0 a 1.99 ptos.)

Esta categorización se coloca de acuerdo al puntaje que se obtenga, mientras más alto es el resultado mayor sentido vital muestra el adolescente y mientras es más bajo denotará un pobre sentido de vida.

Depresión: La escala de Zung para depresión fue creada por W.W.Zung para autoevaluar el nivel de depresión. Es un instrumento auto administrado tipo Likert, rápida y fácil que valora que tan deprimido se encuentra una persona.

> Existen 18 ítems en la encuesta que incluyen las 4 características comunes de la depresión como son: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras. La mitad de las preguntas se formulan de forma positiva, y la otra mitad de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4, se resuelve marcando con una equis la frecuencia de los síntomas por las últimas dos semanas (Adalberto Campo Arias, 2006).

Dando resultados globales entre veinte y ochenta. Tradicionalmente, las puntuaciones iguales o superiores a 50 se consideran síntomas depresivos con importancia clínica.

Resultados:

- 25 a 49 rango normal
- 50 a 59 Ligeramente deprimido
- 60 a 69 Moderadamente deprimido
- 70 o más, Severamente deprimido

Tipo de familia: Se trata de un cuestionario que explora el funcionamiento de la familia considerando algunos temas clave como marcadores de las principales funciones de la familia. La misma evalúa cinco funciones básicas de la familia: Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto, y Recursos.

> ADAPTACIÓN: es la capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar o periodos de crisis.
>
> PARTICIPACIÓN: o cooperación, es la implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar.
>
> GRADIENTE DE RECURSOS: es el desarrollo de la maduración física, emocional y auto realización que alcanzan los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo.
>
> AFECTIVIDAD: es la relación de cariño amor que existe entre los miembros de la familia.
>
> RECURSOS O CAPACIDAD RESOLUTIVA: es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia, generalmente implica compartir unos ingresos y espacios (Espinoza, Junio 2014).

Este instrumento es de gran utilidad y fácil aplicación se conforma por 5 preguntas las mismas que tiene opción de respuesta tipo Likert (0- nunca, 1-casi nunca, 2-algunas veces, 3- casi siempre, 4-siempre)

Para la interpretación se valora con el siguiente puntaje:

- Normal: 17 a 20 puntos
- Disfunción leve: 16 a 13 puntos.
- Disfunción moderada: 12 a 10 puntos
- Disfunción severa: menor o igual a 9

La validación inicial del APGAR familiar mostró un índice de correlación de 0.80 entre este test y el instrumento que anteriormente se utilizaba Pless-Satterwhite Family Function Inde (Espinoza, Junio 2014).

La misma ha sido traducida y validada en castellano, se ha estudiado desde su constructo hasta su validez factorial. Según Gómez Clavelina Francisco(2010), la consistencia interna de la escala es de 0, 81 y la fiabilidad es de 0,81%.

4.9 TABULACIÓN Y ANALISIS

Para el análisis de la información se utilizó el programa estadístico, BM SPSS Statistics 24.0. Se creó una base de datos en Excel, en la cual se ingresaron los datos codificados, los mismos que fueron utilizados para la realización de gráficos estadísticos.

Para el análisis de datos se utilizó las tablas de distribución de frecuencias agrupando los datos en categorías e indicando el número de observaciones en cada categoría. Para la división y distribución de los resultados se usó las medidas de posición, subdividiendo las mismas de acuerdo a la proporción de frecuencias observadas y a continuación el diagrama de cajas y bigotes que nos ayuda a visualizar la distribución de los datos.

Nos ayudamos también de las tablas de contingencia en donde pudimos reflejar la distribución de las variables en relación a las demás tomando en cuenta el Chi2,

posteriormente realizamos tablas de 2x2 utilizando las medianas y sacamos OR para indicar el tamaño del efecto.

4.10 ASPECTOS ÉTICOS

Una vez aprobado el protocolo, se solicitó aprobación del consentimiento y asentimiento informado por parte del comité de bioética de la facultad de medicina, los mismos que una vez aprobados se entregaron a las participantes. Con palabras sencillas y claras se explicó el uso de los datos obtenidos y la confidencialidad de los mismos.

4.11 CONFIDENCIALIDAD DEL ADOLESCENTE

Para cuidar la confidencialidad de los adolescentes los datos se conservaron en anonimato durante y después de la investigación; el acceso a la información de los participantes se restringió únicamente a los investigadores; la información sobre los estudiantes participantes en la investigación no se divulgó por los investigadores a terceros a menos que el adolescente lo solicite.

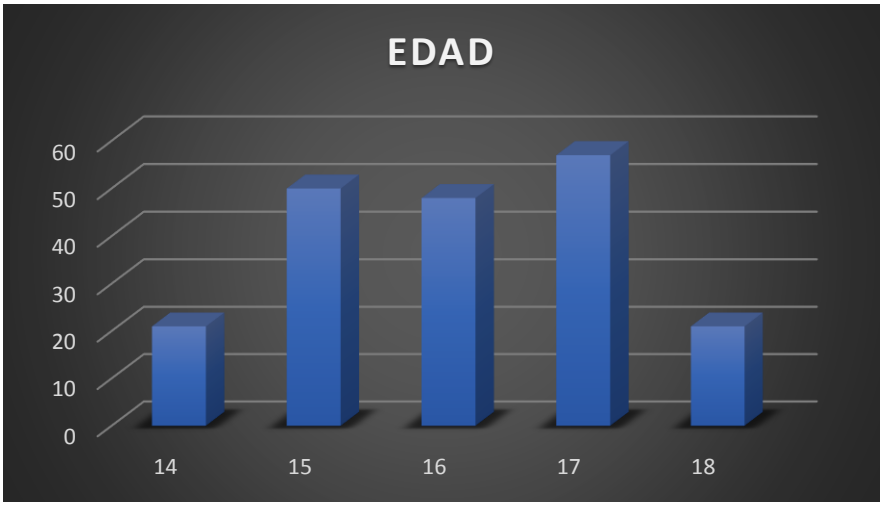
5 CAPITULO IV RESULTADOS

5.1 RESULTADOS

El tamaño de la muestra inicial fue de 195 estudiantes del Colegio Nacional ¨Jorge Álvarez¨ más 5 adolescentes extras por el margen de personas quienes tengan criterios de exclusión. Al iniciar la recolección de datos, se encontró con 3 estudiantes quienes no obtuvieron el consentimiento de sus padres para poder realizar las encuestas. Con estas consideraciones en el estudio se logró recolectar el 100% de la muestra establecida, la recolección de los datos se llevó a cabo según lo establecido y a continuación se presentan los resultados.

5.1.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN

Gráfico1. Distribución de estudiantes según los años cumplidos



Fuente: Base de datos de la investigación
Elaborado: Marcela Romero O.

La distribución según edades se encuentra entre 14 y 18 años siendo el grupo más representativo el de 15 (25%), 16 (24%) y 17 años (29%). Estos datos se deben a que el 44% de los encuestados se encontraban en el último nivel de bachillerato, por lo tanto la muestra recolectada tiende a concentrarse en estas edades.

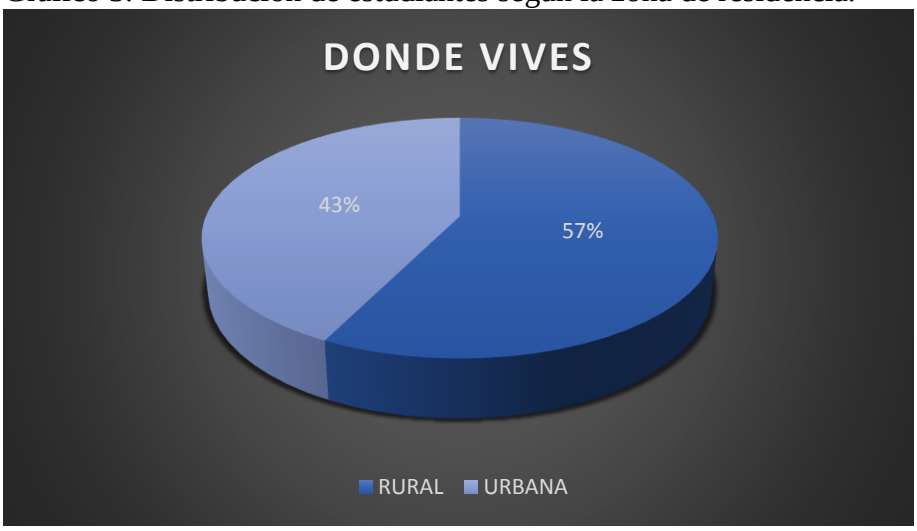
Gráfico2. Distribución de estudiantes según su sexo.



Fuente: Base de datos de la investigación
Elaborado: Marcela Romero O

La distribución en cuanto al sexo en su mayoría está conformada por mujeres (57%) con 14% más que hombres. Dato afín al reportado por el INEC (2015) en donde el 50,48% pertenece a mujeres adolescentes y 49,52% a hombres.

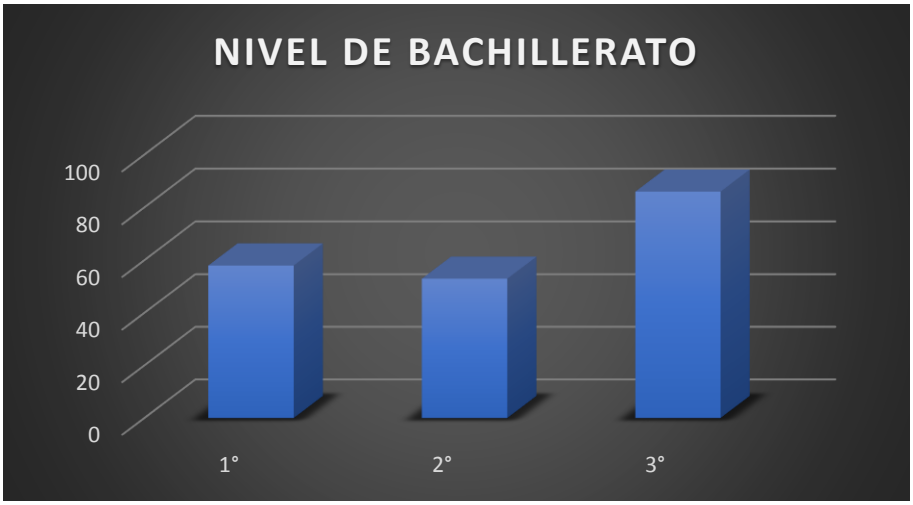
Gráfico 3. Distribución de estudiantes según la zona de residencia.



Fuente: Base de datos de la investigación
Elaborado: Marcela Romero O.

Al dividir el grupo estudiado, 113 proceden de la zona rural del cantón y 84 de la zona urbana, encontrando una mínima diferencia pese a que el cantón cuenta con 2 parroquias urbanas y 7 rurales.

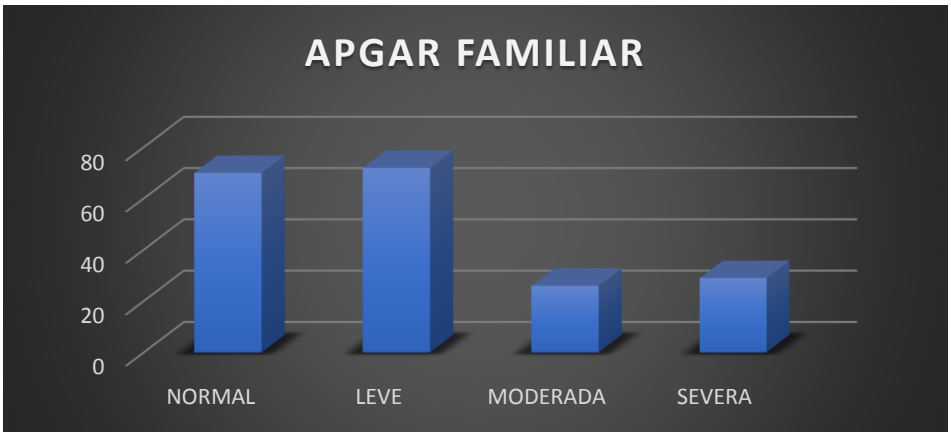
Gráfico4. Distribución de los estudiantes según el nivel de bachillerato que cursan.



Fuente: Base de datos de la investigación
Elaborado: Marcela Romero O.

En el gráfico se puede observar que la mayor cantidad de adolescentes se encontraban en el tercer nivel de bachillerato (44%), con una diferencia de 15% y 17% en relación a primer nivel y segundo nivel respectivamente.

Gráfico 5. Distribución de los estudiantes según su tipo de familia.

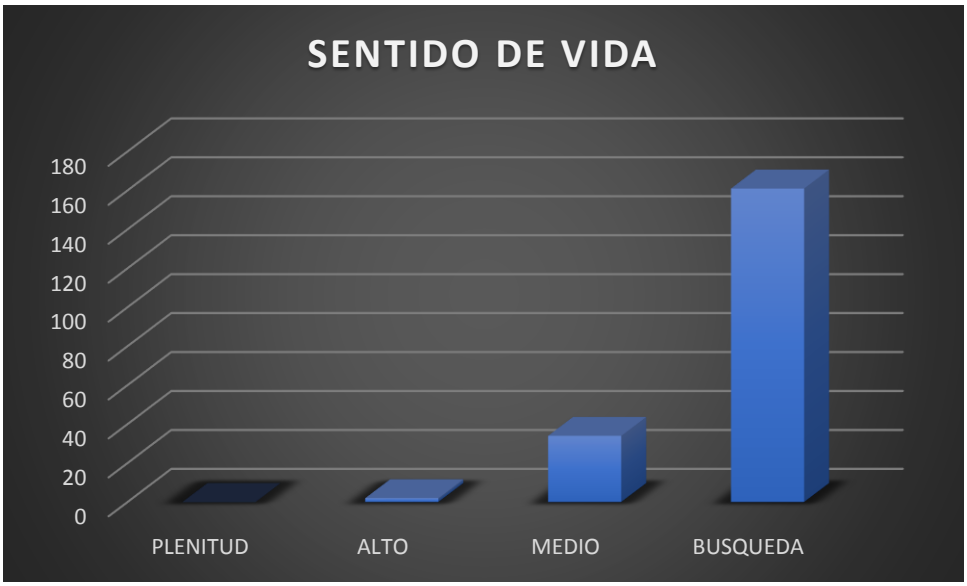


Fuente: Base de datos de la investigación
Elaborado: Marcela Romero O.

El gráfico muestra la distribución de los estudiantes según el tipo de familia que poseen, valorado con el APGAR Familiar se obtuvo estos datos. El 65% de la muestra tuvo algún grado de disfunción familiar que podía ir desde leve hasta severa disfunción familiar y el 36% calificó su familia como funcional. Cabe recalcar que la evaluación fue realizada por el adolescente teniendo en cuenta la visión del mismo hacia su familia.

Búsqueda de sentido de vida.

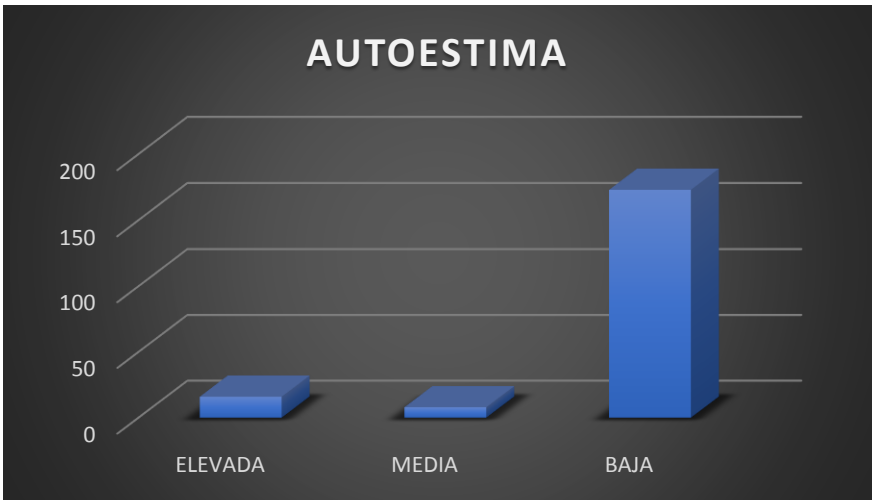
Gráfico 6. Distribución de los estudiantes según su grado de sentido de vida.



Fuente: Base de datos de la investigación
Elaborado: Marcela Romero O.

De los adolescentes encuestados el 82% no encuentran sentido a su vida, es decir están en busca de un sentido, 17% en medio sentido de vida y 1% alto sentido sin llegar ningún adolescente a la plenitud del mismo.

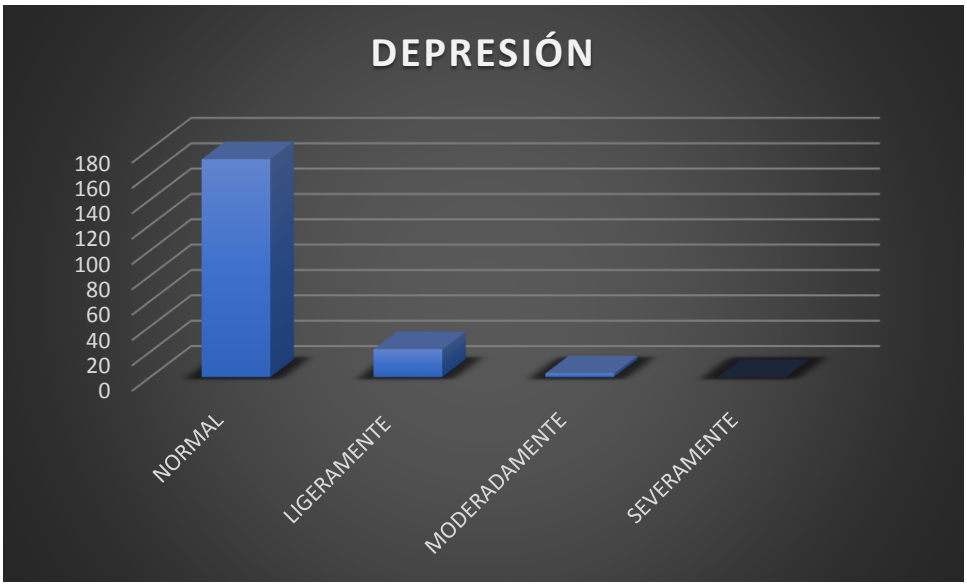
Gráfico 7. Distribución de los adolescentes según su nivel de Autoestima.



Fuente: Base de datos de la investigación
Elaborado: Marcela Romero O.

Al evaluar a los adolescentes el nivel de autoestima en el que se encontraban, acertamos que la autoestima baja es la que predomina en la población con 88% de adolescentes, y tan solo 16 personas que equivalen al 8% de la muestra poseen una elevada autoestima.

Gráfico 8. Distribución de los estudiantes según su nivel de Depresión.



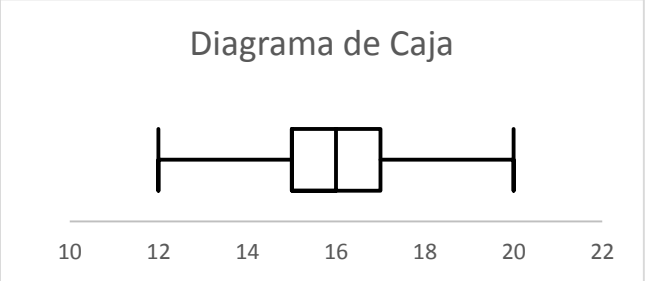
Fuente: Base de datos de la investigación
Elaborado: Marcela Romero O.

Se observa que un 13% de los encuestados tienen una posible depresión (11% ligeramente deprimidos y 2% con depresión moderada) pero nadie llega a un grado severo de depresión y el 87% se encuentra sin signos depresivos.

Después de evaluar a los estudiantes y obtener los resultados en cuanto a prevalencia, proseguimos con la división de la muestra para un análisis con variables dicotómicas para lo cual nos ayudamos del diagrama de caja y bigotes.

Gráfico 9. Diagrama de caja y bigotes de Edad

Mínimo	14,00
Q1	15,00
Q2 (Mediana)	16,00
Q3	17,00
Máximo	18,00
Rango Intercuartílico	2,00
Límite Inferior	12,00
Límite Superior	20,00

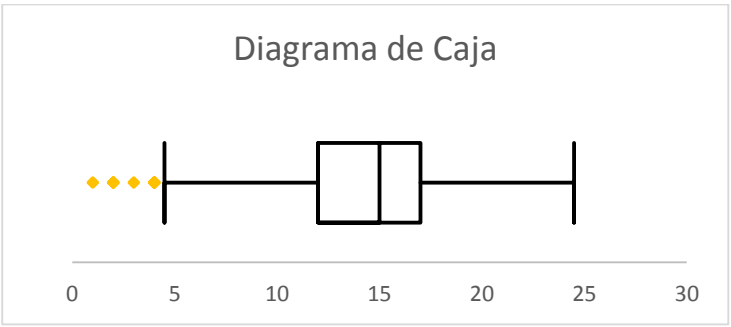


Fuente: Base de datos de la investigación
Elaborado: Marcela Romero O.

Se encuentra que la mediana está en los 16 años, sin encontrar ningún valor atípico en la muestra.

Gráfico 10. Diagrama de caja y bigotes de tipo de Familia

Mínimo	1
Q1	12
Q2 (Mediana)	15
Q3	17
Máximo	20
Rango Intercuartílico	5
Límite Inferior	4,5
Límite Superior	24,5

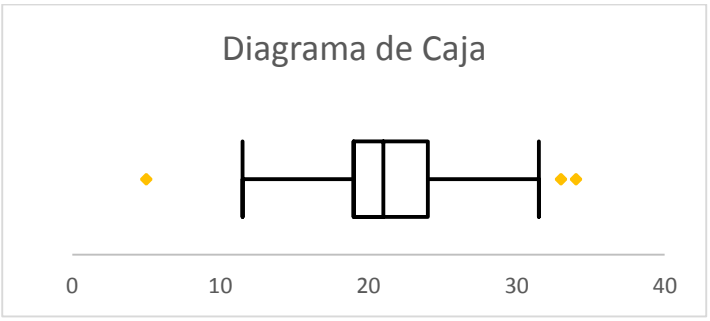


Fuente: Base de datos de la investigación
Elaborado: Marcela Romero O.

Como se puede observar la mediana de APGAR familiar se encontró en 15, conociendo que en esta escala el máximo valor era 20, es decir una familia funcional y el mínimo fue de 1 que representaba una disfunción severa.

Gráfico 11. Diagrama de caja y bigotes de Autoestima

Mínimo	5
Q1	19
Q2 (Mediana)	21
Q3	24
Máximo	34
Rango Intercuartílico	5
Límite Inferior	11,5
Límite Superior	31,5

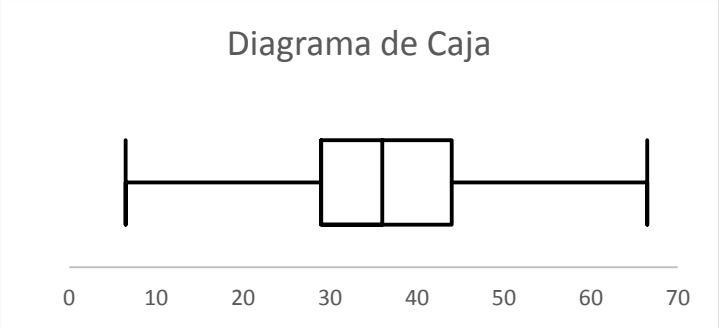


Fuente: Base de datos de la investigación
Elaborado: Marcela Romero O.

La mediana de la muestra fue 21 encontrándose este valor dentro del rango de autoestima baja, puesto que la mayor cantidad de adolescentes la tenían, además se observan valores atípicos los que se encuentran por debajo del límite inferior y el límite superior.

Gráfico 12. Diagrama de caja y bigotes de Depresión.

Mínimo	13
Q1	29
Q2 (Mediana)	36
Q3	44
Máximo	63
Rango Intercuartílico	15
Límite Inferior	6,5
Límite Superior	66,5

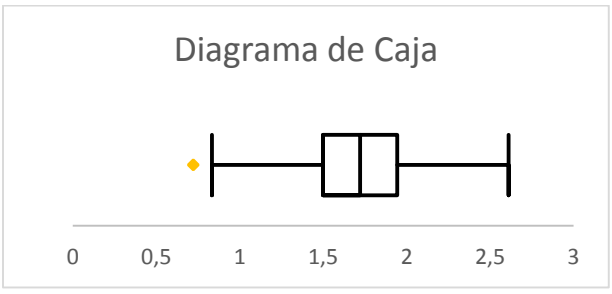


Fuente: Base de datos de la investigación
Elaborado: Marcela Romero O.

Se encontró que el puntaje 36 en el test de Zung para depresión era la mediana de la muestra, colocando a la misma como el punto de partida para definir si el adolescente presenta o no depresión. Además no se observaron puntos atípicos en la muestra recolectada.

Gráfico 13. Diagrama de caja y bigotes de Sentido de Vida.

Mínimo	0,72
Q1	1,50
Q2 (Mediana)	1,72
Q3	1,94
Máximo	2,44
Rango Intercuartílico	0,44
Límite Inferior	0,83
Límite Superior	2,61



Fuente: Base de datos de la investigación
Elaborado: Marcela Romero O.

Como se puede apreciar el diagrama de caja y bigotes nos dice que la mediana de la muestra es 1, 72, el mismo que se encuentra dentro de los rangos de búsqueda de sentido de vida ya que como se observó anteriormente un gran porcentaje de los adolescentes presentaron estar en búsqueda de sentido.

Búsqueda de sentido de vida según el grupo etario.

Tabla 1. Distribución del sentido de vida de acuerdo a la edad.

		SENTIDO DE VIDA								TOTAL	
		PLENITUD		ALTO		MEDIO		BUSQUEDA			
EDAD	14	0	0,0%	0	0,0%	3	1,5%	18	9,1%	21	10,7%
	15	0	0,0%	0	0,0%	9	4,6%	41	20,8%	50	25,4%
	16	0	0,0%	0	0,0%	5	2,5%	43	21,8%	48	24,4%
	17	0	0,0%	2	1,0%	13	6,6%	42	21,3%	57	28,9%
	18	0	0,0%	0	0,0%	4	2,0%	17	8,6%	21	10,7%
TOTAL		0	0,0%	2	1,0%	34	17,2%	161	81,7%	197	99,9%

X^2= 8,249 (p-valor= 0,4094 = 0,94%)

Fuente: Base de datos de la investigación
Elaborado: Marcela Romero O.

Con una probabilidad de error de 0,94% los estudiantes que se encuentran en la adolescencia media cursan por una etapa de búsqueda de sentido de vida. Además se observa que al iniciar la etapa de adolescencia tardía existen un 1% de adolescentes que encontraron sentido a su vida.

Cabe recalcar que la prueba nos indica que las variables estudiadas son independientes, es decir no existe relación entre la edad del estudiante y el sentido de vida que presente.

Búsqueda de sentido de vida según el sexo

Tabla 2. Distribución del sentido de vida según su sexo.

		SENTIDO DE VIDA								TOTAL	
		PLENITUD		ALTO		MEDIO		BUSQUEDA			
SEXO	HOMBRE	0	0,0%	1	0,5%	21	10,7%	62	31,5%	84	42,6%
	MUJER	0	0,0%	1	0,5%	13	6,6%	99	50,2%	113	57,3%
TOTAL		0	0,0%	2	1,0%	34	17,2%	161	81,7%	197	99,9%

X^2= 6,2519(p-valor 0,0439 = 4,39%)

Fuente: Base de datos de la investigación
Elaborado: Marcela Romero O.

Con una probabilidad de error de 4,39% los estudiantes de sexo femenino presentan mayor búsqueda de sentido de vida que los estudiantes de sexo masculino. Y su vez los adolescentes de sexo masculino presentan mayor sentido de vida que el sexo femenino.

Búsqueda de sentido de vida según el nivel de bachillerato.

Tabla 3. Distribución de los estudiantes según su sentido de vida y nivel de bachillerato.

		SENTIDO DE VIDA								TOTAL	
		PLENITUD		ALTO		MEDIO		BUSQUEDA			
NIVEL_BACHILLERATO	1ro	0	0,0%	0	0,0%	7	3,6%	51	25,9%	58	29,4%
	2do	0	0,0%	0	0,0%	10	5,1%	43	21,8%	53	26,9%
	3ro	0	0,0%	2	1,0%	17	8,6%	67	34,0%	86	43,6%
TOTAL		0	0,0%	2	1,0%	34	17,2%	161	81,7%	197	99,9%

X^2= 4,3087 (p-valor 0,3658= 6,58%)

Fuente: Base de datos de la investigación
Elaborado: Marcela Romero O.

Con una probabilidad de error de 6,58% los estudiantes de niveles superiores de bachillerato presentan mayor búsqueda de sentido de vida que los de niveles inferiores. Es decir las variables expuestas son independientes.

Búsqueda de sentido de vida según la zona donde de residencia.

Tabla 4. Distribución de los estudiantes según el sentido de vida y la zona de residencia.

		SENTIDO DE VIDA								TOTAL	
		PLENITUD		ALTO		MEDIO		BUSQUEDA			
DONDE_VIVES	RURAL	0	0,0%	1	0,5%	21	10,7%	91	46,2%	113	57,3%
	URBANA	0	0,0%	1	0,5%	13	6,6%	70	35,5%	84	42,6%
TOTAL		0	0,0%	2	1,0%	34	17,2%	161	81,7%	197	99,9%

X^2= 0,3603 (p-valor 0,8351 = 3,51%)

Fuente: Base de datos de la investigación
Elaborado: Marcela Romero O.

Con una probabilidad de error del 3,51% los adolescentes provenientes de la zona rural presentan más búsqueda de sentido de vida que los adolescentes de la zona urbana. Cabe recalcar que los estudiantes de zona rural fueron el 57% de la muestra.

Tabla 5. Distribución de los estudiantes según su funcionalidad familiar y sentido de vida.

		SENTIDO DE VIDA								TOTAL	
		PLENITUD		ALTO		MEDIO		BUSQUEDA			
APGAR_FAMILIAR	NORMAL	0	0,0%	1	0,5%	16	8,1%	53	26,9%	70	35,5%
	LEVE	0	0,0%	0	0,0%	14	7,1%	58	29,4%	72	36,5%
	MODERADA	0	0,0%	1	0,5%	2	1,0%	23	11,7%	26	13,2%
	SEVERA	0	0,0%	0	0,0%	2	1,0%	27	13,7%	29	14,7%
TOTAL		0	0,0%	2	1,0%	34	17,2%	161	81,7%	197	99,9%

X^2= 8,7743 (p-valor 0,1866= 8,66%)

Fuente: Base de datos de la investigación
Elaborado: Marcela Romero O.

Con una probabilidad de error de 8,66% los adolescentes con disfunción familiar leve presentan más búsqueda de sentido de vida que los que tienen una familia funcional. Por lo tanto las variables sentido de vida y función familiar son completamente independientes.

Tabla 6. Distribución de los estudiantes según su autoestima y sentido de vida.

		SENTIDO DE VIDA								TOTAL	
		PLENITUD		ALTO		MEDIO		BUSQUEDA			
AUTOESTIMA	ELEVADA	0	0,0%	1	0,5%	2	1,0%	13	6,6%	16	8,1%
	MEDIA	0	0,0%	0	0,0%	3	1,5%	5	2,5%	8	4,1%
	BAJA	0	0,0%	1	0,5%	29	14,7%	143	72,5%	173	87,8%
TOTAL		0	0,0%	2	1,0%	34	17,2%	161	81,7%	197	99,9%

X^2= 7,2400 (p-valor 0,1237= 2,37%)

Fuente: Base de datos de la investigación
Elaborado: Marcela Romero O.

Con una probabilidad de error de 2,37% Los adolescentes con autoestima baja presentan nula plenitud en sentido y una alta búsqueda de sentido de la vida, además los estudiantes que presentan autoestima elevada tienden a presentar mejor sentido de vida. Es decir el sentido de vida del adolescente depende del grado de autoestima que tenga.

Tabla 7. Distribución de los estudiantes según su grado de depresión y sentido de vida.

		SENTIDO DE VIDA								TOTAL	
		PLENITUD		ALTO		MEDIO		BUSQUEDA			
DEPRESIÓN	NORMAL	0	0,0%	2	1,0%	33	16,7%	137	69,5%	172	87,3%
	LIGERAMENTE	0	0,0%	0	0,0%	1	0,5%	21	10,7%	22	11,2%
	MODERADAMENTE	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	1,5%	3	1,5%
	SEVERAMENTE	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	TOTAL	0	0,0%	2	1,0%	34	17,2%	161	81,7%	197	99,9%

X^2= 13,539 (p-valor 0,0352= 3,52%)

Fuente: Base de datos de la investigación
Elaborado: Marcela Romero O.

Con una probabilidad de error de 3,52% Los adolescentes que presentan depresión tienen mayor dificultad para encontrar el sentido de su vida que los que no tienen depresión. Es decir el sentido de vida de los adolescentes se ve modificado por la existencia de depresión en ellos.

5.1.2 RESULTADOS ESTADÍSTICOS.

Hemos utilizado la correlación OR en una tabla de 2x2 la misma que se presenta con el valor OR y con IC que siempre que el IC no contenga a la unidad es verdaderamente significativa la asociación y si por otro lado el valor de OR se encuentra por debajo de la unidad hablaremos de un factor protector y si se encuentra por encima de la unidad se habla de un factor de riesgo.

Tabla8. Correlación entre autoestima y sentido de vida en adolescentes.

		SENTIDO_VIDA		Total
		Alto	Búsqueda	
AUTOESTIMA	Elevada	45	51	96
	Baja	48	53	101
Total		93	104	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior
Odds Ratio	0,974264706	0,55670807	1,705008007
Riesgo Relativo	0,987769365	0,758497952	1,286342719
P-valor	0,927246127		
N Casos Válidos	197		

Fuente: Base de datos de la investigación
Elaborado: Marcela Romero O.

En la tabla se puede observar que al tener un IC que contiene a la unidad no existe ninguna relación entre los niveles de autoestima y el sentido de vida de los adolescentes, pese a que la mayor parte de estudiantes que tenían autoestima baja también se encontraban en búsqueda de sentido.

Tabla.9 Correlación entre depresión y sentido de vida en adolescentes

		SENTIDO_VIDA		Total
		Alto	Búsqueda	
DEPRESION	No presenta	29	68	97
	Si presenta	64	36	100
Total		93	104	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior
Odds Ratio	0,239889706	0,132129829	0,435534288
Riesgo Relativo	0,513529412	0,383541486	0,687572182
P-valor	1,6388E-06		
N Casos Válidos	197		

Fuente: Base de datos de la investigación
Elaborado: Marcela Romero O.

Los adolescentes que no presentan depresión tienen 0,23 veces más probabilidad de presentar un alto sentido de vida que los que tienen depresión. Esto quiere decir que al no tener depresión, disminuimos la probabilidad de caer en una búsqueda continua de sentido en nuestras vidas.

Tabla 10. Correlación entre funcionalidad familiar y sentido de vida.

		SENTIDO_VIDA		Total
		Alto	Búsqueda	
APGAR_FAMILIAR	Funcional	50	39	89
	Disfuncional	43	65	108
Total		93	104	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior
Odds Ratio	1,937984496	1,09707342	3,423457208
Riesgo Relativo	1,37345679	1,037172699	1,818774788
P-valor	0,02203314		
N Casos Válidos	197		

Fuente: Base de datos de la investigación
Elaborado: Marcela Romero O.

Los estudiantes que provienen de un hogar funcional tienen 1,93 veces más probabilidad de encontrar sentido a su vida que las personas que tienen una familia disfuncional. En otras palabras tener disfunción familiar en el adolescente es un factor de riesgo para no encontrar sentido a sus vidas.

Tabla11. Correlación entre autoestima y depresión.

		DEPRESION		Total
		No presenta	Si presenta	
AUTOESTIMA	Elevada	39	57	96
	Baja	58	43	101
Total		97	100	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior
Odds Ratio	0,507259528	0,287737103	0,894261554
Riesgo Relativo	0,717040125	0,541655818	0,949212625
P-valor	0,018392988		
N Casos Válidos	197		

Fuente: Base de datos de la investigación
Elaborado: Marcela Romero O.

Los adolescentes que tienen una autoestima elevada tienen 0,50 veces menos probabilidad de presentar depresión que los que tienen la autoestima baja. Es igual decir que una buena autoestima actúa como factor protector ante la depresión.

Tabla12. Distribución de la función familiar y la presencia de depresión.

		DEPRESION		Total
		No presenta	Si presenta	
APGAR_FAMILIAR	Funcional	29	60	89
	Disfuncional	68	40	108
Total		97	100	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior

Odds Ratio	0,284313725	0,157480518	0,513297109
Riesgo Relativo	0,549382716	0,413068094	0,730681873
P-valor	2,19113E-05		
N Casos Válidos	197		

Fuente: Base de datos de la investigación
Elaborado: Marcela Romero O.

La tabla nos demuestra que los adolescentes con una familia funcional tienen 0,28 veces menos probabilidad de presentar depresión que los que poseen disfuncionalidad familiar. Por lo tanto se consideraría un factor protector a la familia funcional para no desarrollar depresión.

Tabla13. Correlación de la edad de los adolescentes y la funcionalidad de la familia.

		APGAR_FAMILIAR		Total
		Funcional	Disfuncional	
EDAD	**A. tardía**	26	52	78
	A. media	63	56	119
Total		89	108	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior
Odds Ratio	0,444444444	0,245723629	0,803874112
Riesgo Relativo	0,705882353	0,551469303	0,903531517
P-valor	0,006842028		
N Casos Válidos	197		

Fuente: Base de datos de la investigación
Elaborado: Marcela Romero O.

La tabla nos indica que los estudiantes que se encuentran en la adolescencia tardía tienen 0,44 veces menos probabilidad de poseer una familia funcional. Dato que no es alarmante ya que la evaluación del tipo de familia es vista desde el adolescente.

Tabla14. Correlación de la edad de los adolescentes con su sentido de vida.

		SENTIDO_VIDA		Total
		Alto	Búsqueda	
EDAD	A. tardía	44	34	78
	A. media	49	70	119
Total		93	104	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior
Odds Ratio	1,848739496	1,037644387	3,293843022
Riesgo Relativo	1,349480969	1,005915376	1,810389749
P-valor	0,036205494		
N Casos Válidos	197		

Fuente: Base de datos de la investigación
Elaborado: Marcela Romero O.

Los adolescentes que se encuentran en la adolescencia tardía tienen 1,84 veces más probabilidad de encontrarse con alto sentido de vida que los estudiantes en adolescencia media. Es decir al tener mayor edad tenemos más claro el sentido de nuestras vidas.

Tabla15. Correlación entre la zona donde reside el adolescente y su autoestima.

		AUTOESTIMA		Total
		Elevada	Baja	
DONDE_VIVES	Urbano	48	36	84
	Rural	48	65	113
Total		96	101	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior
Odds Ratio	1,805555556	1,020222171	3,195412683
Riesgo Relativo	1,342182891	1,000904311	1,799827309
P-valor	0,041694168		
N Casos Válidos	197		

Fuente: Base de datos de la investigación
Elaborado: Marcela Romero O.

Los adolescentes que viven en una zona urbana tienen 1,80 veces más probabilidad de tener autoestima elevada que los que viven en la zona rural. En otras palabras vivir en una zona rural es un factor de riesgo para una baja autoestima.

Tabla16. Correlación entre la zona donde reside el adolescente y su tipo de familia.

		APGAR_FAMILIAR		Total
		Funcional	Disfuncional	
DONDE_VIVES	Urbano	46	38	84
	Rural	43	70	113
Total		89	108	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior
Odds Ratio	1,970624235	1,110628682	3,496542039
Riesgo Relativo	1,369352585	1,038957979	1,804814574
P-valor	0,019779331		
N Casos Válidos	197		

Fuente: Base de datos de la investigación
Elaborado: Marcela Romero O.

Los estudiantes que viven en la zona urbana del cantón tienen 1,97 veces más probabilidad de ser parte de una familia funcional que aquellos adolescentes que viven en una zona rural.

Esto significa que vivir en la zona rural es un factor de riesgo para tener una familia disfuncional.

Tabla17. Correlación del nivel de bachillerato de los estudiantes y la presencia de depresión.

		DEPRESION		Total
		No presenta	Si presenta	
NIVEL_BACHILLERATO	3°	50	36	86
	1°, 2°	47	64	111
Total		97	100	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior
Odds Ratio	1,891252955	1,06918375	3,345391044

Riesgo Relativo	1,377377377	1,024756283	1,851336237
P-valor	0,027837387		
N Casos Válidos	197		

Fuente: Base de datos de la investigación
Elaborado: Marcela Romero O.

Los estudiantes que se encuentran en niveles superiores de estudio tienen 1,89 veces más probabilidad de no presentar depresión que los estudiantes de niveles inferiores de bachillerato. Por lo tanto a menor grado de educación del estudiante mayor riesgo de caer en depresión.

Tabla18. Correlación del nivel de bachillerato del estudiante y su autoestima.

		AUTOESTIMA		Total
		Elevada	Baja	
NIVEL_BACHILLERATO	**3°**	35	51	86
	1°, 2°	61	50	111
Total		96	101	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior
Odds Ratio	0,56252009	0,318124276	0,994670558
Riesgo Relativo	0,759583113	0,579875908	0,994982714
P-valor	0,04708159		
N Casos Válidos	197		

Fuente: Base de datos de la investigación
Elaborado: Marcela Romero O

Los estudiantes del ultimo nivel de bachillerato tienen 0.55 veces menos probabilidad de tener autoestima elevada que los que se encuentran en niveles inferiores. Es decir que estar en los primeros niveles de bachillerato nos protege de una autoestima baja.

6 CAPITULO V

6.1 DISCUSIÓN

El proceso para que el adolescente pueda encontrar un sentido de vida puede ser imposibilitado por expectativas o pretensiones que no se cumplen o por otro lado la

autoestima y confianza del adolescente se ven perturbadas por circunstancias de crisis, en donde el estudiante no posee los elementos necesarios para poder afrontar la vida y aprovecharla de mejor manera.

Además de acuerdo con la revisión la construcción del sentido de vida, una elevada autoestima y la prevención de la depresión, se ven influenciadas en la familia y se consolida en los grupos de pares que se encuentran en el colegio, el grupo social al que pertenece y en las costumbres de la comunidad. Con lo mencionado el adolescente tiene la capacidad de edificar una base sólida que le proporcione seguridad en sus actos, así como también la cimentación de su identidad y el poder para hallar su sentido de vida.

Al realizar el presente trabajo se pudo encontrar los siguientes resultados:

La muestra para el estudio realizado en el Colegio Nacional ¨Jorge Álvarez¨ estuvo conformada por 197 adolescentes, estudiantes de 1° , 2° y 3° nivel de bachillerato en Ciencias con edades comprendidas entre 14 a 18 años. El 36% de los escolares se encontraban entre 14 - 15 años y el 64% con edades entre 16 y 18 años (Mediana = 16 años). La tendencia hacia los mayores de 16 años es porque en su mayoría la población de estudio se encontró en el tercer nivel de bachillerato.

El primer objetivo fue identificar los niveles de autoestima y depresión encontrando que 173 estudiantes (88%) tienen autoestima baja, 8 estudiantes (4%) autoestima media y 16 personas (8%) tuvieron elevada autoestima. Lo cual se contrapone al estudio realizado por Beltrán(2011), puesto que ninguno presentó baja autoestima y el 47% de la muestra tuvo alta autoestima, pero cabe recalcar que dicho estudio se realizó en estudiantes universitarios con edades que oscilaban los 25 años.

La depresión se evaluó con la escala de Zung dando 4 posibilidades diagnósticas, en donde 87% no tuvo depresión, 11% fue ligera, 2% moderada y nadie presentó depresión severa. Datos concordantes con los de German Venegas (2011), que reporta una prevalencia de 8,65% y Ceballos & Suarez (2015), con el 14,8% de depresión. Porcentajes que no difiere por mucho con el encontrado en nuestro estudio.

El segundo objetivo fue identificar el porcentaje total de Búsqueda de sentido de vida en los adolescentes y se encontró que el 82% estaba en búsqueda de sentido, 17% con medio sentido y solo un 1% tuvo alto sentido de vida. Cifras que se asemejan al estudio realizado en Azuay en donde la mayor parte de adolescentes de la unidad educativa carecían de proyectos y sentido de vida, al parecer los adolescentes se conformaban con terminar el colegio y migrar hacia otra ciudad para una mejor calidad de vida (Tapia Siguenza, 2016). Esto además se explica con lo encontrado en este estudio pues 91 adolescentes (56%) provenientes de la zona rural eran quienes se encontraban en búsqueda de sentido y las personas que viven en la zona urbana del cantón tiene casi 2 veces (OR 1,80) más probabilidad de tener una autoestima elevada que los de la zona rural; característica fundamental para tener plenitud de sentido según Beltrán (2011), quien demuestra que las personas que tienen elevada autoestima tienden a encontrar con mayor facilidad su sentido de vida.

Otra posible explicación brota al mirar que los estudiantes de la zona urbana tiene 1, 97 (IC 1,11- 3.49) veces más probabilidad de tener una familia funcional que los de la zona rural. Referencia que puede está relacionada con el tipo de vida a la que al momento el estudiante del colegio Nacional Jorge Álvarez está expuesto, ya que el gobierno actual cerró las instituciones educativas en las áreas rurales, obligando a los estudiantes que residen en

parroquias rurales a trasladarse a diario a la zona urbana del cantón, acarreando con esto el distanciamiento y pobre control de los padres hacia los adolescentes. Por consiguiente se crea mayor conflicto y familias disfuncionales, particularidades que bloquean elevar el autoestima del adolescente y por ende encontrar su sentido de vida.

En cuanto al tercer objetivo de la investigación se trató de relacionar la autoestima con el sentido de vida pero no se pudo encontrar ninguna asociación entre las dos variables, pese a que la mayor parte de estudiantes (143 adolescentes) tenían baja autoestima y se encontraban en búsqueda de sentido y por el contrario sola una persona con elevada autoestima tenia alto sentido de vida.

Hallazgo que difiere a lo encontrado por Beltrán, pues se observa una relación estadísticamente significativa entre la autoestima y el sentido de vida, este hecho también puede deberse a la edad de las personas estudiadas en la muestra. Pues al entrar en la etapa de adultez tienden a desarrollar el pensamiento operacional formal y por ende son capaces de resolver problemas abstractos como es el caso de el sentido de vida, sin tomar en cuenta la influencia que tiene en este tipo de razonamiento los estudios universitarios. Es por eso talvez en nuestra muestra obtuvimos más adolescentes en búsqueda de sentido y además sin ninguna asociación con la autoestima.

Pero si se observó que más hombres que mujeres tenían alto sentido de vida, cifras que se asemejan al estudio Martínez Ortiz & Castellanos Morales (2013), donde en todos los grupos de edad el puntaje de sentido de vida siempre es mayor que el de mujeres, pero tampoco se encuentra diferencias significativas.

Pero si se encontró relación entre la autoestima y el nivel de bachillerato de los estudiantes, pues es 0.55 veces menos probable (IC 0,31- 0,99) que tengas una autoestima elevada si te encuentras en niveles superiores de bachillerato. Dato que poder explicarse porque en estas edades los adolescentes inician el proceso de autoevaluación, además es cuando alcanzan físicamente la madurez sexual, que en mucho de los casos resulta incómoda y tienden a sentirse con baja autoestima, con una imagen corporal negativa por la mayor la autocrítica que se hacen.

En tanto la depresión con el sentido de vida si se pudo encontrar asociación en la muestra, con 0,23 veces más probabilidad de presentar alto sentido de vida si el adolescente no tiene depresión, es decir la persona que no presenta signos depresivos tiene mayor facilidad de encontrar un sentido a su vida. Resultado que se apoya además con el estudio García Alandete, Gallego Pérez, & Pérez Delgado(2009), en donde afirma que existe relación significativa entre el logro de sentido con niveles nulos de desesperanza signo importante de depresión. Al mismo tiempo se mira una diferencia entre los sexos, siendo más frecuente en mujeres que en hombres, pues el 15.8% de las mujeres presentaron algún grado de depresión, frente a un 8.3% de los hombres y cabe recalcar que las mujeres fueron las únicas que puntuaron depresión moderada

Otro hallazgo fue la relación entre la autoestima y depresión de los adolescentes en el estudio pues tiene menor (OR 0,50) probabilidad de tener depresión si goza de una autoestima elevada. Es decir la autoestima de los adolescentes actúa como un factor protector para evitar la depresión. Con lo cual se confirma lo dicho por Ceballos & Suarez (2015), quienes manifiestan que la autoestima, se relaciona negativamente con la depresión y no es de extrañar pues la autoestima positiva actúa como el sistema inmunológico de la

conciencia, dándole resistencia, fortaleza y capacidad de regenerarse, por lo tanto aumenta la resistencia frente a las adversidades de la vida que podrían llevarnos a la depresión. Por el contrario queda claramente demostrado en literatura científica que menores síntomas depresivos, predicen una alta autoestima (Bedriye & Ayşegül , 2013).

Además Rodriguez Naranjo & Caño Gonzáles (2012), señalan que las mujeres son más propensas a sufrir baja autoestima, explicado por el ambiente sociocultural que pone a las mujeres en más riesgo a sufrir dificultades asociadas al cambio físico de la pubertad. Por otro lado recalca que las personas que presentan una autoestima baja en la adolescencia tienden a sufrir problemas de salud física y mental, como el caso de la depresión y pobre proyección laboral y económica en la edad adulta. En conclusión al mejorar la autoestima del adolescente puede resultar útil para la prevención de un rango amplio de trastornos emocionales y en sus proyecciones.

Por último se pretendió encontrar relación entre las variables principales y las sociodemográficas. Observando que la funcionalidad familiar y el sentido de vida de los estudiantes si tienen relación en nuestro estudio, ya que los adolescentes tienen casi 2 veces más (OR 1,93) probabilidad de encontrar sentido a sus vidas si vienen de una familia funcional; dato que se asemeja con el de Manrique (2011), en donde la familia de los adolescentes estudiados aparecía como el valor fundamental para sustentar el sentido de sus vidas, al parecer en términos de construir una familia, cumplir un buen papel como integrante de ella o reparar alguna falencia de su núcleo familiar los inspiraba para poder seguir con su vida.

San Martín & Barra (2013), examinó la relación entre autoestima, apoyo social y satisfacción vital, encontrando que el apoyo social en gran proporción por parte de la familia tiene gran influencia en el adolescente para su satisfacción vital. Es decir que la persona que tiene satisfacción vital tiene un porque y para que, por el cual vivir; en otras palabras plenitud en el sentido de vida.

Los estudiantes que tienen una familia funcional tienen menos probabilidad (OR 0,28 veces) de presentar depresión, por lo tanto el tener una familia que funciona como tal ayuda a los adolescentes en su desenvolvimiento y evita deprimirlos. Esto lo corrobora Lukas (2010), quien dice que el más grande apoyo en el que el adolescente se puede resguardar es su familia y más aún si esta se encuentra intacta, ósea funcionalmente bien, además insiste en que no existe institución o grupo alguno que proporcione lo que ella, ya que suministra armas necesarias para afrontar la vida sin reserva alguna a cada uno de sus miembros y con este apoyo ellos mismos se sienten reconocidos y aceptados.

En el estudio de García (2015), señala que existe una correlación entre la depresión y mal funcionamiento familiar, explicando que antecede la depresión de los padres, a la de sus hijos. Por lo tanto no es extraordinario encontrar esta asociación.

Los estudiantes de en las edades de 16, 17 y 18 años tienen menor probabilidad de poseer una familia funcional que los menores a esas edades, como se encontró en este estudio con un OR 0,44 y con el IC (0,24 – 0,80), caso similar ocurrió con Guilé, Huynh, Jacques Breton, Garny de la Riviere, & Labelle(2016), en donde se encontró que los adolescentes quienes empiezan una etapa de desgarro familiar presentan un entorno potencialmente más

dañino que los adolescente de menor edad, llevando mayores y más graves conflictos mientras más independencia requiere el adolescente.

6.2 CONCLUSIONES

- La prevalencia de las variables en el estudio fueron: 82% de los encuestados se encontraban en búsqueda de sentido, 88% con baja autoestima y 13% con posible depresión, datos que confirman que dichas alteraciones no son ajenas al adolescente y que tienen su inicio a estas edades.
- En cuanto a la autoestima no se encontró relación con el sentido de vida de los adolescentes, pese a que la mayor parte de los estudiantes con autoestima baja se encontraban en búsqueda de sentido.
- Si existe estrecha relación entre depresión y sentido de vida pues al no presentar depresión tienes mayor probabilidad de encontrar un sentido a tu vida. En cierta forma el no tener depresión actúa como factor protector ante la ausencia de sentido.
- Se observó una fuerte relación entre la autoestima y depresión, puesto que los adolescentes tienen menos probabilidad de caer en depresión si tienen una autoestima elevada.
- Existe relación entre la función familiar del estudiante y su sentido de vida, es decir que si estamos dentro de una familia que nos brinda apoyo, valores y cariño tenemos mayor probabilidad de encontrar el sentido de nuestra vida que quien no tienen una familia funcional.
- Se encuentra una fuerte asociación entre la depresión y la funcionalidad familiar, actuando como factor protector la familia ante el trastorno depresivo.

- Una de las limitaciones fue el instrumento utilizado para Depresión solo tiene utilidad para screening, considerando la necesidad de realizar estudios posteriores, dada la sospecha de una alta prevalencia de este trastorno mental.
- El corte transversal no identifica la cronicidad en los adolescentes identificados con depresión, baja autoestima y búsqueda de sentido de vida por lo que limita al estudio al no precisar el tiempo en el que iniciaron los síntomas.
- Además el APGAR familiar, instrumento utilizado para evaluar el tipo de familia tiene ciertas limitaciones pues es valorada por la visión del mismo adolescente y por lo que puede presentar cierto sesgo al no tener una visión global de la familia.

6.3 RECOMENDACIONES

- Considerar a la autoestima y depresión como factores que influye en el desarrollo del adolescente y en la búsqueda de sentido de vida de los mismos. Por otro lado considerar a la familia como un determinante significativo para el adolescente, evitando que se vea envueltos en conflictos familiares o familias disfuncionales, para lo cual se pueden tomar medidas preventivas en los grupos de riesgo.
- Enseñar con ejemplos personales actitudes como el amor propio, el respeto, la empatía, el compromiso y la responsabilidad pues son los adolescentes quienes repiten las acciones de las personas que miran como ejemplo a seguir.
- Se aconseja el uso de la información recogida en este trabajo para la profundización del tema y en lo posible que sirva de herramienta para un estudio más amplio en nuevas instituciones educativas, debido a la alta prevalencia de baja autoestima, depresión y su repercusión en la ausencia del sentido de vida.

- Se recomienda crear ambientes de tranquilidad, seguridad y confianza tanto en el hogar como en las instituciones educativas.
- Se propone inculcar la idea positiva en sus mentes de que son capaces y que lo que se propongan lo podrán hacer además de seguir los procesos de aprendizaje tanto el educador como el familiar hasta ver los resultados, esto producirá mayor compromiso con los proyectos planteados.
- Se hace un llamado a las instituciones educativas y a los encargados de la salud tanto física como mental de las estudiantes a que se informen sobre el tema y sean capaces de identificar estos trastornos para poder ofrecer la ayuda necesaria a sus estudiantes.
- Se recomienda el seguimiento a los estudiantes quienes presentaron puntajes de severidad en autoestima, depresión y en búsqueda de sentido de vida para conocer de qué manera estas alteraciones están afectando el desarrollo personal y social del adolescente.

6.4 BIBLIOGRAFÍA

Acosta Padrón , R., & Hernández , J. (2004). La Autoestima en la educación. *Universidad de Tarapacá Arica, 1*(11), 82 - 95.

Adalberto Campo Arias, L. A. (2006). VALIDACION DE LA ESCALA DE ZUNG PARA DEPRESION EN BUCARAMANGA, COLOMBIA. *Revista Colombiana de Psiquiatría* , 10.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5.* Arlington(VA): American Psychiatric Association.

Antonio J. Vásquez Morejón, R. J. (2014). Escala de autoestima de Rosenberg: fi abilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología, 2004, Vol. 22, número 2, págs. 247-255.*, 10.

Arroyo, S. M. (2010). Intervención en autoestima en Psicología. *Avances en salud mental nfanto-juvenil*, 211- 232.

Bedriye , Ö., & Ayşegül , S. (2013). Role of Cognitive Factors and Distortions in Adolescent Suicides. *Periodical of Psikiyatride Guncel Yaklasimlar, 5*(2), 232 -245.

Beltrán , F. (2011). VALORACIÓN DEL SENTIDO DE VIDA Y LA AUTOESTIMA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE PSICOLOGÍA. *Revista Electrónica Medicina, salud y sociedad. Vol.1 Nro.3*.

Braden, N. (Enero 2010). *Cómo mejorar su autoestima.* España: Ediciones Paidós Ibérica.

Branden, N. (1995). Los seis pilares de la autoestima. *ISBN Barcelona Paidos*, 21 - 22.

Calvo Jiménez, M. (s.f.). Hacia un sentido trascendental e inminente de la vida. *Revista electrónica de la Asociación Andaluz de Filosofía.*, 56- 80.

Ceballos, G., & Suarez, Y. (2015). IDEACIÓN SUICIDA, DEPRESIÓN Y AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES ESCOLARES DE SANTA MARTA. *Revista Duazary Vol.12 Nro.1*, 15-22.

CIMED. (2014). Centro Nacional de Información de Medicamentos. *Serie de actualización profesional*, 345- 412.

Efrén Martínez Ortiz, A. M. (2011). Desarrollo y estructura de la Escala Dimensional del Sentido de Vida. *Acta Colombiana de Psicología*, 113- 119.

Enrique, R. (2007). ¿Quién eres? *Madrid: Ediciones Temas de Hoy S.A.*, 320- 324.

Espinoza, M. A. (Junio 2014). APGAR FAMILIAR: UNA HERRAMIENTA PARA DETECTAR DISFUNCION FAMILIAR. *Revista Médica La Paz*, 53- 57.

Frankl, V. (2014). *En el principio era el sentido. Reflexiones en torno al ser humano* (1° ed.). (H. Piquer, Trad.) Barcelona, España: Paidós.

García Alandete, J., Gallego Pérez, F., & Pérez Delgado, E. (2009). Sentido de la vida y desesperanza: un estudio empírico. *Revista Universitaria Psychologica, 8*(2), 447- 454.

García S., R. (2011). Trastornos Ansiosos y Depresivos en Adolescentes. *Revista Médica Clínica Condes, 22*(1), 77-84.

García, N. (21 de febrero de 2015). *Tratamiento Ansiedad Depresión.* Obtenido de http://trataiento-ansiedad-depresion.com/test-depresion.html

German Venegas, J. V. (2011). *Prevalencia de los Trastornos ancioso- depresivos en Estudiantes del Colegio Tecnico ¨Daniel Córdova Toral¨ .* Cuenca- Ecuador: Universidad de Cuenca - Facultad de Ciencias Médicas.

Goldchluk, A. (2016). *Principal causa de discapacidad en el Mundo.* Buenos Aires: Instituto de Neurociencias Ineba.

Gómez Clavelina Francisco, P. R. (2010). Nueva Propuesta para la Interpretación de Family APGAR. *ATEM FAM FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNAM*, 102 - 106.

Guadarrama , L., Escobar, A., & Zhang, L. (2013). Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Departamento de Fisiología, Facultad de Medicina UNAM*, 173- 181.

Guilé, J., Huynh, C., Jacques Breton, J., Garny de la Riviere, S., & Labelle, R. (2016). Famlial and Clinical Correlates in Depressed Adolescents with Borderline Personality Disorder Traits. *Journal Frontiers in Pediatrics*, 4: 87.

Guyton, A., & Hall, J. (1997). *Tratado de Fisiología Médica.* México: McGraw. Hill Interamericana de España.

Hawton, K., Casañas, I., Comabella, C., Haw, C., & Saunders, K. (2013). Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *J Affect Disord*, 147: 17-28.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2015). *Mujeres y Hombres del Ecuador en cifras III.* Ecuador: Editorial Ecuador.

Isselbacher, K., Braunwald, E., & Wilson, J. (1994). *Harrison: Principios de Medicina Interna* (Vol. I y II). Madrid España: Interamericana Mc Graw-Hill.

Jimenez Rojas, I., & Marquez Cepeda, A. (2015). Guía de Práctica Clínica Depresión ICSN. *Instituto Colombiano del Sistema Nervioso - Clínica Montserrat*, 22.

Jiménez, A., Mondragón, L., & González Forteza, C. (2007). Self-esteem, depressive symptomatology, and suicidal ideation in adolescents results of three studies. *Salud Mental*, 20-26.

Kaplan HI; Sadock, B. (2000). *Sinápsis de Psiquitría.* España: Editorial Médica Panamericana.

Kraus, T., Rodriguez, M., & Dixe, M. (julio de 2010). Sentido de la vida, saudade e desenvolvimento humano. *Revista Referencia, II*(10), 77 - 78.

Lazarevich, I., Delgadillo, H., Mora, F., & Martínez, A. (2014). Depresión, autoestima y características de personalidad asociadas al género en estudiantes rurales de México. *Alternativa en Psicología*, 44-57.

Leibenluft, E. (2010). Severe Mood Dysregulation, Irritability and the Diagnostic Boundaries od Bipolar Disorder in Youths. *The American Journal of Psychiatry*, 129-142.

Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Badia, X., & Baro, E. (2008). Validación de las versiones en español de la MADRS, BDI, HAM-D para la evaluación de la depresión y ansiedad. *Med Clin*, 118 -131.

López, Q. (2009). *Descubrir la grandeza de la vida.* Perú: Desclee de Brouwer.

Machado, P., & col. (2010). TRASTORNOS PSICOLOGICOS EN LOS ADOLESCENTES. UNA VISIÓN GENERAL. *Rev Psicol. Psiquiatr Nino Adolesc*, 11-27.

Manrique , H. (2011). DESCRIPCIÓN DEL SENTIDO DE LA VIDA EN ADOLESCENTES INFRACTORES DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales Vol. 2 No 2* , 113-138.

Manrique Tisnés, H. (julio - diciembre de 2011). Descripción del sentido de la vida en adolescentes infractores de la ciudad de Medellín. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales, 2*(2), 113 - 138.

Martínez Ortiz, E., & Castellanos Morales , C. (29 de marzo de 2013). Percepción de sentido de vida en universitarios colombianos. *Pensamiento Psicológico, 11*(1), 71 - 82.

Ministerio de Salud Pública. (2014). *Salud de adolescentes. Guía de supervisión.* Quito: Dirección Nacional de Normatización – MSP.

Morey, A. G. (2013). LOS TRASTORNOS EMOCIONALES EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA. IDENTIFICACIÓN. *Alternativas Cubanas en Psicología Vol 1. Núm 3.* .

Nalugya , J., Zari, G., Ovuga, E., Kiwuwa, S., & Musisi, S. (2016). Prevalence and factors associated with depression symptoms among school-going adolescents in Central Uganda. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 10:39.

Noblejas , A. (2010). *Conciencia. En palabras para una vida con sentido.* Bilbao: Descleé de Brouwer.

Organicación Mundial de la Salud. (2011). *Décima Revisón de la Clasificación Internacional de Enfermedades.CIE-10.* Madrir: Meditor.

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Estrategia de la OMS en Trastornos Mentales-La Depresión.* Ginebra : Organización Mundial de la Salud.

Ortega Ruíz, P., Mínguez Vallejos, R., & Rodes Bravo, M. (2010). Self-esteem: a new concept and measurement. *Ediciones Universidad de Salamanca* , 45 - 66.

Páramo, M. d. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Terapia psicológica vol.29 no.1*, 85-95.

Quitmann, H. (1989). *Psicología humanística. Conceptos fundamentales y trasfondo filosófico* . Barcelona: Herder.

Ramón Sarró. (2007). *Estudio preliminar del sentido de la vida* (Vol. Octava). (D. Lebens, Ed., & O. Brachfeld F, Trad.) Barcelona: Luis Miracle S. A.

Robins , R., & Trzesniewski, K. (June 2005). Self- Esteem Development Across the Lifespan. *Current Directions in Psychological Science*, 158- 162.

Robins, R., & Kali , H. (2005). Self- Esteem Development Across the Lifespan. *American Psychological Society*, 158 - 161.

Rodriguez Naranjo, C., & Caño Gonzáles, A. (2012). Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 389- 403.

Rogers C, R., & Rosenberg R, L. (2012). *¿Necesitamos una realidad ? En la persona como centro.* Barcelona: Herder.

Rojas, E. (2013). *Vive tu vida.* Madrid: Planeta.

Ross, M. (2013). El mapa de la Autoestima. *Psicossystem*.

Rozales, R. (2014). *¿Tiene usted Depresión?* Barcelona: Psicomag.

San Martín, J., & Barra, E. (2013). Autoestima, Apoyo Social y Satisfacción Vital en Adolescentes. *Terapia Psicológica Vol.31.Nro.3*.

Sánchez Hernández, A. (2005). El sentido de la vida. Hospital Psiquiátrico René Vallejo Ortiz. *American Psychologist* , 79- 87.

Swartz, J., & Knodt, A. (2015). A neural biomarker of Psychological Vulnerability to Future Life Stress. *Center for developmental Science University of North Carolina at Chapel Hill*, 505-511.

Tapia Siguenza, M. (2016). *Sentido de vida y proyectos de vida en adolescentes con problemas de consumo en la Unidad Educática ¨Javeriano¨.* Azuay: Escuela de Psicología Clínica.

Winograd , G., Cohen, P., & Chen, H. (2008). Adolescent borderline symptoms in the community: prognosis for functioning over 20 years. *J Child Psychol Psychiatry*, 49(9). doi:933–41.10.1111/j.1469-7610.2008.01930.x

Zuleima Cogollo, A. C. (2015). Escala de rosenberg para autoestima: Consistencia interna y dimensionalidad en estudiantes de Cartagena Colombia. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 12.

6.5 ANEXOS

6.5.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO PACIENTES

CONSENTIMIENTO INFORMADO PACIENTES

Propósito

Consentimiento informado dirigido a hombres y mujeres adolescentes que cursan el 1ro, 2do y 3er nivel de bachillerato en Ciencias en el Colegio Nacional ¨Jorge Álvarez¨ del catón Píllaro. Se les invita a participar en el proyecto de investigación "Relación entre depresión y autoestima con sentido de vida en adolescentes de 1ro, 2do, y 3er nivel de bachillerato en ciencias del colegio nacional ¨Jorge Álvarez¨ del cantón Píllaro que cursan el periodo lectivo 2016 – 2017".

Investigadores principales

- Marcela Karina Romero Ortega (Pontificia Universidad Católica del Ecuador-PUCE)

Organización

- Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Introducción

En vista que Ud. Tiene entre 14 a 18 años de edad, y es alumno del Colegio Nacional ¨Jorge Álvarez¨, ha sido seleccionado para invitarle a participar en una investigación sobre la Relación entre Depresión y Autoestima con Sentido de Vida. Este estudio incluye la realización de una encuesta referente al tema que consta de 4 Cuestionarios con preguntas ligadas a depresión, autoestima, sentido de vida y tipo de familia las cuales serán analizadas. Esto servirá para tener un mayor conocimiento sobre la realidad del adolescente en cada una de estas variables en el país y su relación entre ellas. Su decisión de participar es totalmente voluntaria y puede hablar con la investigadora sobre cualquier duda, pregunta o información adicional que tenga acerca del estudio.

Confidencialidad

La información que Usted nos proporcione y que se recogerá durante la investigación solamente la revisará la investigadora. En la base de datos de este estudio usted tendrá un número asignado como participante, y **NO CONSTARÁ SU NOMBRE NI SU CÉDULA DE CIUDADANÍA**, para mantener su anonimato. La información será guardada en una computadora, asegurada con clave y codificada. Solo el equipo de investigación tendrá acceso a los datos del estudio. Las encuestas serán guardadas en un archivador bajo llave. El equipo de investigación hará todo lo posible para proteger su confidencialidad.

Componentes del estudio

Realizaremos 4 cuestionarios que constan de 10 a 20 preguntas cada una que incluirá datos sobre su edad, sexo, zona en la que vive, nivel de bachillerato que cursa, y preguntas ligadas a autoestima, depresión, sentido de vida y tipo de familia. Para lo cual contamos con la autorización de las autoridades respectivas. Usted puede decidir no contestar las preguntas o terminar la entrevista si desea.

Estos datos se guardaran en un archivo electrónico asegurado. Al final de la fase activa del estudio, borraremos este archivo para mantener su confidencialidad.

La investigadora será la encargada de analizar la información y al finalizar el estudio los resultados serán enviados al Departamento de Consejería Estudiantil de la Institución.

Riesgos sobre su Salud

El presente estudio no conlleva ningún riesgo para salud e integridad.

Tiempo de Participación

Hemos calculado que su participación en este estudio durará entre 20 - 35 minutos aproximadamente. Su participación en este estudio será sólo por una vez.

Los Resultados

Los resultados de la investigación los informaremos al final del estudio, a todos los interesados. La información sobre los resultados de este estudio será publicada, más NO sus datos personales.

Costos, incentivos y beneficios

Su participación en este estudio no tiene ningún costo y no recibirá ningún incentivo económico por participar en este estudio. El beneficio que Usted recibirá por su participación será conocer el resultado del análisis de las encuestas realizadas en el Colegio Nacional ¨Jorge Álvarez¨, además que ayudará a establecer una idea clara de la relación entre la depresión y autoestima con sentido de vida en los adolescentes.

Si usted decidiera no participar, no le afectará de ninguna manera en el ámbito académico ni de conducta en su institución, y puede dejar de participar en el momento que desee.

Contacto

Si tiene dudas sobre cualquier aspecto puede ponerse en contacto con la directora de la investigación, Marcela Karina Romero Ortega. Si tiene dudas sobre asuntos éticos en relación a esta investigación, puede ponerse en contacto con el Comité de Bioética de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, que ha aprobado esta investigación.

Marcela Karina Romero Ortega
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
12 de Octubre y Roca
Quito, Ecuador
Cell: 0987089044
Email: 8karina@hotmail.es

FIRMA DEL CONSENTIMIENTO

He sido invitado a participar en la investigación sobre la "Relación entre depresión y autoestima con sentido de vida en adolescentes de 1ro, 2do, y 3er nivel de bachillerato en Ciencias del Colegio Nacional ¨Jorge Álvarez¨ del cantón Píllaro que cursan el periodo lectivo 2016 – 2017".

Entiendo que tomarán en cuenta a los hombres y mujeres que cursan 1ro, 2do, y 3er nivel de bachillerato en Ciencias en el Colegio Nacional ¨Jorge Álvarez¨, se me realizará 4 encuestas de 10 a 20 preguntas cada una, las cuales serán analizadas. Estoy informado de que no tendrá ningún costo para mí o mi familia. Este estudio contribuirá a identificar la relación entre depresión y autoestima con sentido de vida en el adolescente. Entiendo que este estudio no me dará ningún incentivo para participar. El beneficio directo que recibiré del estudio, es la publicación de los resultados al final de la investigación.

Conozco el número de teléfono y el correo electrónico de las personas que me puede informar sobre las preguntas o inquietudes que pueda tener sobre la investigación.

He leído (o me han leído) la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y me han contestado en forma sencilla y satisfactoria las preguntas que he tenido.

Acepto voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de no contestar el cuestionario si así fuese mi deseo, sabiendo que esto no repercutirá en el ámbito académico o de conducta.

Si ____ No ____ Quisiera ser informado de los resultados de este estudio.

Firmo, Acepto libre y voluntariamente participar en esta investigación.

Firma (o huella dactilar): _____Fecha _____

Número del teléfono celular: _____ casa: _____

Número de identificación: _____Fecha de nacimiento: _____

Datos del Investigador que toma la muestra:

Nombre y apellidos: _____ Firma: _____

ASENTIMIENTO INFORMADO PARA ADOLESCENTES

Entiendo que la investigación consiste en identificar la relación entre depresión y autoestima con sentido de vida en los adolescentes. Entiendo que realizarán 4 encuesta que consta de 10 a 20 preguntas cada una. “Sé que puedo elegir participar en la investigación o no. Sé que puedo retirarme cuando quiera. He leído esta información (o se me ha leído la información) y la entiendo. Me han

respondido las preguntas y sé que puedo hacer preguntas más tarde si las tengo. Entiendo que cualquier cambio se discutirá conmigo.

Acepto participar en la investigación".

Solo si el adolescente asiente:

Nombre del adolescente _____

Firma del adolescente: _____

Fecha: _____ Día/mes/año

O "Yo no deseo participar en la investigación y no he firmado el asentimiento que sigue". _____ (iniciales del adolescente)

Si es analfabeto: Una persona que sepa leer y escribir debe firmar (si es posible, esta persona debería ser seleccionada por el participante, no ser uno de los padres, y no debería tener conexión con el equipo de investigación). Los niños analfabetos deberían incluir su huella dactilar también.

"He sido testigo de la lectura exacta del documento de asentimiento al participante potencial y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas.

Confirmo de que ha dado su asentimiento libremente".

Nombre del testigo (diferente de los padres) _____

Y Huella dactilar del adolescente_____ Firma del testigo _____

Fecha _____ Día/mes/año

Copia dada al participante _____ (iniciales del investigador/asistente)

El Padre/madre/apoderado ha firmado un consentimiento informado _Si _No (iniciales del investigador/asistente)

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENORES

Sr._____ mayor de edad, con domicilio en _____C/ _____, padre del/la

menor _____ Y Sra_____ mayor de edad, con domicilio en _____C/ _____ madre del/la citado/a menor MANIFIESTAN Que consienten la participación del menor en la investigación sobre la "Relación entre depresión y autoestima con sentido de vida en adolescentes de 1ro, 2do, y 3er nivel de bachillerato en Ciencias del Colegio Nacional ¨Jorge Álvarez¨ del cantón Píllaro que cursan el periodo lectivo 2016 – 2017". Donde participará su hijo/hija _____ de ___ años de edad, llevado a cabo por la investigadora mencionada anteriormente.

Hemos sido informados de que la información del cuestionario está sujeta a secreto profesional y que, por lo tanto, no puede ser divulgada a terceras personas sin nuestro consentimiento expreso. Hemos sido informados que la investigadora está obligada a revelar ante las instancias oportunas información confidencial en aquellas situaciones que pudieran representar un riesgo muy grave para nuestro hijo/hija, terceras personas o bien porque así le fuera ordenado judicialmente. En el supuesto de que la autoridad judicial exija la revelación de alguna información, las investigadoras estarán obligadas a proporcionar sólo aquella que sea relevante para el asunto en cuestión manteniendo la confidencialidad de cualquier otra información.

Aceptamos que como padres seremos informados de los aspectos relacionados a los resultados de la encuesta, manteniendo como confidenciales los datos que así hayamos acordado previamente entre nosotros, nuestro hijo/a y la investigadora. Hemos sido informados y consentimos que nuestro hijo/hija participe en el estudio.

----------	----------	----------
Firma del padre	Firma de la madre	Firma del menor
Nombre:	Nombre:	Nombre:

6.5.2 ENCUESTAS

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA

APGAR FAMILIAR

Nos gustaría saber cómo te has sentido respecto a ti mismo/a y tu entorno en las últimas 2 semanas.

Instrucciones: El presente cuestionario sirve para la recolección de datos dentro de la investigación de relación entre depresión y autoestima con sentido de vida; las preguntas que se plantean poseen una sola respuesta y debe señalar con una (X) la respuesta elegida.

- Edad: ( )
- ¿Dónde vives?
  Zona Rural ( ) Zona Urbana ()
- ¿Qué eres?
  Hombre ( ) Mujer ( )
- Nivel de Bachillerato:
  1° ( ) 2° ( ) 3° ( )

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
¿Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis Emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia: 1. el tiempo para estar juntos 2. los espacios en la casa 3. el dinero					

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

TEST DE ROSEMBERG

	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
Siento que soy una persona digna, al menos tanto como los demás.				
Estoy convencido de que tengo buenas cualidades				
Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de gente				
Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a				
En general, estoy satisfecha/o de mí misma.				
Siento que no tengo mucho de que estar orgullosa.				
En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a				
Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo/a				
Hay veces que realmente pienso que soy un inútil				
A menudo creo que no soy una buena persona				

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

TEST DE ZUNG

Por favor marque con una X la columna elegida.	Poco tiempo	Algo de tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
Me siento decaído y triste.				
Por la mañana es cuando me siento mejor.				
Siento ganas de llorar o caigo en llanto fácilmente				
Tengo problemas para dormir por las noches.				
Como la misma cantidad de siempre				
Todavía disfruto del sexo				
He notado que estoy perdiendo peso.				
Tengo problemas de estreñimiento				
Mi corazón late más rápido de lo normal				
Me canso sin razón alguna				
Mi mente esta tan clara como siempre				
Me es fácil hacer lo que siempre hacía				
Me siento agitado y no puedo estar quieto				
Siento esperanza en el futuro				
Estoy más irritable de lo normal				
Me es fácil tomar decisiones				
Siento que soy útil y me necesitan				
Mi vida es bastante plena				
Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

TEST EDSV

ÍTEM	Totalmente desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Enfrentarme a mis tareas cotidianas constituye una experiencia aburrida				
La vida me parece llena de razones por las cuales vivir				
Normalmente me siento pleno con lo que estoy haciendo de mi vida				
Frecuentemente me desconozco a mí mismo en mi forma de actuar				
Aun teniendo claro mis deberes, generalmente solo hago lo que quiero				
He descubierto metas claras en mi vida				
Si muriera hoy, me parecería que mi vida ha sido un completo fracaso				
Tal y como yo lo veo, en relación con mi vida, no se para dónde voy				

Las metas que tengo en mi vida hablan de quien soy en este momento				
A pesar de mis metas, he considerado seriamente el suicidio como una salida a mi situación				
Considero que mi capacidad para encontrar un significado, un propósito o una misión en la vida es prácticamente nula				
Mi vida es vacía y llena de desesperación				
Con frecuencia no logro entender porque actúo de cierta manera				
Al pensar en mi propia vida me pregunto a menudo porque existo				
Me siento coherente con las acciones que realizo para lograr mi proyecto de vida				
En el logro de mis metas vitales no he conseguido ningún progreso				
Mi existencia personal es sin sentido y propósitos				
Si pudiera elegir nunca habría nacido				

¡MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN Y SINCERIDAD!

6.5.3 TABLAS Y GRAFICOS

Tabla19. Distribución de estudiantes según los años cumplidos.

EDAD	FRECUENCIA	FRECUENCIA ACUMULADA	% FRECUENCIA	% FRECUENCIA ACUMULADA
14	21	21	11%	11%
15	50	71	25%	36%
16	48	119	24%	60%
17	57	176	29%	89%
18	21	197	11%	100%
TOTAL	197		100%	

Grafico14. Distribución de estudiantes según los años cumplidos.

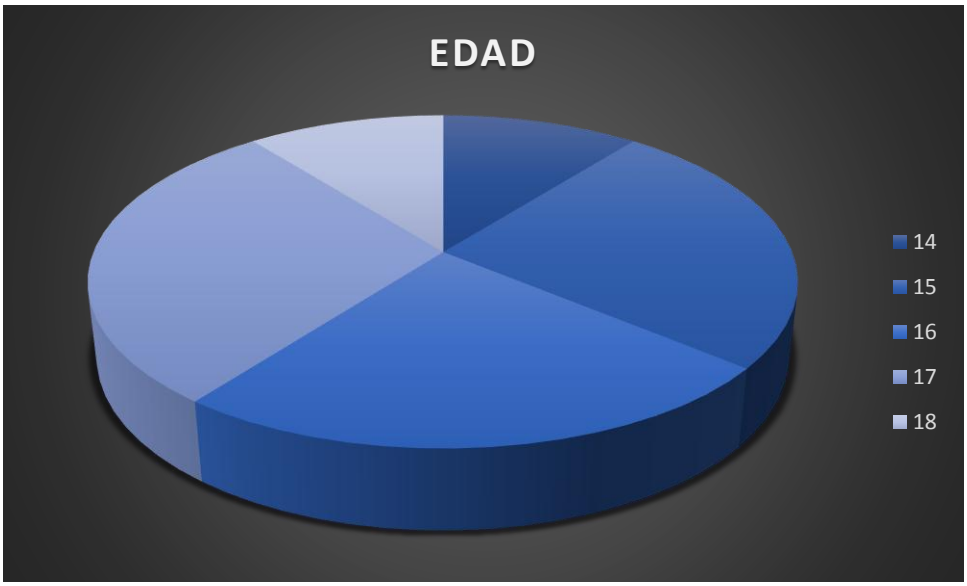


Tabla20. Distribución de estudiantes según su sexo.

SEXO	FRECUENCIA	FRECUENCIA ACUMULADA	% FRECUENCIA	% FRECUENCIA ACUMULADA
HOMBRE	84	84	43%	43%
MUJER	113	197	57%	100%
TOTAL	197		100%	

Gráfico15. Distribución de estudiantes según su sexo.



Tabla21. Distribución de estudiantes según la zona de residencia

DONDE VIVES	FRECUENCIA	FRECUENCIA ACUMULADA	% FRECUENCIA	% FRECUENCIA ACUMULADA
RURAL	113	113	57%	57%
URBANA	84	197	43%	100%
TOTAL	197		100%	

Gráfico16. Distribución de estudiantes según la zona de residencia

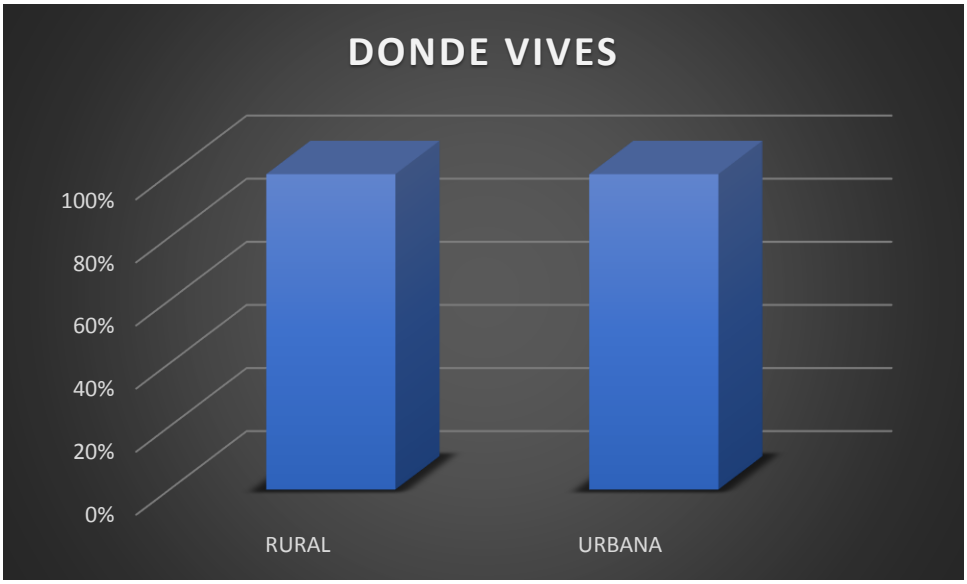


Tabla22. Distribución de los estudiantes según el nivel de bachillerato que cursa.

NIVEL DE BACHILLERATO	FRECUENCIA	FRECUENCIA ACUMULADA	% FRECUENCIA	% FRECUENCIA ACUMULADA
1°	58	58	29%	29%
2°	53	111	27%	56%
3°	86	197	44%	100%
TOTAL	197		100%	

Gráfico17. Distribución de los estudiantes según el nivel de bachillerato que cursa.

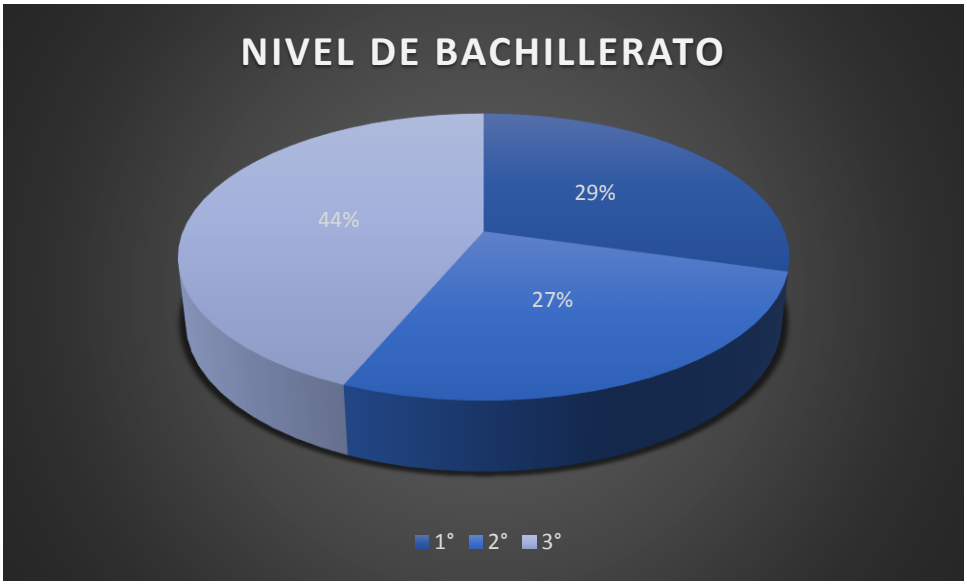


Tabla23 5. Distribución de los estudiantes según su tipo de familia.

APGAR FAMILIAR	FRECUENCIA	FRECUENCIA ACUMULADA	% FRECUENCIA	% FRECUENCIA ACUMULADA
NORMAL	70	70	36%	36%
LEVE	72	142	37%	72%
MODERADA	26	168	13%	85%
SEVERA	29	197	15%	100%
TOTAL	197		100%	

Gráfico18. Distribución de los estudiantes según su tipo de familia.

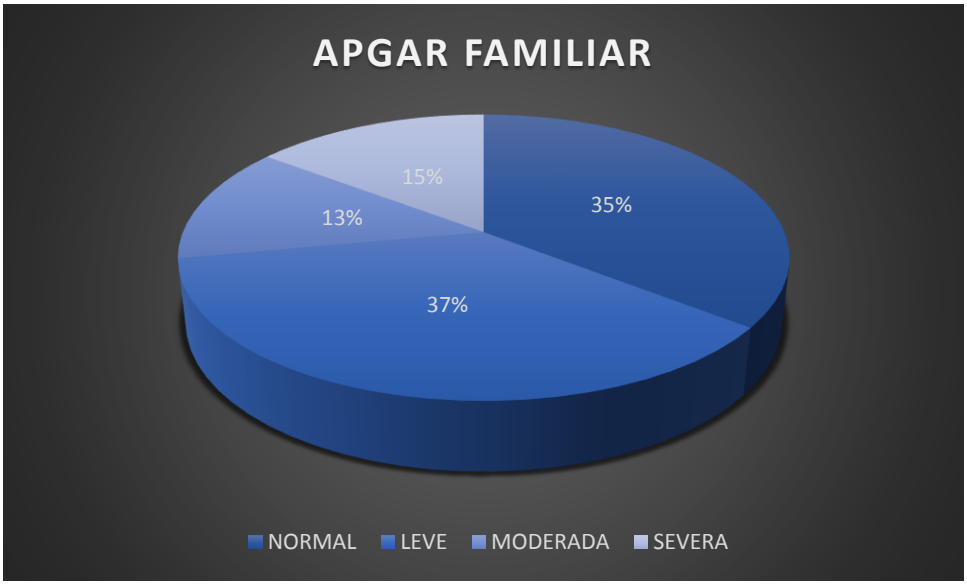


Tabla24. Distribución de los estudiantes según su sentido de vida.

SENTIDO DE VIDA	FRECUENCIA	FRECUENCIA ACUMULADA	% FRECUENCIA	% FRECUENCIA ACUMULADA
PLENITUD	0	0	0%	0%
ALTO	2	2	1%	1%
MEDIO	34	36	17%	18%
BUSQUEDA	161	197	82%	100%
TOTAL	197		100%	

Gráfico19.Distribución de los estudiantes según su sentido de vida.

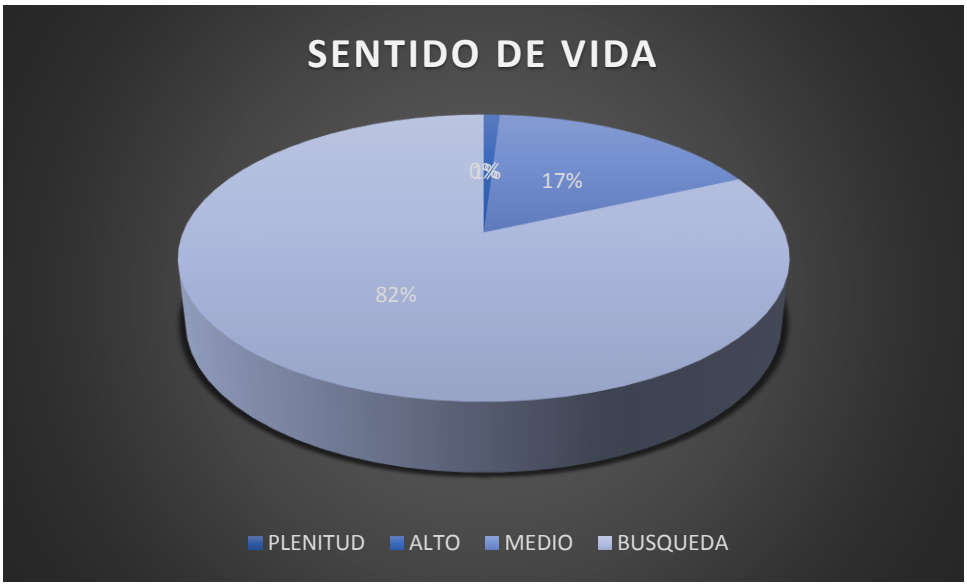


Tabla25. Distribución de los adolescentes según su nivel de Autoestima.

AUTOESTIMA	FRECUENCIA	FRECUENCIA ACUMULADA	% FRECUENCIA	% FRECUENCIA ACUMULADA
ELEVADA	16	16	8%	8%
MEDIA	8	24	4%	12%
BAJA	173	197	88%	100%
TOTAL	197		100%	

Gráfico 20. Distribución de los adolescentes según su nivel de Autoestima.

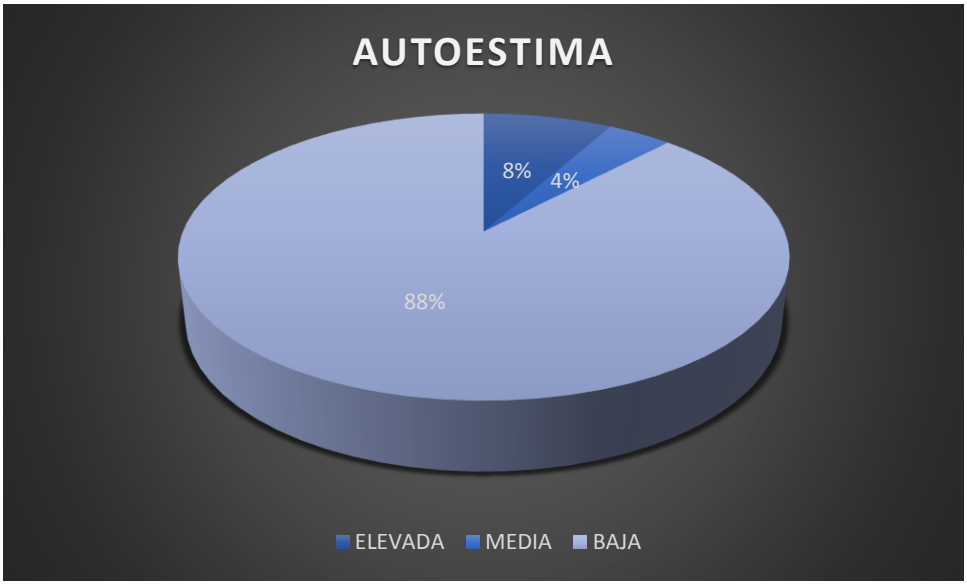


Tabla 26. Distribución de los estudiantes según su grado de Depresión o ausencia de Depresión.

DEPRESIÓN	FRECUENCIA	FRECUENCIA ACUMULADA	% FRECUENCIA	% FRECUENCIA ACUMULADA
NORMAL	145	145	85%	85%
LIGERAMENTE	22	167	13%	98%
MODERADAMENTE	3	170	2%	100%
SEVERAMENTE	0	170	0%	100%
TOTAL	170		100%	

Gráfico21. Distribución de los estudiantes según su grado de Depresión o ausencia de Depresión.

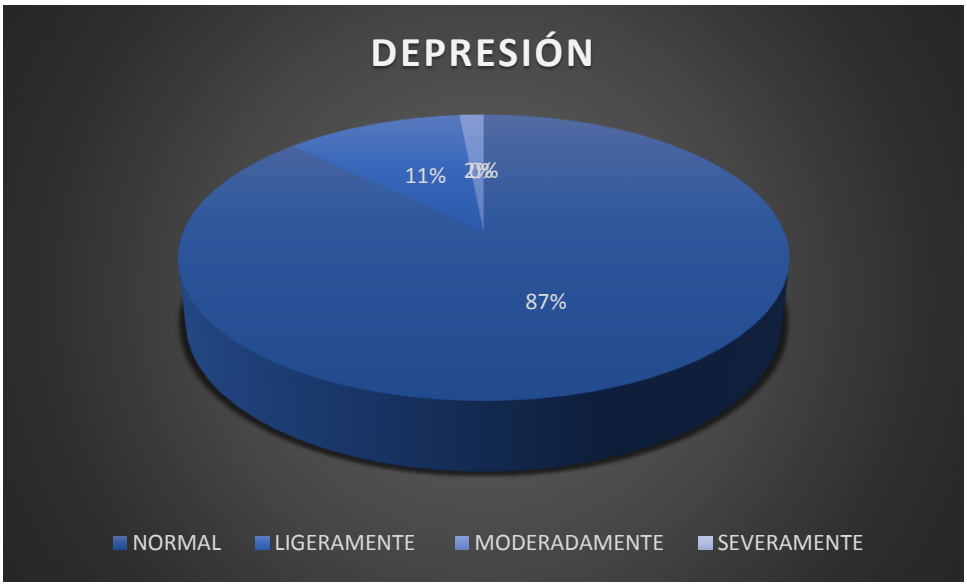


Tabla27. Distribución de la edad de los adolescentes según la zona donde viven.

		DONDE_VIVES				TOTAL	
		RURAL		URBANA			
EDAD	14	6	3,0%	15	7,6%	21	10,7%
	15	31	15,7%	19	9,6%	50	25,4%
	16	26	13,2%	22	11,2%	48	24,4%
	17	38	19,3%	19	9,6%	57	28,9%
	18	12	6,1%	9	4,6%	21	10,7%
TOTAL		113	57,4%	84	42,6%	197	100,0%

Tabla28.Distribución de la edad de los adolescentes según el sexo.

		SEXO				TOTAL	
		HOMBRE		MUJER			
EDAD	14	7	3,6%	14	7,1%	21	10,7%
	15	19	9,6%	31	15,7%	50	25,4%
	16	17	8,6%	31	15,7%	48	24,4%
	17	27	13,7%	30	15,2%	57	28,9%
	18	14	7,1%	7	3,6%	21	10,7%
TOTAL		84	42,6%	113	57,4%	197	100,0%

Tabla29. Distribución de la edad de los adolescentes según su nivel de bachillerato.

		NIVEL_BACHILLERATO						TOTAL	
		1ro		2do		3ro			
EDAD	14	21	10,7%	0	0,0%	0	0,0%	21	10,7%
	15	35	17,8%	15	7,6%	0	0,0%	50	25,4%
	16	2	1,0%	30	15,2%	16	8,1%	48	24,4%
	17	0	0,0%	4	2,0%	53	26,9%	57	28,9%
	18	0	0,0%	4	2,0%	17	8,6%	21	10,7%
TOTAL		58	0,0%	53	26,9%	86	43,7%	197	100,0%

Tabla30. Distribución de la edad de los adolescentes según su función familiar.

		APGAR_FAMILIAR								TOTAL	
		NORMAL		LEVE		MODERADA		SEVERA			
EDAD	14	12	6,1%	6	3,0%	2	1,0%	1	0,5%	21	10,7%
	15	26	13,2%	16	8,1%	3	1,5%	5	2,5%	50	25,4%
	16	14	7,1%	17	8,6%	11	5,6%	6	3,0%	48	24,4%
	17	16	8,1%	22	11,2%	9	4,6%	10	5,1%	57	28,9%
	18	2	1,0%	11	5,6%	1	0,5%	7	3,6%	21	10,7%
TOTAL		70	35,5%	72	36,5%	26	13,2%	29	14,7%	197	100,0%

Tabla 31. Distribución de la edad de los adolescentes según su autoestima.

		AUTOESTIMA						TOTAL	
		ELEVADA		MEDIA		BAJA			
EDAD	14	2	1,0%	2	1,0%	17	8,6%	21	10,7%
	15	5	2,5%	2	1,0%	43	21,8%	50	25,4%
	16	3	1,5%	2	1,0%	43	21,8%	48	24,4%
	17	4	2,0%	2	1,0%	51	25,9%	57	28,9%
	18	2	1,0%	0	0,0%	19	9,6%	21	10,7%
TOTAL		16	8,1%	8	4,1%	173	87,8%	197	99,9%

Tabla32, Distribución de la edad de los adolescentes según su grado de depresión.

		DEPRESIÓN								TOTAL	
		NORMAL		LIGERAMENTE		MODERADAMENTE		SEVERAMENTE			
EDAD	14	19	9,6%	2	1,0%	0	0,0%	0	0,0%	21	10,7%
	15	47	23,8%	3	1,5%	0	0,0%	0	0,0%	50	25,4%
	16	40	20,3%	7	3,6%	1	0,5%	0	0,0%	48	24,4%
	17	47	23,8%	8	4,1%	2	1,0%	0	0,0%	57	28,9%
	18	19	9,6%	2	1,0%	0	0,0%	0	0,0%	21	10,7%
TOTAL		172	87,3%	22	11,2%	3	1,5%	0	0,0%	198	99,9%

Tabla33. Distribución de la zona donde viven los adolescentes según su sexo.

	SEXO		TOTAL
	HOMBRE	MUJER	

DONDE_VIVES	RURAL	45	22,8%	68	34,5%	113	57,3%
	URBANA	39	19,8%	45	22,8%	84	42,6%
TOTAL		84	42,6%	113	57,3%	197	99,9%

Tabla34. Distribución de los adolescentes según la zona donde viven y el nivel de bachillerato.

		NIVEL_BACHILLERATO						TOTAL	
		1ro		2do		3ro			
DONDE_VIVES	RURAL	28	14,2%	30	15,2%	55	27,9%	113	57,3%
	URBANA	30	15,2%	23	11,7%	31	15,7%	84	42,6%
TOTAL		58	29,4%	53	26,9%	86	43,6%	198	99,9%

Tabla35. Distribución de los adolescentes según la zona donde viven y tipo de familia.

		APGAR_FAMILIAR								TOTAL	
		NORMAL		LEVE		MODERADA		SEVERA			
DONDE_VIVES	RURAL	34	17,2%	42	21,3%	18	9,1%	19	9,6%	113	57,3%
	URBANA	36	18,3%	30	15,2%	8	4,1%	10	5,1%	84	42,6%
TOTAL		70	35,5%	72	36,5%	26	13,2%	29	14,7%	198	99,9%

Tabla36. Distribución de los adolescentes según la zona donde viven y el nivel de autoestima.

		AUTOESTIMA						TOTAL	
		ELEVADA		MEDIA		BAJA			
DONDE_VIVES	RURAL	9	4,6%	6	3,0%	98	49,7%	113	57,3%
	URBANA	7	3,6%	2	1,0%	75	38,0%	84	42,6%
TOTAL		16	8,1%	8	4,1%	173	87,8%	197	99,9%

Tabla37. Distribución de los adolescentes según la zona donde viven y el grado de depresión.

		DEPRESIÓN								TOTAL	
		NORMAL		LIGERAMENTE		MODERADAMENTE		SEVERAMENTE			
DONDE_VIVES	RURAL	97	49,2%	14	7,1%	2	1,0%	0	0,0%	114	57,3%
	URBANA	75	38,0%	8	4,1%	1	0,5%	0	0,0%	84	42,6%
TOTAL		172	87,3%	22	11,2%	3	1,5%	0	0,0%	198	99,9%

Tabla38. Distribución de los adolescentes según su sexo y nivel de bachillerato.

		NIVEL_BACHILLERATO						TOTAL	
		1ro		2do		3ro			
SEXO	HOMBRE	18	9,1%	24	12,2%	42	21,3%	84	42,6%
	MUJER	40	20,3%	29	14,7%	44	22,3%	113	57,3%
TOTAL		58	29,4%	53	26,9%	86	43,6%	198	99,9%

Tabla39. Distribución de los adolescentes según su sexo y funcionalidad familiar.

		APGAR_FAMILIAR								TOTAL	
		NORMAL		LEVE		MODERADA		SEVERA			
SEXO	HOMBRE	28	14,2%	34	17,2%	10	5,1%	12	6,1%	84	42,6%
	MUJER	42	21,3%	38	19,3%	16	8,1%	17	8,6%	113	57,3%
TOTAL		70	35,5%	72	36,5%	26	13,2%	29	14,7%	198	99,9%

Tabla40. Distribución de los adolescentes según su sexo y autoestima

		AUTOESTIMA						TOTAL	
		ELEVADA		MEDIA		BAJA			
SEXO	HOMBRE	6	3,0%	1	0,5%	77	39,1%	84	42,6%
	MUJER	10	5,1%	7	3,6%	96	48,7%	113	57,3%
TOTAL		16	8,1%	8	4,1%	173	87,8%	197	99,9%

Tabla41. Distribución de los adolescentes según su sexo y grado de depresión.

		DEPRESIÓN								TOTAL	
		NORMAL		LIGERAMENTE		MODERADAMENTE		SEVERAMENTE			
SEXO	HOMBRE	77	39,1%	7	3,6%	0	0,0%	0	0,0%	84	42,6%
	MUJER	95	48,2%	15	7,6%	3	1,5%	0	0,0%	114	57,3%
TOTAL		172	87,3%	22	11,2%	3	1,5%	0	0,0%	198	99,9%

Tabla42. Distribución de los adolescentes según su nivel de bachillerato y funcionalidad familiar.

		APGAR_FAMILIAR								TOTAL	
		NORMAL		LEVE		MODERADA		SEVERA			
NIVEL_BACHILLERATO	1ro	29	14,7%	18	9,1%	6	3,0%	5	2,5%	58	29,4%
	2do	20	10,1%	19	9,6%	9	4,6%	5	2,5%	53	26,9%
	3ro	21	10,7%	35	17,8%	11	5,6%	19	9,6%	86	43,6%
TOTAL		70	35,5%	72	36,5%	26	13,2%	29	14,7%	198	99,9%

Tabla43. Distribución de los adolescentes según su nivel de bachillerato y nivel de autoestima.

		AUTOESTIMA						TOTAL	
		ELEVADA		MEDIA		BAJA			
NIVEL_BACHILLERATO	1ro	5	2,5%	4	2,0%	49	24,9%	58	29,4%
	2do	4	2,0%	1	0,5%	48	24,4%	53	26,9%
	3ro	7	3,6%	3	1,5%	76	38,6%	86	43,6%
TOTAL		16	8,1%	8	4,1%	173	87,8%	197	99,9%

Tabla44. Distribución de los adolescentes según su nivel de bachillerato y grado de depresión.

		DEPRESIÓN								TOTAL	
		NORMAL		LIGERAMENTE		MODERADAMENTE		SEVERAMENTE			
NIVEL_BACHILLERATO	1ro	52	26,4%	6	3,0%	0	0,0%	0	0,0%	58	29,4%
	2do	50	25,4%	2	1,0%	1	0,5%	0	0,0%	53	26,9%
	3ro	70	35,5%	14	7,1%	2	1,0%	0	0,0%	86	43,6%
TOTAL		172	87,3%	22	11,2%	3	1,5%	0	0,0%	198	99,9%

Tabla45. Distribución de los adolescentes según su funcionalidad familiar y el nivel de autoestima.

		AUTOESTIMA						TOTAL	
		ELEVADA		MEDIA		BAJA			
APGAR_FAMILIAR	NORMAL	8	4,1%	5	2,5%	57	28,9%	70	35,5%
	LEVE	6	3,0%	3	1,5%	63	32,0%	72	36,5%
	MODERADA	1	0,5%	0	0,0%	25	12,7%	26	13,2%
	SEVERA	1	0,5%	0	0,0%	28	14,2%	29	14,7%
TOTAL		16	8,1%	8	4,1%	173	87,8%	197	99,9%

Tabla46. Distribución de los adolescentes según su funcionalidad familiar y el grado de depresión.

		DEPRESIÓN								TOTAL	
		NORMAL		LIGERAMENTE		MODERADAMENTE		SEVERAMENTE			
APGAR_FAMILIAR	NORMAL	65	33,0%	4	2,0%	1	0,5%	0	0,0%	70	35,5%
	LEVE	66	33,5%	6	3,0%	0	0,0%	0	0,0%	72	36,5%
	MODERADA	21	10,7%	5	2,5%	0	0,0%	0	0,0%	26	13,2%

	SEVERA	20	10,1%	7	3,6%	2	1,0%	0	0,0%	29	14,7 %
TOTAL		172	87,3%	22	11,2%	3	1,5%	0	0,0%	198	99,9 %

Tabla47. Distribución de los adolescentes según su nivel de autoestima y el grado de depresión.

		DEPRESIÓN								TOTAL	
		NORMAL		LIGERAMENTE		MODERADAMENTE		SEVERAMENTE			
AUTOESTIMA	ELEVADA	16	8,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	16	8,1%
	MEDIA	8	4,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	8	4,1%
	BAJA	148	75,1%	22	11,2%	3	1,5%	0	0,0%	174	87,8%
TOTAL		172	87,3%	22	11,2%	3	1,5%	0	0,0%	198	99,9%

Tabla48. Correlación entre edad de los adolescentes y zona donde residen.

		DONDE_VIVES		
		Urbano	Rural	Total
EDAD	A. tardía	28	50	78
	A. media	56	63	119
Total		84	113	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior
Odds Ratio	0,63	0,350565728	1,13217
Riesgo Relativo	0,825882353	0,651469617	1,046989211
P-valor	0,12134588		
N Casos Válidos	197		

Tabla49. Correlación entre edad de los adolescentes y su sexo.

		SEXO		Total
		Mujer	Hombre	
EDAD	A. tardía	37	41	78
	A. media	76	43	119
Total		113	84	197

	Valor	Límite	Límite Superior

		Inferior	
Odds Ratio	0,510590501	0,285632852	0,912719448
Riesgo Relativo	0,68743595	0,499885183	0,945353456
P-valor	0,022586378		
N Casos Válidos	197		

Tabla50. Correlación entre edad de los adolescentes y su nivel de bachillerato.

		NIVEL_BACHILLERATO		Total
		3°	1°, 2°	
EDAD	**A. tardía**	70	8	78
	A. media	16	103	119
Total		86	111	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior
Odds Ratio	56,328125	22,87021526	138,733179
Riesgo Relativo	8,43907563	4,360599847	16,33215612
P-valor	4,57417E-26		
N Casos Válidos	197		

Tabla51. Correlación entre edad de los adolescentes y su nivel de autoestima.

		AUTOESTIMA		Total
		Elevada	Baja	
EDAD	**A. tardía**	35	43	78
	A. media	61	58	119
Total		96	101	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior
Odds Ratio	0,773922989	0,436373509	1,372578263
Riesgo Relativo	0,884111784	0,673497903	1,160588093
P-valor	0,380298931		
N Casos Válidos	197		

Tabla52. Correlación entre edad de los adolescentes y su grado de depresión.

	DEPRESION	Total

		No presenta	Si presenta	
EDAD	**A. tardía**	42	36	78
	A. media	55	64	119
Total		97	100	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior
Odds Ratio	1,357575758	0,765638284	2,407157499
Riesgo Relativo	1,165266106	0,870280427	1,560238582
P-valor	0,294973891		
N Casos Válidos	197		

Tabla53. Correlación entre la zona donde reside el adolescente y su edad.

		EDAD		Total
		A. tardía	A. media	
DONDE_VIVES	**Urbano**	28	56	84
	Rural	50	63	113
Total		78	119	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior
Odds Ratio	0,63	0,350565728	1,13217
Riesgo Relativo	0,836283186	0,668946961	1,045478353
P-valor	0,12134588		
N Casos Válidos	197		

Tabla54. Correlación entre la zona donde reside el adolescente y su sexo.

		SEXO		Total
		Mujer	Hombre	
DONDE_VIVES	**Urbano**	45	39	84
	Rural	68	45	113
Total		113	84	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior
Odds Ratio	0,763574661	0,431509653	1,351177796
Riesgo Relativo	0,857726344	0,62115532	1,184396975
P-valor	0,353856504		

N Casos Válidos	197

Tabla55. Correlación entre la zona donde reside el adolescente y su nivel de bachillerato.

		NIVEL_BACHILLERATO		Total
		3°	1°, 2°	
DONDE_VIVES	**Urbano**	31	53	84
	Rural	55	58	113
Total		86	111	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior
Odds Ratio	0,616809605	0,346524605	1,097913638
Riesgo Relativo	0,813491401	0,638081467	1,037121893
P-valor	0,099555624		
N Casos Válidos	197		

Tabla56. Correlación entre la zona donde reside el adolescente y su grado de depresión.

		DEPRESION		Total
		No presenta	Si presenta	
DONDE_VIVES	**Urbano**	35	49	84
	Rural	62	51	113
Total		97	100	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior
Odds Ratio	0,587557604	0,332122987	1,039446083
Riesgo Relativo	0,773704172	0,589440093	1,015570798
P-valor	0,066829572		
N Casos Válidos	197		

Tabla57. Correlación entre la zona donde reside el adolescente y su sentido de vida.

	SENTIDO_VIDA		Total
	Alto	Búsqueda	

DONDE_VIVES	**Urbano**	43	41	84
	Rural	50	63	113
Total		93	104	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior
Odds Ratio	1,321463415	0,749999087	2,328356909
Riesgo Relativo	1,142240449	0,868693283	1,501926248
P-valor	0,334373189		
N Casos Válidos	197		

Tabla58. Correlación entre el sexo de los adolescentes y su edad.

		EDAD		Total
		A. tardía	A. media	
SEXO	**Mujer**	37	76	113
	Hombre	41	43	84
Total		78	119	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior
Odds Ratio	0,510590501	0,285632852	0,912719448
Riesgo Relativo	0,761121554	0,595575472	0,972682804
P-valor	0,022586378		
N Casos Válidos	197		

Tabla59. Correlación entre el sexo de los adolescentes y la zona donde residen.

		DONDE_VIVES		Total
		Urbano	Rural	
SEXO	**Mujer**	45	68	113
	Hombre	39	45	84
Total		84	113	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior
Odds Ratio	0,763574661	0,431509653	1,351177796
Riesgo Relativo	0,890231092	0,693825381	1,142234659
P-valor	0,353856504		
N Casos Válidos	197		

Tabla60. Correlación entre el sexo de los adolescentes y su nivel de bachillerato.

		NIVEL_BACHILLERATO		Total
		3°	1°, 2°	
SEXO	Mujer	44	69	113
	Hombre	42	42	84
Total		86	111	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior
Odds Ratio	0,637681159	0,360307128	1,128585113
Riesgo Relativo	0,81884058	0,631599519	1,061590257
P-valor	0,121569201		
N Casos Válidos	197		

Tabla61. Correlación entre el sexo de los adolescentes y su funcionalidad familiar.

		APGAR_FAMILIAR		Total
		Funcional	Disfuncional	
SEXO	Mujer	48	65	113
	Hombre	41	43	84
Total		89	108	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior
Odds Ratio	0,774484053	0,439046598	1,366200193
Riesgo Relativo	0,88992674	0,684723835	1,15662631
P-valor	0,377169112		
N Casos Válidos	197		

Tabla62. Correlación entre el sexo de los adolescentes y su autoestima.

	AUTOESTIMA		Total
	Elevada	Baja	

SEXO	**Mujer**	57	56	113
	Hombre	39	45	84
Total		96	101	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior
Odds Ratio	1,174450549	0,66713832	2,067538397
Riesgo Relativo	1,080994898	0,823178925	1,419557686
P-valor	0,577240176		
N Casos Válidos	197		

Tabla63. Correlación entre el sexo de los adolescentes y presencia de depresión.

		DEPRESION		Total
		No presenta	Si presenta	
SEXO	**Mujer**	59	54	113
	Hombre	38	46	84
Total		97	100	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior
Odds Ratio	1,322612086	0,750642065	2,330408608
Riesgo Relativo	1,145943563	0,871543875	1,506736133
P-valor	0,332876265		
N Casos Válidos	197		

Tabla64. Correlación entre el sexo de los adolescentes y su sentido de vida.

		SENTIDO_VIDA		Total
		Alto	Búsqueda	
SEXO	**Mujer**	51	62	113
	Hombre	42	42	84
Total		93	104	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior
Odds Ratio	0,822580645	0,4671157	1,448546726
Riesgo Relativo	0,911290323	0,694639123	1,195512928
P-valor	0,498554881		

N Casos Válidos	197

Tabla65. Correlación entre el nivel de bachillerato de los adolescentes y su edad.

		EDAD		Total
		A. tardía	A. media	
NIVEL_BACHILLERATO	**3°**	70	16	86
	1°, 2°	8	103	111
Total		78	119	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior
Odds Ratio	56,328125	22,87021526	138,733179
Riesgo Relativo	4,987612613	3,195874337	7,783872877
P-valor	4,57417E-26		
N Casos Válidos	197		

Tabla66. Correlación entre el nivel de bachillerato de los adolescentes y la zona donde residen.

		DONDE_VIVES		Total
		Urbano	Rural	
NIVEL_BACHILLERATO	**3°**	31	55	86
	1°, 2°	53	58	111
Total		84	113	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior
Odds Ratio	0,616809605	0,346524605	1,097913638
Riesgo Relativo	0,817035217	0,643777277	1,036921572
P-valor	0,099555624		
N Casos Válidos	197		

Tabla67. Correlación entre el nivel de bachillerato de los adolescentes y su sexo.

		SEXO		Total
		Mujer	Hombre	
NIVEL_BACHILLERATO	**3°**	44	42	86
	1°, 2°	69	42	111
Total		113	84	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior
Odds Ratio	0,637681159	0,360307128	1,128585113
Riesgo Relativo	0,774774775	0,561506872	1,069044711
P-valor	0,121569201		
N Casos Válidos	197		

Tabla68. Correlación entre el nivel de bachillerato de los adolescentes y su funcionalidad familiar.

		APGAR_FAMILIAR		Total
		Funcional	Disfuncional	
NIVEL_BACHILLERATO	**3°**	29	57	86
	1°, 2°	60	51	111
Total		89	108	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior
Odds Ratio	0,43245614	0,241547877	0,77424946
Riesgo Relativo	0,693219535	0,538868743	0,891781776
P-valor	0,004454056		
N Casos Válidos	197		

Tabla69. Correlación entre el nivel de bachillerato de los adolescentes y su sentido de vida.

		SENTIDO_VIDA		Total
		Alto	Búsqueda	
NIVEL_BACHILLERATO	**3°**	46	40	86
	1°, 2°	47	64	111
Total		93	104	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior
Odds Ratio	1,565957447	0,888395718	2,760282017
Riesgo Relativo	1,23963964	0,939622147	1,635451486
P-valor	0,12013759		
N Casos Válidos	197		

Tabla70. Correlación entre funcionalidad familiar de los adolescentes y su edad.

	EDAD		Total
	A. tardía	A. media	

APGAR_FAMILIAR	**Funcional**	26	63	89
	Disfuncional	52	56	108
Total		78	119	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior
Odds Ratio	0,444444444	0,245723629	0,803874112
Riesgo Relativo	0,732510288	0,584640309	0,917780239
P-valor	0,006842028		
N Casos Válidos	197		

Tabla71. Correlación entre funcionalidad familiar de los adolescentes y la zona donde viven.

		DONDE_VIVES		Total
		Urbano	Rural	
APGAR_FAMILIAR	**Funcional**	46	43	89
	Disfuncional	38	70	108
Total		84	113	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior
Odds Ratio	1,970624235	1,110628682	3,496542039
Riesgo Relativo	1,341515935	1,0386319	1,732726486
P-valor	0,019779331		
N Casos Válidos	197		

Tabla72. Correlación entre funcionalidad familiar de los adolescentes y su sexo.

		SEXO		Total
		Mujer	Hombre	
APGAR_FAMILIAR	**Funcional**	48	41	89
	Disfuncional	65	43	108
Total		113	84	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior
Odds Ratio	0,774484053	0,439046598	1,366200193
Riesgo Relativo	0,864272809	0,625740125	1,193734361
P-valor	0,377169112		
N Casos Válidos	197		

Tabla73. Correlación entre funcionalidad familiar de los adolescentes y su nivel de bachillerato.

		NIVEL_BACHILLERATO		Total
		3°	1°, 2°	
APGAR_FAMILIAR	Funcional	29	60	89
	Disfuncional	57	51	108
Total		86	111	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior
Odds Ratio	0,43245614	0,241547877	0,77424946
Riesgo Relativo	0,700462963	0,547596834	0,896002921
P-valor	0,004454056		
N Casos Válidos	197		

Tabla74. Correlación entre funcionalidad familiar de los adolescentes y su autoestima.

		AUTOESTIMA		Total
		Elevada	Baja	
APGAR_FAMILIAR	Funcional	47	42	89
	Disfuncional	49	59	108
Total		96	101	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior
Odds Ratio	1,347424684	0,767536962	2,365427816
Riesgo Relativo	1,157627866	0,875791273	1,530161714
P-valor	0,298559489		
N Casos Válidos	197		

Tabla75. Correlación entre autoestima de los adolescentes y su edad.

		EDAD		Total
		A. tardía	A. media	
AUTOESTIMA	Elevada	35	61	96
	Baja	43	58	101
Total		78	119	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior
Odds Ratio	0,773922989	0,436373509	1,372578263
Riesgo Relativo	0,903749391	0,720807573	1,133122061

P-valor	0,380298931
N Casos Válidos	197

Tabla76. Correlación entre autoestima de los adolescentes y la zona donde residen.

		DONDE_VIVES		Total
		Urbano	Rural	
AUTOESTIMA	**Elevada**	48	48	96
	Baja	36	65	101
Total		84	113	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior
Odds Ratio	1,805555556	1,020222171	3,195412683
Riesgo Relativo	1,287128713	1,005283519	1,647993121
P-valor	0,041694168		
N Casos Válidos	197		

Tabla77. Correlación entre autoestima de los adolescentes y su sexo.

		SEXO		Total
		Mujer	Hombre	
AUTOESTIMA	**Elevada**	57	39	96
	Baja	56	45	101
Total		113	84	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior
Odds Ratio	1,174450549	0,66713832	2,067538397
Riesgo Relativo	1,096725057	0,792182053	1,518345241
P-valor	0,577240176		
N Casos Válidos	197		

Tabla78. Correlación entre autoestima de los adolescentes y el nivel de bachillerato.

	NIVEL_BACHILLERATO	Total

		3°	1°, 2°	
AUTOESTIMA	**Elevada**	35	61	96
	Baja	51	50	101
Total		86	111	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior
Odds Ratio	0,56252009	0,318124276	0,994670558
Riesgo Relativo	0,779094303	0,607667361	0,998881907
P-valor	0,04708159		
N Casos Válidos	197		

Tabla79. Correlación entre autoestima de los adolescentes y funcionalidad familiar.

		APGAR_FAMILIAR		Total
		Funcional	Disfuncional	
AUTOESTIMA	**Elevada**	47	49	96
	Baja	42	59	101
Total		89	108	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior
Odds Ratio	1,347424684	0,767536962	2,365427816
Riesgo Relativo	1,144473631	0,886121569	1,478149204
P-valor	0,298559489		
N Casos Válidos	197		

Tabla80. Correlación entre presencia de depresión de los adolescentes y su edad.

		EDAD		Total
		A. tardía	A. media	
DEPRESION	**No presenta**	42	55	97
	Si presenta	36	64	100
Total		78	119	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior
Odds Ratio	1,357575758	0,765638284	2,407157499
Riesgo Relativo	1,128727273	0,898870958	1,417361686

P-valor	0,294973891
N Casos Válidos	197

Tabla81. Correlación entre presencia de depresión de los adolescentes y la zona donde residen.

		DONDE_VIVES		Total
		Urbano	Rural	
DEPRESION	**No presenta**	35	62	97
	Si presenta	49	51	100
Total		84	113	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior
Odds Ratio	0,587557604	0,332122987	1,039446083
Riesgo Relativo	0,797903226	0,625495635	1,017832136
P-valor	0,066829572		
N Casos Válidos	197		

Tabla82. Correlación entre presencia de depresión de los adolescentes y su sexo.

		SEXO		Total
		Mujer	Hombre	
DEPRESION	**No presenta**	59	38	97
	Si presenta	54	46	100
Total		113	84	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior
Odds Ratio	1,322612086	0,750642065	2,330408608
Riesgo Relativo	1,174210526	0,847151594	1,627536759
P-valor	0,332876265		
N Casos Válidos	197		

Tabla83. Correlación entre presencia de depresión de los adolescentes y su nivel de bachillerato.

		NIVEL_BACHILLERATO		Total
		3°	1°, 2°	
DEPRESION	No presenta	50	47	97
	Si presenta	36	64	100
Total		86	111	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior
Odds Ratio	1,891252955	1,06918375	3,345391044
Riesgo Relativo	1,320851064	1,02614701	1,70019258
P-valor	0,027837387		
N Casos Válidos	197		

Tabla84. Correlación entre presencia de depresión de los adolescentes y funcionalidad familiar.

		APGAR_FAMILIAR		Total
		Funcional	Disfuncional	
DEPRESION	No presenta	29	68	97
	Si presenta	60	40	100
Total		89	108	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior
Odds Ratio	0,284313725	0,157480518	0,513297109
Riesgo Relativo	0,570588235	0,434284705	0,749671657
P-valor	2,19113E-05		
N Casos Válidos	197		

Tabla85. Correlación entre presencia de depresión de los adolescentes y su autoestima

		AUTOESTIMA		Total
		Elevada	Baja	
DEPRESION	No presenta	39	58	97
	Si presenta	57	43	100
Total		96	101	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior
Odds Ratio	0,507259528	0,287737103	0,894261554
Riesgo Relativo	0,719137931	0,544339589	0,950067521
P-valor	0,018392988		
N Casos Válidos	197		

Tabla86. Correlación entre el sentido de vida de los adolescentes y su edad.

		EDAD		Total
		A. tardía	A. media	
SENTIDO_VIDA	**Alto**	44	49	93
	Búsqueda	34	70	104
Total		78	119	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior
Odds Ratio	1,848739496	1,037644387	3,293843022
Riesgo Relativo	1,277472527	1,01034773	1,615222175
P-valor	0,036205494		
N Casos Válidos	197		

Tabla87. Correlación entre el sentido de vida de los adolescentes y la zona donde residen.

		DONDE_VIVES		Total
		Urbano	Rural	
SENTIDO_VIDA	**Alto**	43	50	93
	Búsqueda	41	63	104
Total		84	113	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior
Odds Ratio	1,321463415	0,749999087	2,328356909
Riesgo Relativo	1,126730769	0,882733321	1,438171865
P-valor	0,334373189		
N Casos Válidos	197		

Tabla88. Correlación entre el sentido de vida de los adolescentes y su sexo.

		SEXO		Total
		Mujer	Hombre	
SENTIDO_VIDA	Alto	51	42	93
	Búsqueda	62	42	104
Total		113	84	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior
Odds Ratio	0,822580645	0,4671157	1,448546726
Riesgo Relativo	0,894230769	0,64704483	1,235847397
P-valor	0,498554881		
N Casos Válidos	197		

Tabla89. Correlación entre el sentido de vida de los adolescentes y el nivel de bachillerato.

		NIVEL_BACHILLERATO		Total
		3°	1°, 2°	
SENTIDO_VIDA	Alto	46	47	93
	Búsqueda	40	64	104
Total		86	111	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior
Odds Ratio	1,565957447	0,888395718	2,760282017
Riesgo Relativo	1,217675941	0,946415604	1,566684542
P-valor	0,12013759		
N Casos Válidos	197		

Tabla90. Correlación entre el sentido de vida de los adolescentes y la funcionalidad familiar.

		APGAR_FAMILIAR		Total
		Funcional	Disfuncional	
SENTIDO_VIDA	Alto	50	43	93
	Búsqueda	39	65	104
Total		89	108	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior
Odds Ratio	1,937984496	1,09707342	3,423457208
Riesgo Relativo	1,351744186	1,037129775	1,76179721
P-valor	0,02203314		
N Casos Válidos	197		

Tabla91. Correlación entre el sentido de vida de los adolescentes y su autoestima.

		AUTOESTIMA Elevada	Baja	Total
SENTIDO_VIDA	**Alto**	45	48	93
	Búsqueda	51	53	104
Total		96	101	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior
Odds Ratio	0,974264706	0,55670807	1,705008007
Riesgo Relativo	0,987379808	0,751847783	1,296697159
P-valor	0,927246127		
N Casos Válidos	197		

Tabla92. Correlación entre el sentido de vida de los adolescentes y la presencia de depresión.

		DEPRESION No presenta	Si presenta	Total
SENTIDO_VIDA	**Alto**	29	64	93
	Búsqueda	68	36	104
Total		97	100	197

	Valor	Límite Inferior	Límite Superior
Odds Ratio	0,239889706	0,132129829	0,435534288
Riesgo Relativo	0,503004808	0,373580048	0,677268066
P-valor	1,6388E-06		
N Casos Válidos	197		