



UNIVERSIDAD PRIVADA TELESUP

**FACULTAD DE SALUD Y NUTRICIÓN
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLÓGIA
TESIS**

**DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR Y LA DEPRESIÓN EN
LOS ALUMNOS DE SEGUNDO Y TERCER AÑO DEL NIVEL
SECUNDARIO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
ADVENTISTA “28 DE JULIO”. CIUDAD DE TACNA. PERÚ.
2016.**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

Licenciada en Psicología

AUTORA:

Bach. Hilda Flores Carbajal

LIMA – PERÚ

2017

ASESOR DE TESIS

Dra. Grisi Bernardo Santiago

JURADO EXAMINADOR

Dra. Marcela Rosalina Barreto Munive

Presidente

Mgtr. Juan Javier Masquez Bohorquez

Secretario

Mgtr. Alejandra Angelica Castillo De Bullon

Vocal

DEDICATORIA

Este presente trabajo es dedicado a Dios por darme el don de la vida, a mi Madre Eleuteria y mi Padre Teófilo gracias por creer en mí y por sus oraciones fervientes de todos los días, a mi hermana Ayde por el apoyo incondicional que me ha otorgado en todo este trayecto, y a mi amigo que siempre me apoyó sus motivaciones fueron eficaces para seguir adelante, y a mis amigos por sus palabras de aliento y oraciones que me ayudaron para cumplir mi meta.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, mi profundo y sincero agradecimiento a mi Dios por su amor, por concederme la vida, y por todas las bendiciones que me ha concedido llenando constantemente de felicidad y gratificación cada paso de mi vida.

En segundo lugar, a mis padres por su incondicional apoyo moral, amor, comprensión y sus oraciones para seguir estudiando y lograr el objetivo trazado para mi futuro.

En tercer lugar, a mi amigo Fredy y Brenda por sus buenos consejos que me ayudaron mucho para llegar a concluir mi tesis, y mis amigos por su apoyo incondicional, desinteresada colaboración y oraciones.

En cuarto lugar, a mi profesora y tutora Dra. Grisi Bernardo Santiago quien con su paciencia y dedicación me ayudó para la elaboración de esta tesis.

En quinto lugar, A la Universidad Privada TELESUP, a la Facultad de Salud y Nutrición a cada uno de quienes fueron mis profesores; como también a mis compañeros.

RESUMEN

El presente estudio titulado: Disfunción familiar y depresión en los alumnos de segundo y tercer grado del nivel secundario de la Institución Educativa Adventista “28 de Julio” de la ciudad de Tacna en el 2016, es una investigación cuantitativa según su nivel es descriptivo correlacional; tiene como objetivo determinar la relación entre disfuncionalidad familiar y depresión en los alumnos. Para el cual se consideró como muestra 52 estudiantes.

Los instrumentos utilizados fueron el test de Apgar familiar compuesto por cinco dimensiones (Adaptabilidad, Participación, Crecimiento, Afecto y Resolución) y el inventario de depresión de Beck compuesto por cinco dimensiones (afectiva, motivacional, cognitiva, conductual y físico).

Los resultados indican que el (48%) de los alumnos presentan funcionalidad familiar normal y el (40%) no presenta depresión; sin embargo el (12%) presenta disfunción familiar grave el cual se relaciona con el (10%) de alumnos gravemente deprimidos, por consiguiente encontramos que si existe relación directa y significativa entre disfuncionalidad familiar y depresión en los alumnos.

Palabras claves: Disfuncionalidad Familiar, Depresión.

ABSTRACT

The present study titled: Family dysfunction and depression in the secondary and tertiary students of the Adventist Educational Institution "28 de Julio" of the city of Tacna in 2016, is a quantitative research according to its level is descriptive correlational; aims to determine the relationship between family dysfunction and depression in students. For which 52 students were considered as sample.

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

The results indicate that (48%) of the students present normal family functionality and (40%) do not present depression; however, (12%) have severe family dysfunction, which is related to (10%) of severely depressed students, therefore we find that there is a direct and significant relationship between family dysfunction and depression in the students.

Keywords: Family Dysfunction, Depression."

INDICE DE CONTENIDOS

ASESOR DE TESIS	II
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
RESUMEN	VI
ABSTRACT	VII
INDICE DE CONTENIDOS	VIII
ÍNDICE DE TABLAS	X
ÍNDICE DE FIGURAS	XI
INTRODUCCION	XII
I. PROBLEMA DE INVESTIGACION	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	3
1.2.1. Pregunta general	3
1.2.2. Preguntas específicas	3
1.3. Justificación del problema	4
1.4. Objetivos del problema	5
1.4.1. Objetivo general	5
1.4.2. Objetivos específicos	5
II. MARCO TEÓRICO	6
2.1. Antecedentes de la investigación	6
2.1.1. Antecedentes Nacionales.	6
2.1.2. Antecedentes Internacionales	7
2.2. Bases teóricas de las variables	10
2.2.1. Bases teóricas de las variable 1	10
2.2.2. Bases teóricas de la variable 2	30
2.2.3. Definición de Términos Básicos	53
III. MARCO METODOLÓGICO	58
3.1. Hipótesis de Investigación	58
3.1.1. Hipótesis general	58
3.1.2. Hipótesis específicas	58
3.2. Variables de estudio	59
3.2.1. Definición conceptual	59

3.2.2. Definición Operacional	60
3.3. Tipo y Nivel de la investigación	61
3.3.1. Tipo de Investigación	61
3.3.2. Nivel de la Investigación	62
3.4. Diseño de la investigación	62
3.5. Población y Muestra de estudio	63
3.5.1. Población	63
3.5.2. Muestra	64
3.6. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	66
3.6.1. Técnicas de recolección de datos	66
3.6.2. Instrumentos de recolección de datos	66
3.7. Métodos de procesamiento y análisis de datos	70
3.8. Aspectos éticos	70
IV. RESULTADOS	72
4.1. Resultados	72
4.1.1. Resultados generales por variables	72
4.1.2. Resultado por ítems	73
4.1.3. Contrastación de hipótesis	94
V. DISCUSIÓN	98
5.1. Análisis de discusión de resultados	98
5.1.1. Discusión de resultados por ítems	101
VII. CONCLUSIONES	128
6.1. Conclusiones	128
VII. RECOMENDACIONES	129
7.1. Recomendaciones	129
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	130
ANEXOS	139
Anexo 1: Matriz de consistencia	140
Anexo 2: Matriz de operacionalización	141
Anexo 3: Instrumentos	142
Anexo 4: Matriz de Datos	145

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES	59
TABLA 2: DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES	60
TABLA 3: POBLACIÓN EN ESTUDIO	64
TABLA 4: MUESTRA DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO	65
TABLA 5: ESCALA VALORATIVA DEL TEST DE APGAR	68
TABLA 6: ESCALA VALORATIVA DEL TEST DE BECK	70
TABLA 7: CONFORMACIÓN DE LA MUESTRA	95
TABLA 8: ESTADÍSTICOS DE FIABILIDAD	95
TABLA 9: PROMEDIO DE DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN ESCOLAR	96
TABLA 10: RESULTADOS DE PRUEBA CHI-CUADRADO	97

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: RESULTADOS DE LA V 1 DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR Y RESULTADOS DE LA V 2 DEPRESIÓN.	72
FIGURA 2: RESULTADOS DE LOS ENTRE ÍTEMS 5 DE LA V1 RESULTADOS DE LOS ÍTEMS 1 DE LA V2	73
FIGURA 3: RESULTADOS DE LOS ENTRE ÍTEMS 1 DE LA V1 RESULTADOS DE LOS ÍTEMS 2 DE LA V2	74
FIGURA 4: RESULTADOS DE LOS ENTRE ÍTEMS 1 DE LA V1 RESULTADOS DE LOS ÍTEMS 3 DE LA V2	75
FIGURA 5: RESULTADOS DE LOS ENTRE ÍTEMS 1 DE LA V1 RESULTADOS DE LOS ÍTEMS 4 DE LA V2	76
FIGURA 6: RESULTADOS DE LOS ENTRE ÍTEMS 3 DE LA V1 RESULTADOS DE LOS ÍTEMS 5 DE LA V2	77
FIGURA 7: RESULTADOS DE LOS ENTRE ÍTEMS 3 DE LA V1 RESULTADOS DE LOS ÍTEMS 6 DE LA V2	78
FIGURA 8: RESULTADOS DE LOS ENTRE ÍTEMS 4 DE LA V1 RESULTADOS DE LOS ÍTEMS 7 DE LA V2	79
FIGURA 9: RESULTADOS DE LOS ENTRE ÍTEMS 3 DE LA V1 RESULTADOS DE LOS ÍTEMS 8 DE LA V2	80
FIGURA 10: RESULTADOS DE LOS ENTRE ÍTEMS 5 DE LA V1 RESULTADOS DE LOS ÍTEMS 9 DE LA V2	81
FIGURA 11: RESULTADOS DE LOS ENTRE ÍTEMS 5 DE LA V1 RESULTADOS DE LOS ÍTEMS 10 DE LA V2	82
FIGURA 12: RESULTADOS DE LOS ENTRE ÍTEMS 2 DE LA V1 RESULTADOS DE LOS ÍTEMS 11 DE LA V2	83
FIGURA 13: RESULTADOS DE LOS ENTRE ÍTEMS 5 DE LA V1 RESULTADOS DE LOS ÍTEMS 12 DE LA V2	84
FIGURA 14: RESULTADOS DE LOS ENTRE ÍTEMS 3 DE LA V1 RESULTADOS DE LOS ÍTEMS 13 DE LA V2	85
FIGURA 15: RESULTADOS DE LOS ENTRE ÍTEMS 5 DE LA V1 RESULTADOS DE LOS ÍTEMS 14 DE LA V2	86
FIGURA 16: RESULTADOS DE LOS ENTRE ÍTEMS 2 DE LA V1 RESULTADOS DE LOS ÍTEMS 15 DE LA V2	87
FIGURA 17: RESULTADOS DE LOS ENTRE ÍTEMS 2 DE LA V1 RESULTADOS DE LOS ÍTEMS 15 DE LA V2	88
FIGURA 18: RESULTADOS DE LOS ENTRE ÍTEMS 5 DE LA V1 RESULTADOS DE LOS ÍTEMS 17 DE LA V2	89
FIGURA 19: RESULTADOS DE LOS ENTRE ÍTEMS 2 DE LA V1 RESULTADOS DE LOS ÍTEMS 118 DE LA V2	90
FIGURA 20: RESULTADOS DE LOS ENTRE ÍTEMS 1 DE LA V1 RESULTADOS DE LOS ÍTEMS 19 DE LA V2	91
FIGURA 21: RESULTADOS DE LOS ENTRE ÍTEMS 2 DE LA V1 RESULTADOS DE LOS ÍTEMS 20 DE LA V2	92
FIGURA 22: RESULTADOS DE LOS ENTRE ÍTEMS 5 DE LA V1 RESULTADOS DE LOS ÍTEMS 21 DE LA V2	93

INTRODUCCION

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

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

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

La presente investigación se enfoca en la relación que tiene la disfuncionalidad familiar y la depresión en los alumnos de la institución adventista 28 de julio de Tacna. En el primer capítulo se realiza el planteamiento del problema, así mismo la formulación del problema, justificación y objetivos. El segundo capítulo lo conforma el marco teórico, los antecedentes de la investigación y las bases teóricas. En el tercer capítulo se presenta las hipótesis de la investigación, variables de estudio, el tipo y nivel de la investigación, el diseño, la población y muestra del estudio, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, métodos de procesamiento y los aspectos éticos. En el cuarto capítulo se destacan los resultados. El quinto capítulo abarca el análisis de discusión de resultados. El sexto capítulo comprende las conclusiones de la investigación. Finalmente, el séptimo capítulo trata sobre las recomendaciones.

I. PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1.Planteamiento del problema

La familia es la base fundamental para el desarrollo y bienestar de los adolescentes, dentro de la familia se construyen lazos familiares muy importantes, la adaptabilidad y participación son necesarias para la unidad familiar de esta forma habrá un crecimiento familiar lo cual ayudara a la familia a una resolución adecuada de sus problemas todo ello es importante para el adecuado desarrollo del adolescente.

Al respecto la Convención sobre los Derechos del Niño, reconoce que cada niño debe crecer en el seno de la familia, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión, para lograr su desarrollo pleno.

Sin embargo, nuestros adolescentes están siendo afectados por la disfuncionalidad familiar, la OMS manifiesta que el suicidio es la segunda causa de muerte en adolescentes de 15 a 19 años a nivel mundial y de las tres principales causas en México en este mismo grupo.

En el Perú la población se caracteriza por ser relativamente joven, donde el 32% tiene menos de 15 años, tres de cada cuatro viven con sus dos padres biológicos (75%). Un 6% de los hogares tienen un menor de 15 años que no vive con ninguno de sus padres biológicos, aun cuando estos se encuentran vivos, según el informe del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi.

Además, según el diario La República (2012) refiere que la peculiar familia conformada por "papá, mamá e hijos" de tiempos pasados, no se encuentra en lista, según los datos del INEI concluye, que la familia tradicional pierde interés mientras que las familias disfuncionales crecen.

Por otro lado, siete de cada cien adolescentes tienen problemas de depresión en Lima Metropolitana y doce de cada cien en la provincia del Callao siendo más frecuentes en el sexo femenino; así lo indica el médico psiquiatra Rolando Pomalima Rodríguez, Director de la Dirección de Niños y Adolescentes

Por lo cual podemos afirmar que la familia es la principal fuente de apoyo a pesar de los conflictos que puedan suscitarse. El afecto y el apoyo dentro del contexto familiar son fundamentales para un adecuado desarrollo psicosocial de los adolescentes y, sin duda, son un elemento clave del bienestar psicosocial.

En la medida que se crece, la expresión de la depresión empieza a ser más tenue. En la adolescencia se vuelven inestables, confrontacionales, no toleran la frustración. Empiezan a tener actos auto agresivos, a golpearse, a cortarse, a tirar las cosas, son explosivos. (Karina Garay)

Además de ellos podemos notar que muchos adolescentes tienen pensamientos suicidas lo cual indican que están con depresión.

Esta realidad no solo es a nivel internacional, o nacional sino también se presenta en nuestra región; según la DIRESA – Tacna en el 2008, informa que el 58% de casos atendidos por Intento de Suicidio, 346 casos de la población total presentaron depresión durante los informes mensuales de ese año. El Distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa es tomado en cuenta porque es el segundo distrito con más población adolescente que ha presentado un alto índice de jóvenes con problemas de salud mental.

En Tacna los suicidios ocupan la diecinueveava causa de muerte en la población general (1,85%), en adolescente ocupa la segunda causa de muerte (16,13%), en Jóvenes ocupa el tercer lugar y en los adultos ocupa la novena causa de muerte: 3,57% (ASIS 2012).

La disfuncionalidad familiar es una causa importante para que se produzca la depresión en los adolescentes, que presentan muchos factores que pueden incidir

en su comportamiento. Por lo general los problemas de depresión suelen surgir cuando los estudiantes se encuentran en esta etapa que es la adolescencia, ya que presentan cambios a nivel fisiológico y psicológico que pueden provocar depresión para llegar a sus metas.

En los alumnos de segundo y tercer año del nivel secundario de la Institución Educativa Adventista “28 de Julio”, se observó problemas en la conducta y en el aprendizaje como consecuencia de la depresión; el cual surge por la carga emocional, vivencial y afectiva dentro de la familia.

Es por ello que planteamos la siguiente investigación, con el fin de recopilar información y dar un aporte a la sociedad sobre la disfuncionalidad familiar y la depresión en los alumnos de segundo y tercer año del nivel secundario de la Institución Educativa Adventista “28 de Julio”. Ciudad de Tacna. Perú. 2016.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Pregunta general

¿Cuál es la relación de la disfuncionalidad familiar y la depresión en los alumnos de segundo y tercer año del nivel secundario de la Institución Educativa Adventista “28 de Julio”. Ciudad de Tacna. Perú. 2016?

1.2.2. Preguntas específicas

¿Cuál es nivel de disfuncionalidad familiar en los alumnos segundo y tercer año del nivel secundario de la Institución Educativa Adventista “28 de Julio” Ciudad de Tacna. Perú. 2016?

¿Cuál es el nivel de depresión en los alumnos de segundo y tercer año del nivel secundario de la Institución Educativa Adventista “28 de Julio”. Ciudad de Tacna. Perú. 2016?

1.3. Justificación del problema

La familia en cualquier parte del mundo es el pilar fundamental en la sociedad razón, por la cual todo gira en su entorno, si una familia está bien constituida se ve reflejada en el comportamiento y en el estado de ánimo de cada uno de sus integrantes, por tal razón, es muy importante mantener una familia unida buscando estrategias acordes, que nos lleven a cumplir con este objetivo. Los miembros de una familia funcional presentan menos síntomas depresivos, y adoptan menos conductas de riesgo, lo cual constituye un indicador de su funcionalidad.

La adolescencia es el periodo donde el individuo se desarrolla hacia la adquisición de la madurez psicológica y física a partir de construir su identidad personal, es por todo esto que diseño la presente investigación con el fin de recoger información y dar un aporte a la sociedad, sobre disfuncionalidad familiar y depresión en estudiantes del segundo y tercer año del nivel secundario de la Institución Educativa Adventista 28 de Julio de Tacna, además de ello será utilizado con fines preventivos y de esta forma evitar consecuencias desastrosas a la sociedad.

Esta investigación se constituirá de la información empírica de base, que llenará el vacío del conocimiento existente sobre la disfuncionalidad familiar y la depresión en los alumnos de la ya mencionada institución, así como generará otras interrogantes en futuras investigaciones, se dará hincapié en los estudiantes provenientes de familias disfuncionales relacionados con la agresividad física y verbal, la ira y hostilidad que presentan en la Institución Educativa Adventista 28 de Julio.

El presente estudio de investigación resulta de gran importancia pues nos permite determinar la relación entre disfuncionalidad familiar y depresión de los alumnos adolescentes. Así mismo poder realizar un trabajo multidisciplinario entre la municipalidad, sector salud y educación para aunar esfuerzos dirigidos a la toma de acciones para la solución de esta problemática.

La Institución Educativa podrá analizar los resultados obtenidos, y realizar un diagnóstico de las familias. En las implicaciones o alcances prácticos podrá contribuir a fortalecer las funciones del profesional de psicología y de esta forma generar cambios positivos para la profesión. Y finalmente se pretende que esta investigación sirva como antecedente para posteriores estudios sobre familia con adolescentes, y la importancia de aplicar instrumentos que nos den un alcance sobre la realidad de los estudiantes.

1.4. Objetivos del problema

1.4.1. Objetivo general

Determinar la relación entre disfuncionalidad familiar y la depresión en los alumnos de segundo y tercer año del nivel secundario de la Institución Educativa Adventista “28 de Julio”. Ciudad de Tacna. Perú. 2016.

1.4.2. Objetivos específicos

Medir el nivel de disfuncionalidad familiar en los alumnos de segundo y tercer año del nivel secundario de la Institución Educativa Adventista “28 de Julio”. Ciudad de Tacna. Perú. 2016.

Medir el nivel de depresión en los alumnos de segundo y tercer año del nivel secundario de la Institución Educativa Adventista “28 de Julio”. Ciudad de Tacna. Perú. 2016.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes Nacionales.

Palomino (2015) realizó un estudio denominado “*Disfunción familiar como factor de riesgo para embarazo adolescente en el Hospital Distrital Jerusalén de la esperanza en el período Enero - Febrero 2015*”. Universidad Privada Antenor Orrego – Trujillo. Perú. Tuvo como objetivo determinar si la disfunción familiar es factor de riesgo para embarazo adolescente, de tipo, analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles, utilizando los siguientes instrumentos Test de Apgar familiar, ficha de recolección de datos. La población estuvo constituida por 120 adolescentes. Concluye que la disfunción familiar es factor de riesgo para embarazo adolescente.

Torres (2015) realizó una investigación sobre “*Relación entre funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la academia preuniversitaria Alexander Fleming Arequipa 2015*”. **Tuvo como objetivo** determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la depresión como trastorno psiquiátrico bastante frecuente en nuestro medio. La investigación es de tipo observacional, prospectivo y transversal, utilizando los instrumentos como el test de William Zung, el test de Evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar. La población fue de 2000 adolescentes. Resultados: Respecto a la función familiar se obtuvieron en un 25,6% familias de tipo Balanceada, en un 57,5% de Rango medio y en 16,9% familias de tipo Extrema. De los 468 adolescentes 58,7% presentaron depresión entre leve y moderada. Se puede concluir entonces, que mientras más extremo sea el tipo de familia mayor será el grado de depresión.

Gonzáles & otros. (2013) estudiaron sobre los determinados “*Factores familiares que influyen en las manifestaciones depresivas en adolescentes del 1° al 5° de secundaria de un colegio nacional mixto del distrito de Los Olivos - Lima* “. En su investigación menciona que su objetivo principal es determinar los factores

familiares que influyen en las manifestaciones depresivas en los adolescentes. La investigación es de tipo descriptivo, de corte transversal. La población de estudio fue de 163 estudiantes. El tipo familiar predominante fue el de familia extendida: 40,5% (66) de los adolescentes. Se concluyó de que las manifestaciones depresivas tienen relación directa con el funcionamiento de la familia, siendo este dato significativo ($p=0,030$). En tanto, las manifestaciones depresivas no guardan relación con el tipo de familia ($p=0,712$).

Arenas (2009) realizó un estudio acerca de la *“Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes”*. Lima-Perú. En su investigación indica que su objetivo principal es determinar la relación existente entre la funcionalidad familiar y la depresión en los y las adolescentes atendidos. El presente estudio se perfila como una investigación de tipo sustantiva con nivel descriptiva. Se concluyó que la percepción de los niveles de funcionalidad familiar y su relación con la presencia o ausencia de depresión en adolescentes no presenta relación significativa en la muestra estudiada

Condori (2002) investigó sobre el *“Funcionamiento familiar y las situaciones de crisis de adolescentes infractores y no infractores en Lima Metropolitana”*. Lima-Perú. Su objetivo principal de la investigación es conocer los tipos y niveles de funcionamiento familiar, y su relación con las respuestas ante situaciones de crisis. Se investigó en una muestra poblacional de 514 menores infractores y no infractores. Utilizó el FACES III y el F-COPES. Los resultados revelan la existencia de diferencias significativas entre los menores infractores y no infractores, principalmente en la relación entre el tipo de familia y sus respuestas ante las situaciones de crisis.

2.1.2. Antecedentes Internacionales

Tellechea (2014) en investigación realizó sobre *“Abordaje del adolescente que se encuentra en una familia disfuncional en la ciudad de Guayaquil – Ecuador”*. En su estudio manifiesta que tiene como objetivo principal proponer una estrategia

de intervención familiar para el abordaje del adolescente que se encuentra en una familia disfuncional. La metodología seleccionada fue de campo, descriptivo y documental. La población de la presente investigación estuvo constituida por 250 familias. Se concluyó que los miembros de las familias investigadas no siempre están conscientes de la magnitud del problema ocasionado por la disfunción familiar produciéndose el debilitamiento de las relaciones entre sus miembros.

Rivera y Sánchez (2014) en su estudio realizó sobre *“Disfuncionalidad familiar y su relación con la depresión en los adolescentes del ciclo diversificado en la unidad educativa Herlinda Toral Cuenca 2014”*, En su investigación su Objetivo principal es determinar disfuncionalidad familiar y su relación con la depresión en los adolescentes. La metodología aplicada es de tipo cuantitativo, descriptivo, utilizando los siguientes instrumentos de evaluación como un formulario, cuestionario Apgar familiar y test de Hamilton, con una población conformada de 200 estudiantes de primero, segundo y tercer año de bachillerato. Al finalizar la investigación se determinó que el 48,5% de la población presentan una relación entre la disfuncionalidad y la presencia de depresión, es así que 72% presentan disfuncionalidad familiar resaltando más la falta de comunicación, mala relación dentro del hogar, problemas con sus padres, violencia familiar, padres divorciados o separados, abuso o maltrato en el hogar, y esto hace que los adolescentes presenten depresión en un 64,5 %.

Moreno (2014) realizó un estudio sobre *“Familias disfuncionales como predictoras de conductas asociales en los estudiantes de primero y segundo año de bachillerato de un colegio público del Noroccidente de Pichincha, año lectivo 2013-2014”*. La presente investigación intenta identificar si la disfunción familiar es un predictor de conductas disociales en los estudiantes. Para el efecto se consideró una muestra de 40 adolescentes a quienes se aplicó el test EPQ-J y ECODI, la ficha sociodemográfica y el cuestionario APGAR. Los resultados de los instrumentos aplicados mostraron la existencia de conductas disociales en un 55% de los adolescentes, pero solamente el 13% de familias presentó disfunción familiar, razón

por la cual se concluyó que: las familias disfuncionales no son predictoras de conductas disociales en los adolescentes.

Tuárez (2013) realizó una investigación acerca de *“Influencia de la disfuncionalidad Familiar y los síntomas depresivos sobre el Rendimiento Académico en los estudiantes de 1er a 8vo semestre de la Facultad de Medicina de la Universidad de las Américas en la ciudad de Quito”*. En su estudio refiere que su objetivo en esta investigación es analizar la prevalencia del trastorno de depresión y el grado de funcionalidad familiar. El estudio se realizó con una muestra obtenida del correspondiente universo conformado de todos los estudiantes (155 estudiantes), aplicando el Inventario de Depresión de Beck para medir síntomas depresivos y el cuestionario de APGAR familiar y el FACES III. Se concluyó que no se encontraron diferencias significativas con respecto a la disfuncionalidad familiar según FACES III, sin embargo se encontraron diferencias significativas entre tener síntomas depresivos según el Inventario de Beck con respecto al bajo rendimiento académico. Según el Inventario de Beck se encontró una prevalencia de 87% para síntomas depresivos leves, un 9.4% para síntomas depresivos moderados y un 3.6% para síntomas graves

Iller (2014) realizó un estudio sobre *“La funcionalidad familiar y el riesgo suicida en los adolescentes del segundo año del colegio de bachillerato unificado Victoria Vascones Cuvi de la ciudad de Latacunga”*. El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar la incidencia de la funcionalidad familiar en el riesgo suicida de los adolescentes. La metodología de la investigación fue un enfoque cuali-cuantitativo y de campo mediante la aplicación de reactivos psicológicos el FF-SIL para Funcionalidad Familiar y el Test de Riesgo Suicida teniendo como muestra a 448 estudiantes, concluyendo que el 21% de la población evaluada si presenta riesgo suicida y el 47% son familias disfuncionales, de acuerdo a esto se ha generado la propuesta en base a la terapia cognitiva de Aaron T. Beck.

2.2. Bases teóricas de las variables

2.2.1. Bases teóricas de las variable 1

2.2.1.1. Disfuncionalidad familiar

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

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

Mamani y otros (2016) (citado en borbor2012) refiere que cada familia tiene su propia forma de vida, donde van manteniendo un clima adecuado o inadecuado acorde a su estilo familiar.

a. Familia democrática

Aquí la familia comparte deberes y responsabilidades de común acuerdo. Realiza los fines para los cuales se ha constituido el grupo. Las órdenes se dan con firmeza, pero, igualmente se retribuye con cariño; se inculcan valores, como el respeto, la solidaridad, la justicia, etc., que están en función a lo que se da en la colectividad.

El padre y la madre dan ejemplo en el trabajo incentivando, con ello, a los hijos; se asumen responsabilidades, se busca el cuidado de la salud y, sobre todo, se cultiva el sentimiento del amor y el vínculo fraterno en todo el grupo familiar. Es

un tipo de familia al que todos debemos de apuntar para constituir, sólidamente, este núcleo de la sociedad.

b. Familia autoritaria

Este tipo de familia se caracteriza por un exceso de reglas, inflexibilidad, en el cual la negociación no es permitida. De forma estricta se controla el cumplimiento de las normas, hay presencia de amenazas e imposiciones las cuales se usan como medidas para obtener obediencia y respeto.

La característica de los padres es, un bajo nivel de expresión de afecto y de comunicación para conocer los intereses de los hijos y satisfacer las necesidades afectivas. Dentro de este estilo familiar hay presencia de bajo autoestima, aislamiento social y sentido de insatisfacción e infidelidad.

c. Familia permisiva

En este tipo de familia, los padres son incapaces de disciplinar a los hijos/as, con la excusa de no dañarlos emocionalmente. Tratando de entenderlo todo, les permiten a los hijos hacer todo lo que quieran. En este tipo de hogares, los padres no se desempeñan como padres ni los hijos como hijos y con frecuencia se observa que los hijos mandan más que los padres, esta relación se vuelve opuesta. En casos extremos los padres no pueden controlar de forma adecuada sus hijos por temor a que estos se enojen.

d. Familia negligente

Estas familias se caracterizan por no involucrarse en las actividades del niño o adolescentes existiendo escasa afectividad en la interacción padre, madre, niño, niña. Los padres negligentes tienen otras prioridades por lo cual no están interesados en los deseos, sueños o logros de sus hijos y por ende no se preocupan con respecto a las conductas que manifiestan sus hijos.

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

Según Ordoñez y Juca (2016) en su investigación nos refiere que la disfunción familiar constituye un factor de riesgo importante en la génesis de la depresión en los adolescentes, que en la mayoría de los casos no es valorada, lo que conlleva a que la familia y su funcionalidad, que supone ser el soporte para el adecuado desarrollo emocional y psicológico del adolescente, se mantenga como una causa enmascarada. Al no evaluar la disfuncionalidad familiar, el tratamiento que debería ser integral, se continua basando en el manejo cognitivo conductual, que por sí mismo solo trata la depresión, pero no la causa primordial.

Según un artículo de la revista bien de salud refiere que la disfuncionalidad familiar es muy estudiada dentro de la psicología, ya que se la ha relacionado con el surgimiento de diversos problemas de salud mental como adicciones, anorexia y bulimia, depresión, ansiedad, entre otros. Por este motivo, es de suma importancia que los tratamientos para superar estas dificultades tomen en cuenta y consideren a la familia de manera integral.

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

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

2.2.1.2. Tipos de disfuncionalidad familiar

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

Según Altamirano & otros (2014) en su investigación nos menciona los tipos de familias disfuncionales los constituyen las familias disfuncionales por adicciones, familias disfuncionales de desórdenes mentales, familias disfuncionales por abuso y familias disfuncionales por irrealidad.

a. Disfuncionales por adicciones (adicto génicos)

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

b. Familias disfuncionales de desórdenes mentales

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

c. Familias disfuncionales por abuso (psicogénicas)

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

d. Familias disfuncionales por irrealidad

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

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

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

2.2.1.3. Causas de disfuncionalidad familiar

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

Manso (2011) en su estudio menciona las siguientes causas de las familias disfuncionales.

a. El desempleo

Hace referencia a la situación del trabajador que carece de empleo por tanto de salario, por extensión es la parte de la población que estando en edad,

condiciones y disposición de trabajar, población activa carece de un puesto de trabajo. Es por ello que las discusiones en el hogar comienzan a incrementar, por la falta de presupuesto para cubrir las necesidades básicas de la familia.

b. La escasa comunicación

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

c. Relación disfuncional entre padre y madre

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

d. Machismo

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

e. Violencia

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

f. Adicciones

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

En la mayoría de los casos de adicciones la familia trata de tener el problema en secreto, y suele ser un largo proceso hasta que entiendan y admitan que la adicción se ha vuelto un problema para toda la familia.

Muchas veces se ve que el adicto esconde su adicción, pero que las consecuencias de su vida como adicto llega a tener secuelas para la familia de otras formas, por ejemplo, al tener muchos secretos, descuidar la relación con el resto, síntomas de estrés y depresión, etc.

g. Falta de seguridad

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

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

h. Negación

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

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

i. Ausencia de Dios en la familia

Según Magnus (2011) en su investigación nos refiere desde una perspectiva teológica es necesario tomar en cuenta una característica sobre la gran necesidad de tener el mensaje de Jesús como centro de la vida familiar. Hemos visto que el pecado también es parte crucial de una familia disfuncional, y es por esta razón necesaria que el mensaje de Cristo llega a penetrar en las familias. El perdón de pecado, amar a las personas, entender que somos diferentes, ser sinceros, preocuparnos por otros, tener una

identidad en Jesús, no tener divisiones en la familia, son algunas de las cosas que el mensaje de Jesús nos manda a aplicar. He visto bastantes casos de que Jesús es el que ha sido capaz de llevar una familia desde la disfuncionalidad hasta la funcionalidad. En el mismo tiempo no es sólo de recibir a Jesús y ya está todo bien, pero sí, es una decisión que llevará cualquier familia a mejorar sus relaciones, porque una familia que no tiene a Jesús en su corazón estará fácilmente entregada al pecado en las distintas características de una familia disfuncional como ya lo hemos visto.

La familia, es la base para que todo ser humano, se pueda integrar de manera correcta a la sociedad. Por lo mismo, es que sus integrantes menores, deben ver los aspectos positivos de su familia, para potenciarlos en un futuro cercano. Asimismo, los aspectos negativos que son mencionados, deben ser estudiados, anotados y tratados por los especialistas, para que ellos no los vuelvan a repetir. En el fondo, a la familia, se le considera la escuela primaria, frente a los desafíos sociales, de los hijos.

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

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

2.2.1.4. Dimensiones de la disfuncionalidad familiar

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

perciben el funcionamiento familiar y pueden manifestar el grado de satisfacción con el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar.

Adaptabilidad Familiar

Es la capacidad de usar recursos intra y extra familiares con el fin de resolver los problemas cuando el equilibrio familiar ha sido modificado en una situación de crisis.

Según Chiavenato (citado por Pereda, 2017) la adaptabilidad "es la capacidad para resolver problemas y reaccionar de manera flexible a las exigencias cambiantes e inconstantes del ambiente". Es decir, es la capacidad para acomodarse a los cambios sin que ello redunde en una reducción de la eficacia y el compromiso. El origen de la palabra 'adaptabilidad' viene de la palabra latina 'adaptare' (ad- hacia y aptare, ajustar, ceñir, aplicar...) que significa 'ajustarse'.

Recursos intrafamiliares: Están los recursos de la familia tales como el ingreso familiar que permite satisfacer las necesidades elementales como alimentación, vestido y en ocasiones, de salud y educación.

Recursos extra-familiares: Está en relación al gasto público que el gobierno de turno destine a los servicios básicos para el mejoramiento de la calidad de vida y/o bienestar de la población en general. Al respecto, se destacan los servicios sociales, educacionales, de salud y de infraestructura que deben estar a disposición y acceso de la familia lo cual repercute en la calidad de los cuidados del menor.

Participación Familiar: Contribución de los miembros de la familia, en la toma de decisiones y en la división del trabajo, el cómo comparten los problemas y el cómo se comunican para examinar la manera de resolverlos.

Cooperación: Cooperar significa actuar junto con otro/s para el logro de un objetivo común, en beneficio mutuo. Cooperar no significa dejar de lado los objetivos individuales. Es importante darnos cuenta que la cooperación es "un buen negocio": encontrar espacios donde los objetivos individuales impulsan los objetivos grupales y viceversa. La cooperación es un ganar-ganar entre los intereses de la persona y

los distintos sistemas en los que se desenvuelve (equipo, empresa, familia, vecindario, etc.).

Comunicación: La calidad de las comunicaciones que mantenemos determina la calidad de nuestras relaciones. Si hiciéramos una lista de las personas con las cuales mantenemos malas relaciones veremos que son las mismas con las que no mantenemos una buena comunicación. Si pudiéramos mejorar la comunicación con estas personas, sin duda la relación sería mucho más efectiva.

Crecimiento Familiar: Es el logro alcanzado en la maduración del área física, emocional y social que se lleva a cabo a través de la auto realización alcanzado gracias al apoyo y al asesoramiento entre los miembros de la familia.

Madurez física: Se refiere al desarrollo del cuerpo y la coordinación de los músculos grandes y pequeños. Pero incluye la actitud sana en cuanto al cuerpo, el cual es el siervo de la personalidad y no el amo. Una persona “adulta” que siempre admira su físico ante un espejo está manifestando su inmadurez física y emocional.

Madurez emocional: Es la capacidad de entender y evaluar los sentimientos y la información que el individuo recibió durante su niñez. La falta de esta madurez se ve en una dependencia exagerada en los padres, de no poder tomar decisiones propias o de hacer “pucheritos” si no puede hacer lo que quiere.

Madurez social: Según Comellas, (2000) la madurez social es la manera de comportarse ante las situaciones que se deben afrontar, individualmente, lejos de la familia. Doll (1925) considera que la madurez social se puede apreciar al identificar la capacidad social, autosuficiencia, actividades ocupacionales, comunicación, participación social y libertad para la supervisión en el niño.

Afecto Familiar: Describe a la demostración de distintas emociones como el amor, cuidado, respeto, atención, cariño y pena o rabia que existe entre los integrantes de un grupo familiar.

Cuidado: Desde este punto de partida, se delimitan las funciones de la familia que suponen una especificación de lo que entendemos por el cuidado y que primordialmente son: crianza y socialización de los hijos, y asistencia a todos los miembros de la familia con necesidades especiales como en el caso de enfermedad, discapacidad y edad avanzada (ONU, 2009, nº 6)²

Cariño o afecto: La familia donde el hombre aprende el cultivo de las virtudes, el respeto que es el guardián del amor, la honradez, la generosidad, la responsabilidad, el amor al trabajo, la gratitud, etc. La familia nos invita a ser creativos en el cultivo de la inteligencia, la voluntad y el corazón, para poder contribuir y abrirnos a las sociedades preparadas e íntegras. El amor de la familia debe transmitirse a la sociedad.

La psicología afirma que el afecto estimula el aprendizaje y desarrolla la inteligencia gracias a la sensación de seguridad y confianza que otorga y que se desarrolla lentamente a través de la infancia, la niñez y la adolescencia.

Resolución (recursos) Familiar: Hace descripción al compromiso de compartir el tiempo, dedicar recursos materiales (económicos) y especiales para apoyar a todos los miembros de la familia.

Compartir tiempo: "Los rituales familiares deben cultivarse", afirma el psicoterapeuta Manuel Saravia. "Al fomentar las reuniones familiares, se crea el ambiente adecuado para desarrollar la unión, la comunicación y el respeto". Las familias, en general, tienden a perder espacios de contacto. Por falta de tiempo, por conflictos no resueltos y por cualquier otra excusa. "No es necesario hacer grandes coordinaciones ni gastar mucho dinero para que padres e hijos hagan cosas juntos. Puede ir a la playa, al parque, almorzar, en fin, son detalles que enriquecen". Entonces, al reunirse el fin de semana, todos juntos pueden leer y compartir la información.

Dedicar recursos materiales: Aquellos recursos del contexto alfabetizador familiar referidos a la disponibilidad de recursos materiales vinculados a la lectura

tienen relación con el nivel cultural, laboral y de ingresos de la familia (Fernández & Salvador, 1994).

2.2.1.5. La adolescencia:

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

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

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

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

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

1. Diferentes fases de la adolescencia

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

Camacho (2002) en su estudio refiere que la adolescencia empieza generalmente entre los 12 y 13 años de edad con el ímpetu de la pubertad, pero que se consolida por los factores sociales y emocionales que percibe el individuo. Considera que por tener diversos cambios a todo nivel la adolescencia no debe catalogarse como un periodo unitario y homogéneo, sino un conjunto de fases por las cuales la persona va formando identidad y personalidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que el periodo de la adolescencia está comprendido entre los 10 y los 19 años de vida, aunque tanto la madurez física y sexual como la psicológica y social dependen de factores individuales, como el sexo (una mujer se desarrolla antes que un hombre).

El crecimiento y la maduración del ser humano son procesos que requieren tiempo, es decir, no se producen de forma brusca, aunque hay ciertas etapas y edades donde estos cambios ocurren con mayor velocidad, sobre todo los físicos. Según el estudio Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales, llevado a cabo por J.J Casas Rivero y M.J Ceñal González Fierro, de la Unidad de Medicina del Adolescente del Servicio de Pediatría del Hospital de Móstoles, en Madrid, las etapas de la adolescencia son tres. En el estudio sitúa la media de desarrollo completo de la adolescencia en los 21 años.

Adolescencia temprana (11-13 años)

Es la primera etapa de desarrollo del niño. Se caracteriza porque comienza a experimentar cambios físicos a una gran velocidad. En esta fase aparecen los caracteres sexuales secundarios.

Los cambios psicológicos y sociales no tienen un gran desarrollo durante esta fase, sino que son consecuencias o se derivan de los cambios físicos. El adolescente observa cómo su cuerpo se desarrolla y cambia, y esto provoca una gran curiosidad y una situación extraña para él. Las transformaciones acercan al adolescente a su grupo de amigos, que también experimentan los mismos cambios, por lo que existe una identificación grupal. Durante esta fase no se producen cambios psicológicos porque en lo que se refiere a los procesos cognitivos, el adolescente sigue pensando en concreto, no ha desarrollado la abstracción del pensamiento, no percibe las implicaciones futuras y se encuentra todavía muy lejos del pensamiento adulto.

Los contactos con el otro sexo tienen un carácter exploratorio, también lejos del deseo sexual adulto.

Adolescencia media (14-17 años)

Al comienzo de esta fase, el adolescente ya ha finalizado casi por completo su maduración sexual: sus órganos sexuales están prácticamente desarrollados y ha adquirido el 95 por ciento de su estatura. A partir de este momento, los cambios físicos se ralentizan sobremanera, lo que le permite al adolescente fijar su imagen corporal y desarrollar más fácilmente una imagen de sí mismo. En esta fase adquieren vital importancia los cambios psicológicos y sociales.

Durante estos años desarrolla el pensamiento abstracto y la capacidad de percibir las implicaciones futuras, aunque en circunstancias conflictivas, como etapas de estrés, puede sufrir regresiones hacia el pensamiento concreto y ser incapaz de percibir estas implicaciones. La capacidad de percibir en abstracto

provoca que el joven desarrolle también una cierta capacidad discursiva, además de identificarse con otras personas, grupos e ideologías. El adolescente también desarrolla y potencia una imagen de sí mismo, un rol que proyecta hacia los demás. La pertenencia a un grupo social y la necesidad de independencia respecto del grupo familiar también son consecuencias directas de los cambios psicológicos y cognitivos durante esta etapa.

El narcisismo y la sensación de invulnerabilidad es otra de las consecuencias de los cambios psicológicos del adolescente. Proyecta su imagen hacia el resto del mundo con el objetivo de acaparar atención. La sensación de invulnerabilidad y de fortaleza hacen que el adolescente pueda ser más agresivo en ciertas circunstancias y puede acarrear comportamientos de riesgo, como el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

El contacto con el otro sexo se incrementa, aunque no sólo responde a un deseo sexual creciente, sino también al narcisismo y la exploración de los propios límites del adolescente, que necesita poner a prueba el grado de atracción que posee.

Adolescencia tardía (17-21 años)

El desarrollo físico y sexual ha terminado. El adolescente ya es físicamente adulto y sus órganos sexuales están plenamente capacitados para la reproducción.

El pensamiento abstracto también se ha desarrollado en su totalidad y el joven puede pensar en abstracto sin dificultad y percibe perfectamente las implicaciones futuras de sus actos. El desarrollo del pensamiento es un factor individual que depende de las condiciones del entorno y de las propias capacidades de la persona.

A partir de este momento, el adolescente comienza a enfrentarse a las exigencias del mundo adulto, las necesidades de atención y de pertenencia a un grupo pierden importancia en pro del fomento de las relaciones individuales.

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

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

2. Los problemas internos y externos del adolescente

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

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

Además de ellos la relación entre el incremento de hormonas sexuales, el deseo y la actividad sexual los motiva a satisfacer la necesidad de relacionarse con personas del sexo opuesto e interactuar, para ello el adolescente busca tener independencia en su elección de amistades y busca un propio espacio; lo que genera mayor control y atención de los padres.

Esto supone que habría más incidencias de disputas y conflictos familiares por el estrés que atraviesan los adolescentes, sin embargo, existen otros factores que pueden ser desencadenantes de conflicto como la falta de cohesión y

comunicación o la resistencia de los padres para aceptar que los hijos empiezan a crecer. (Barna y cols. 1986).

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

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

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

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

3. El adolescente como parte de la familia

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

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

Vivimos en una sociedad tecnológica, industrial y de la información, en la que priman los intereses mercantiles y la escasa transmisión de valores éticos, morales y humanísticos.

Según Barca (2005) en su investigación menciona que teniendo en cuenta que en la adolescencia son características la rebeldía y la escasa percepción del riesgo, la familia se enfrenta a serias preocupaciones ante la conducta de algunos adolescentes que hacen un uso inadecuado de su tiempo libre, o caen en conductas de riesgo respecto a sustancias tóxicas o en la sexualidad. La relación entre los jóvenes es fundamental para la socialización y desarrollo normal, aunque, en ocasiones, practican la violencia sobre algún compañero, o en grupo, o inducen a conductas de riesgo. La familia es la entidad idónea para transmitir factores protectores en colaboración con los docentes y deberá ejercer una autoridad afectiva, compartida y responsable.

Según Oliva y Parra (2007) en su investigación comentan que durante la adolescencia se produce un empeoramiento de la comunicación y un aumento de los conflictos entre padres e hijos, lo cual tiene un mayor impacto emocional y afecta más negativamente a los padres que a los propios hijos debido a que son situaciones de riña constante.

Según Arranz (2004) en su investigación manifiesta que la familia sigue siendo un contexto fundamental para el desarrollo positivo de las y los adolescentes. Al margen de los valores y costumbres culturales de cada familia, las características principales para fomentar un clima familiar saludable son el afecto y el apoyo en conexión con un control y monitorización adecuados según la edad del adolescente para fomentar autonomía en su desenvolvimiento personal. Además de ello es indispensable la comunicación asertiva, por medio de la cual se establezcan normas de convivencia y límites justos para que los hijos se sientan libres y autónomos en su toma de decisiones. P.122.

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

4. La familia como sistema social.

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

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

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

Según Shaffer (2000) en su estudio manifiesta toma la familia como un sistema social complejo, es decir, redes de relaciones recíprocas y alianzas que evolucionan en forma constante y son afectadas en gran medida por la comunidad y por influencias culturales. Dentro de estos sistemas existe el efecto directo de la relación madre-hijo y el efecto indirecto, dado por el padre cuando entra en la dinámica de la madre con el hijo.

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

2.2.2. Bases teóricas de la variable 2

2.2.2.1. La depresión

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

Según la Organización Mundial de la Salud (2014) publicó que la Clasificación Internacional de Enfermedades, explica que la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

Desde la perspectiva cognitiva Aaron Beck (citado en Dahab, 2002) refiere que el paciente con depresión exterioriza un esquema que involucra una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro. Conocido como triada cognitiva, la persona se siente inútil e incapaz, despreciado, con relación a su entorno, interpreta en términos de daños y pérdidas la mayor parte de sus experiencias vitales al tiempo que cree que el futuro vendrá acompañado de fracasos y frustraciones. Dado que la persona se siente desesperanzada, cree que las situaciones venideras serán incontrolables; responde entonces con pasividad, resignada a no poder modificarlas.

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

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

Según Agreda (2013) en su investigación nos menciona que la enfermedad depresiva durante la adolescencia, con frecuencia no recibe la atención debida. Los adolescentes deprimidos no reciben atención de los padres, además no buscan ayuda en ellos y evitan consultar a un profesional de la salud. Cuando recurren a la atención médica, lo hacen con quejas primariamente somáticas

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

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

2.2.2.2. Causas de la depresión

Según Olazo (2014) en su investigación nos menciona sobre las siguientes causas:

a. Genética

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

b. Educación

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

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

- Madre y/o padre sobre protectores, que no permiten la autonomía del niño: en la infancia prolongan el uso del biberón, les visten y les dan de comer en la boca hasta que el chico protesta y decide hacerlo solo. Posteriormente le prodigan

cuidados que rayan en lo ridículo y pueden avergonzar a los adolescentes. La sobreprotección impide la autosuficiencia.

- Padre ausente física y/o emocionalmente. En ocasiones hemos en contra de padres muy autoritarios, críticos y/o castigadores; estas actitudes incrementan la sobreprotección de la madre y otros familiares, especialmente abuelitas, tías, hermanas mayores y la desvalorización del niño-adolescente.
- A los niños/ adolescentes no se les ha exigido, ni se les exige, colaborar en el hogar, ni siquiera para arreglar su habitación, menos aún hacer algún esfuerzo o trabajo para obtener algo: los chicos aprenden a esperar que les den; esto les dificulta madurar emocionalmente, les crea inseguridad por la necesidad de depender de otros y les condiciona a sentirse frustrados continuamente, todo lo cual facilita las depresiones.
- En la niñez no se les ha permitido los pequeños riesgos: subir a un árbol, hacer excursiones, salir cuando llueve, jugar con el perro del vecino, patinar, etc., lo cual además de ser negativo para el desarrollo psicomotor, emocional y social, les fomenta innumerables temores.
- No se les ha permitido opinar ni participar en la toma de decisiones importantes, pero en lo cotidiano, se les pregunta qué desean para comer, cuando lo que han preparado no es del agrado del niño, o se les da premios cuando comen o hacen las tareas escolares.
- Se les dice que lo merecen todo y que “para eso está su padre (o madre) que trabaja mucho para darle todo lo que pueda querer”. Esto condiciona baja o ninguna tolerancia a la frustración.
- Cuando el padre no forma parte del hogar, es frecuente que saquen a relucir el tema de “si tu padre no nos hubiera abandonado, tuviéramos una buena situación económica”, con enumeración de todo lo que hubiera podido poseer y disfrutar. El chico se cría en el rencor pensando que le han quitado lo que debería tener, o desolado y desvalorizado por el abandono.
- Cuando las parejas son mal avenidas o se han separado, al hijo se le inculpa por parecerse físicamente o tener “los defectos” que tiene uno de sus progenitores. Puede que sean continuamente desvalorizados y maltratados o

que estas acusaciones alternen con períodos de “pobrecito mi niño” y le sobreprotejan. Los dobles mensajes son muy nocivos para la estabilidad emocional en ésta u otras circunstancias.

- Es frecuente que uno o más familiares tengan poca o ninguna tolerancia a las dificultades cotidianas y menos aún al estrés y se quejen continuamente de estar agobiados, nerviosos, de que “tienen el mundo en contra”, que la vida es “difícil, llena angustias”, que “no vale la pena tanto esfuerzo para tener tan poco”, etc.
- El abuso sexual y las violaciones puede ser causa de trastornos depresivos, especialmente cuando se trata de incesto. El miedo y la desesperación generan depresión que puede conducir al suicidio.
- En caso de los menores abandonados, que son acogidos por organizaciones o en casas de familia, las humillaciones persistentes y en especial el abuso sexual pueden llevar a la depresión grave y al suicidio.
- En los niños y jóvenes de la calle, la separación del grupo, especialmente por reclusión, es la causa más frecuente de trastornos depresivos, pues se suman los maltratos y abusos que sufren en esos centros para menores a manos de compañeros mayores y/o cuidadores.

c. Creencias sobre sí mismo y los demás

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

Según Urea (2013) en su investigación nos indica que los trastornos depresivos en niños y adolescentes no son únicamente explicados por

antecedentes previsibles de la herencia genética, sino que es el niño como miembro de una familia, que está inmerso en un medio ambiente social, se ve influenciado directamente por múltiples factores estresores o protectores que acompañarán la génesis de los trastornos del afecto, entre otros.

Según Yenes (2003) en su investigación nos menciona las siguientes causas de la depresión.

a. Influencias Biológicas

Influencias genéticas:

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

Bioquímica de la depresión

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

b. Influencias Sociales y Psicológicas

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

- Estrés

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

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

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

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

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

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

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

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

Los siguientes eventos o situaciones pueden causar depresión:

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

- Crianza o cuidados deficientes.

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

2.2.2.3. Síntomas de la depresión en adolescentes

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

Según Méndez (1998) en su estudio menciona las siguientes sintomatologías depresivas de los adolescentes edades de 13 a 18 años. (Méndez. 1998)

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

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

Según Mamani & otros (2016) en su investigación mencionan las siguientes síntomas.

a) Estado de irritabilidad o enojo

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

b) Sienten dolores inexplicables

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

c) Extrema sensibilidad a la crítica

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

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

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

2.2.2.4. Clasificación de la depresión en adolescentes

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

Según Olazo (2004) en investigación menciona las siguientes clases de depresión en adolescentes:

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

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

Depresión mayor: Es poco frecuente en la adolescencia, aunque los jóvenes que se ven precisados a trabajar y/o ser cabeza de familia desde edades muy tempranas, pueden presentarla.

Depresión Bipolar: Puede comenzar en la niñez o adolescencia, especialmente cuando uno o ambos padres la han sufrido. La historia familiar de abuso de drogas o de alcohol puede también estar asociada con el Desorden Bipolar. Los adolescentes con este trastorno pueden sufrir cambios de humor continuos, que fluctúan entre extremadamente altos (maníacos) y bajos (deprimidos). Los altos pueden alternar con los bajos, o la persona puede sentir los dos extremos el mismo día. Los síntomas de la fase depresiva son los anotados anteriormente.

2.2.2.5. Factores educativos de la depresión

La depresión en la adolescencia se incrementa cada vez más en los últimos tiempos, los factores principales que se encuentran asociados son las dificultades emocionales; sobre todo el rendimiento académico, determinado por una serie de aspectos cotidianos como la intensidad de estudio, sus competencias, aptitudes, personalidad, atención, motivación, memoria, etc. que afectan directamente al adolescente.

a. Debilidades del sistema escolar

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

En segundo lugar y al interior del sistema escolar, problemas conductuales, bajo rendimiento, autoritarismo y ausentismo docente, etc. generan situaciones

expulsoras, ya sea por su inadecuada acción socializadora o porque no canalizan los problemas adversos del contexto de los alumnos.

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

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

b. Suicidio

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

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

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

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

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

2.2.2.6. Consecuencias de la depresión

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

Según Fernández (2017) en su publicación de Mente y emociones menciona sobre la depresión es un trastorno emocional que puede llegar a ser muy grave y precisa tratamiento. Aunque a menudo utilizamos la frase 'estoy deprimido' para referirnos a un malestar o tristeza pasajeros, normalmente asociados a una situación desagradable por la que estamos pasando, o a problemas que no sabemos manejar y nos amargan la vida, un bajo estado de ánimo o una evidente falta de motivación no implican necesariamente que padezcamos depresión. Y es que estar triste a causa de una pérdida, o insatisfecho por no vivir de acuerdo a tus expectativas, no es lo mismo que sufrir depresión, pero sí puede ser un signo de alarma cuando se prolongan en el tiempo e influyen

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

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

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

2.2.2.7. Tratamiento de la depresión en adolescentes

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

Según Clínica DAM Madrid (2012) en su publicación menciona las causas son graves entonces va acompañado con tratamiento farmacológico. Las opciones terapéuticas para los adolescentes con depresión abarcan:

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

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

a. Medicamentos

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

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

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

b. Psicoterapia

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

Los tipos de psicoterapia abarcan:

- La terapia cognitiva conductista la enseña a las personas deprimidas formas de combatir los pensamientos negativos. Esto hace que estas personas sean más conscientes de sus síntomas, les ayuda a conocer qué es lo que hace empeorar su depresión y les enseña habilidades de resolución de problemas.
- La terapia de familia puede ser de ayuda si el conflicto de familia está contribuyendo a la depresión. El apoyo de la familia o los profesores puede ayudar con los problemas escolares.
- La terapia psicológica (psicoterapia) puede ayudar a adolescentes a entender cuestiones que pueden estar causando su comportamiento, pensamientos, o sentimientos.

Los adolescentes con depresión deben aprender a:

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

2.2.2.8. Dimensiones de la depresión

Área afectiva motivacional

El Afecto es la capacidad para manifestar y recibir emociones, la capacidad de amar, de sonreír, de enojarnos de estar tristes o alegres y en buena medida uno es feliz en relación con la parte afectiva que es la que nos emociona, el stress por ejemplo forma una dura capa en el área del Afecto que hace que la persona se sienta presionado como si faltara oxígeno a nuestra mente y nos impide visualizar límpidamente todo.

La motivación es un estado interno que incita, dirige y mantiene la conducta. (Woolfolk, p.372)

Tristeza: Según García (2017) en su estudio menciona que los adolescentes, como los demás, sentirán tristeza de vez en cuando. Las hormonas, las cuestiones sociales y académicas son algunos de los desencadenantes comunes de depresión, ansiedad y tristeza en los adolescentes. Según la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (Academia estadounidense de Psiquiatría Infantil y Adolescente), los adolescentes con un trastorno depresivo sienten que

tienen un futuro limitado y sienten una tristeza constante. Aunque la mayoría de los adolescentes se preocupan y se deprimen la depresión es profunda y duradera.

Sentimientos de culpa: Según Fernández (2017) en estudio menciona que el sentimiento de culpa es considerado como una emoción negativa que, si bien a nadie le gusta experimentar, lo cierto es que es necesaria para la correcta adaptación a nuestro entorno. Muchos autores coinciden en definir la culpa como un afecto doloroso que surge de la creencia o sensación de haber traspasado las normas éticas personales o sociales especialmente si se ha perjudicado a alguien. La culpabilidad, por tanto, surge ante una falta que hemos cometido (o así lo creemos). Su función es hacer consciente al sujeto que ha hecho algo mal para facilitar los intentos de reparación. Su origen tiene que ver con el desarrollo de la conciencia moral, que se inicia en nuestra infancia y que se ve influida por nuestras diferencias individuales y las pautas educativas.

Predisposición para el llanto: Según Garrido (2013) en su investigación manifiesta que el llanto también puede ser un mecanismo de supervivencia. Llorar es a menudo una señal de que es necesario hacer frente a algo. Entre otras cosas, puede significar que te sientes frustrado, abrumado o incluso tratando de obtener de una forma más o menos consciente la atención de alguien, lo que viene a llamarse el “beneficio secundario” del llanto.

Irritabilidad: La irritabilidad muestra la tendencia de una persona a ponerse de mal humor con relativa facilidad. Una persona es irritable cuando tiene mal humor, es decir, cuando no sabe reírse de sí misma y se pone a la defensiva con mucha frecuencia. La irritabilidad puede ser una norma frecuente en el carácter de una persona. En ese caso, a través de este rasgo, conviene profundizar más allá para establecer cambios y tener una mejor calidad de vida ya que la irritabilidad constante es un síntoma de falta de felicidad.

Área cognitiva

El área cognitiva de la depresión, considera que la principal alteración en la depresión está en el procesamiento de la información. Durante la depresión están activados una serie de esquemas (formas de percibir la realidad que incluyen creencias y emociones) que la favorecen, estos esquemas suelen adquirirse en la infancia pero pueden permanecer inactivos y activarse cuando el sujeto se encuentra con situaciones estresantes similares a aquellas en que se formaron.

Desvalorización: Aplicado al contexto psicológico, remite a esa sensación de infravaloración que sufre una persona que no es capaz de observar todo su potencial tal y como es. Una persona puede desvalorizarse a sí misma a partir de un diálogo interior negativo pero también es posible desvalorizar a alguien de un modo externo.

Pensamiento o deseos suicidas: Según Raheb (2016) en su investigación manifiesta que el suicidio es toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir ese resultado. Acto de matarse uno mismo. El suicidio, que es extremadamente raro antes de la pubertad, se vuelve más frecuente a lo largo de la adolescencia. Un acto suicida es un hecho por el que un sujeto se causa una lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos. Consideramos la tentativa de suicidio como un acto suicida detenido en su camino y cuyo resultado no fue la muerte, el cual supone un fracaso material de la intencionalidad de la muerte. Se entiende por ideación suicida todo pensamiento, plan o deseo persistente de un sujeto a cometer suicidio. Son comunes en los niños y adolescentes de ambos géneros y no están necesariamente asociados con otros rasgos de psicopatología.

Pesimismo frente al futuro: Según Fernández (2017) en su publicación de *Mente y emociones* menciona Una persona negativa o pesimista tiende a ver y a evaluar las situaciones de una forma desfavorable, basándose en malas

experiencias o acontecimientos desagradables en su vida para anticipar el negro futuro que le espera. Incluso aunque no haya tenido malas experiencias previas pensará que 'si algo puede salir mal, seguro que sale mal'. La felicidad no consiste solo en no tener problemas, sino en saber afrontarlos y no hacer de un contratiempo una catástrofe. Para ser feliz, además, hay que incluir en la ecuación un buen estado de ánimo, ya que si eres negativo tienes más posibilidades de que las cosas te vayan mal porque inconscientemente puedes actuar de acuerdo a tus pensamientos negativos.

Sensación de Fracaso: Según Pérez & Merino (2008) el término fracaso proviene del verbo fracasar. Éste, a su vez, hace referencia a la frustración (cuando se malogra una pretensión o un proyecto) y al resultado adverso en un negocio. En concreto se considera que dicho término emana del vocablo italiano fracassare que puede traducirse como “estrellarse” o “romperse”.

Sentimiento de castigo (Odio a sí mismo): Según Garrido (2015) “Me odio a mí mismo” es una expresión interna tristemente común contra la que luchan personas de todas las edades. Pero ¿de dónde vienen este tipo de pensamientos? Para los doctores Robert y Lisa Firestone estos pensamientos se originan en las experiencias negativas de la vida temprana. La forma en que somos vistos mientras crecemos y las actitudes dirigidas hacia nosotros conforman cómo nos vemos más tarde a nosotros mismos.

Según Fernández (2017) en su investigación menciona que la tarea de educar a nuestros hijos nos encontramos siempre ante situaciones complicadas por diversos motivos; uno de ellos es su mal comportamiento, ya sea puntual o habitual. Para reconducirles podemos utilizar diferentes vías: el diálogo, reforzar las conductas correctas o castigar aquellas que se quieren extinguir.

Descontento (Pérdida de placer): La incapacidad para disfrutar de las cosas agradables o experimentar placer se denomina anhedonia. En los últimos años, se ha comprobado la importancia de la anhedonia, como un síntoma capital

en varios trastornos psiquiátricos, especialmente la depresión y la esquizofrenia. Mientras algunas personas que la padecen, están sumidas en un bloqueo anímico y sufren un descenso en su capacidad para apreciar el placer (disfrutar del apetito por la comida, en la relaciones sexuales, actividades de ocio) otros minimizan su nivel de energía y sufren una desconexión total del mundo, ciertamente peligrosa. Ejemplos que evidencian este síntoma, son frases como " No disfruto con nada" "No me interesa ninguna cosa" "Nada me emociona".

Indecisión: Según Fernández (2017) publica y menciona que algunas personas les cuestan mucho decidirse por temor a equivocarse y a las consecuencias que su error les puede acarrear, sobre todo si no ven la posibilidad de rectificar más adelante. A veces esta indecisión incluso les puede hacer perder oportunidades en el terreno laboral o sentimental. Claro que también hay quien emprende un proyecto sin meditar antes los pros y los contras, ni planificar la mejor forma de abordar los posibles inconvenientes que pueden surgir. ¿Y tú, con cuál de estas personalidades te identificas más? ¿Crees que eres inseguro, o te consideras muy capaz de tomar decisiones, aun siendo consciente de que te puedes equivocar?

Disconformidad con uno mismo: Según Fernández (2017) en su estudio dice que la autoestima o amor propio es una valoración positiva de nuestras cualidades y forma de ser, y también de nuestra capacidad para afrontar retos y problemas y conseguir nuestros objetivos. Pero no se trata de una característica permanente, y puede fluctuar a lo largo de las etapas de la vida, y verse influenciada por circunstancias negativas, o la opinión de los demás.

Dificultad de concentración: Según García (2006) en su investigación menciona que buena parte del rendimiento escolar o laboral depende de la concentración. La falta de atención en los estudios o en el trabajo desemboca en un rendimiento deficiente que puede corregirse con un aprendizaje adecuado. En este campo concreto los psicopedagogos aseguran que lo ideal es que desde pequeños los niños se acostumbren a estar concentrados en una tarea durante unos minutos,

para que al llegar a la universidad sean capaces de leer y estudiar varias horas seguidas. Para ello, es muy importante ayudarles a crear un ambiente adecuado en el colegio y en casa, así como que padres y profesores les sirvan de modelos y les enseñen las técnicas más adecuadas de concentración.

Autocritica: Según Garrido (2013) El término crítica patológica fue acuñado por el psicólogo Eugene Sagan, refiriéndose a una voz interior que critica y mantiene la baja autoestima, una voz que sin necesidad de sustentarse en realidades interviene en cada una de las valoraciones que hacemos de la realidad que nos rodea. Es esa voz que te recuerda lo mal que haces las cosas, lo poco que vales, lo poco que te esfuerzas, que te compara con los demás dejándote siempre en desventaja, que te marca objetivos inalcanzables y que te recuerda continuamente tus fracasos.

Área conductual

El modelo conductual sugiere que la depresión unipolar es fundamentalmente un fenómeno aprendido relacionado con interacciones negativas entre la persona y su entorno (p.ej., relaciones sociales negativas o baja tasa de refuerzo). Estas interacciones con el entorno pueden influenciar y ser influidas por las cogniciones, las conductas y las emociones, y las relaciones entre estos factores se entienden como recíprocas. Las estrategias conductuales se utilizan para cambiar los patrones poco adaptativos de conducta, cognición y emoción.

Perdida de interés (Aislamiento social): El aislamiento social, también conocido como “social withdrawal”, se presenta cuando una persona se aleja totalmente de su entorno de manera involuntaria aunque pueda pensarse lo contrario. Esta condición se da en personas de todas las edades y puede ser una consecuencia de hechos traumáticos de su historia, como haber sido víctima de bullying o como parte de alguna condición médica, como la depresión.

Perdida de energía (Incapacidad para el trabajo): Según Bonilla (2017) menciona que es cierto que hoy desde la escuela se le enseña al niño y al

adolescente a rivalizar, pero con frecuencia se olvida algo esencial: reforzar su propio yo a través de una autoestima, que le capacite un conocimiento de sí mismo, de sus posibilidades y límites, y a partir de ese punto (no antes ni después) favorecer una sana competitividad. Muchas veces las cosas se hacen al revés: se introduce al niño en un clima de alta competencia (notas, premios, etc.) sin que antes sepa con qué recursos psicológicos cuenta. Es como “comenzar la casa por el tejado”. El hombre frustrado está servido. El otro resultado de la vaciedad del hombre de hoy es la indiferencia. “Para qué luchar -se dicen muchos jóvenes y no tan jóvenes- si sé que no voy a llegar a la meta...”. Pero el resultado es el mismo: frustración y vaciedad. Como ejemplo de estas situaciones los miles de jóvenes que no se deciden a buscar empleo y se mantienen bajo el cobijo de los padres.

Cansancio o fatigabilidad: Según oliva (2011) en su estudio menciona que la fatiga se refiere a la sensación que de cansancio extremo, agotamiento o debilidad que presentan las personas después de un día de mucha actividad, incluso puede hacer que las tareas cotidianas se tornen más difíciles. La fatiga es un síntoma común entre los estudiantes; más de 8% de los adolescentes la han experimentado por tiempos mayores a un mes y 2% han llegado a padecer el síndrome de fatiga crónica (CCFS, por sus siglas en inglés) por 6 meses. Se ha demostrado que la fatiga se asocia a un bajo funcionamiento cognitivo en adultos. En caso de los adolescentes la fatiga crónica está asociada con un bajo rendimiento académico ya que puede producir un decremento en el aprendizaje, memoria, procesamiento de información visual y en la atención. Es por esto que se considera importante estudiar este fenómeno. Recientemente se demostró que la fatiga esta correlacionada con un disminución en las funciones cognitivas de los estudiantes.

Área física

Las personas deprimidas tienden a variar su figura, perdiendo peso (o en ocasiones ganándolo) a un ritmo inusual. La sensación de fatiga aparece ante cualquier actividad física, y con ello disminuye la percepción de fuerza, resistencia y seguridad en los movimientos. Aumenta también la sensibilidad ante el dolor, por lo que

aquellos ejercicios que producen algún tipo de molestia tienden a evitarse. Parece que el cuerpo se hace débil, la postura corporal se va encogiendo, como cansada de soportar un peso demasiado grande.

Cambios en los hábitos de sueño: Según FILI en su revista afirma que los niños sufren las consecuencias de los trastornos del sueño. No conseguir dormir les puede hacer pasar un día terrible, en familia, entre amigos o en la escuela. La falta de sueño continuada puede alterar el estado de ánimo y las capacidades motoras y cerebrales de los niños, alterando la memoria, el lenguaje y los procesos de solución de problemas.

Cambios en el Apetito: Según Sandra (2015) en su estudio manifiesta que la pérdida de apetito entre los adolescentes se produce por varias razones. Aunque las razones de la disminución en el apetito pueden ser simplemente dolores de crecimiento, otras causas pueden ser más graves. Las causas subyacentes de la pérdida de apetito pueden requerir atención médica, asesoramiento o educación nutricional. Falta de apetito de su hijo adolescente puede conducir a la pérdida de peso poco saludable, falta de nutrientes esenciales, un sistema inmune debilitado y disminuido los niveles de energía. Después de hablar con su hijo, consulte a un médico para obtener orientación médica.

Agitación: Según Elvira publica 2009 citado por Jack Kornfield Como dormir, la agitación puede ser la respuesta al dolor y la tristeza que no queremos sentir.

Pérdida de interés en el sexo: Según Delgado (2009) en su investigación refiere los conocimientos sobre sexualidad que tienen los adolescentes son de nivel medio, relacionado a que desconocen las prácticas sexuales riesgosas y la manifestación de sus impulsos sexuales se encuentra presente mediante besos, caricias y relaciones cóitales, que traen como consecuencia los embarazos precoces y no deseados, abortos, ITS y otros.

2.2.3. Definición de Términos Básicos

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

b. **Disfuncionalidad.**- Desarreglo en el funcionamiento de algo o en la función que le corresponde.

c. **Disfuncionalidad familiar.**- Según Palomino (2015) menciona en su estudio que, la familia disfuncional tiene límites intergeneracionales borrosos, falta actitud negociadora, existe poca atención a los sentimientos y opiniones de los demás, los límites familiares son imprecisos, las pautas de interacción son fijas y rígidas y las funciones de los miembros no están claras ni limitadas

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

e. **Depresión.**- El término “depresión” manifiesta una amplia gama de significados. Hoy día este término se utiliza con excesiva frecuencia en el lenguaje coloquial. Fuera del ámbito clínico o de la salud se emplean expresiones como la depresión

económica, política, etc. Cuando tenemos un mal día utilizamos a menudo la expresión “estoy deprimido”. Desde un punto de vista clínico o de la salud, lo importante es distinguir la depresión como estado de ánimo, como síntoma o como síndrome clínico claramente definido. (Schramm. 1998) La depresión como estado de ánimo es una experiencia humana conocida por todos; los sentimientos de tristeza y abatimiento son inherentes a la condición humana.

f. Afecto.- Según Fernández (20017) menciona que las muestras de afecto y cariño siempre deben ser sinceras y espontáneas, pero a veces nos cuesta demostrar lo que sentimos, bien por pudor emocional o timidez, o tal vez porque nuestra forma de ser nos lo impide, o somos de los que piensan que los gestos tiernos y los mimos son cosa de niños. Dar y recibir cariño es opcional, desde luego, pero demostrar los buenos sentimientos, y comprobar que otros también los sienten por nosotros, genera buenas vibraciones, y contribuye a nuestro bienestar físico y psíquico y al de las personas que nos rodean.

g. Motivacional.- Según Fernández (20017) nos refiere que para tener éxito y conseguir tus objetivos en la vida tienes que ser perseverante y no rendirte ante el primer obstáculo que se presente. Los seres humanos actuamos movidos por estímulos y para obtener buenos resultados, ya sean laborales, académicos, o incluso en nuestras relaciones sociales, necesitamos saber que nuestro esfuerzo merece la pena y se verá recompensado. La motivación es un motor alimentado por estímulos internos y externos que te ayudará a mantenerte firme en tu camino hacia la meta. Recuerda que las buenas ideas tienen que ponerse en práctica, y que es

necesario llegar hasta el final de los proyectos, o serán otros lo que aprovechen las oportunidades que tú has dejado escapar.

h. Estrés.- Según Fernández (20017) en su investigación menciona el estrés es uno de los factores de riesgo psicológico más perjudiciales para nuestra salud física y mental, pero tiene un antagonista, con el que comparte ciertas características en cuanto a los patrones de activación física se refiere, pero que resulta beneficioso para el bienestar físico y emocional, se trata del estrés (o estrés positivo) y, si lo experimentas, estar estresado puede convertirse en una fuente de satisfacciones.

El estrés es un proceso emocional que se inicia cuando aparece un incremento de las demandas externas y el individuo debe hacerles frente. Para ello, el organismo inicia un proceso completamente sano y adaptativo, que es el proceso de estrés, liberando una serie de recursos físicos y biológicos que cubran dichas demandas. Se considera, por lo tanto, que el estrés es un proceso adaptativo y de emergencia.

i. Resiliencia.- Según Fernández (20017) en su estudio manifiesta que podemos definir la resiliencia como un fenómeno o proceso que refleja una relativa adaptación positiva a pesar de los contextos de riesgo, adversidad significativa o trauma. Existe cierta discordia en cuanto al momento en el que podemos valorar si una persona es o no resiliente. Algunos autores consideran que el hecho de disponer de una adecuada capacidad de superación o de recuperarse del evento amenazante sería suficiente para considerar que una persona es resiliente, mientras que otros creen que además de esa recuperación debe existir también un crecimiento personal. Un ejemplo de esto último sería el incremento de la autoconfianza y la fortaleza

personal, revalorar la vida, a las personas, a los eventos que nos rodean..., tratar de ser mejores individuos.

j. Asertivo.- Según Fernández (20017) menciona que las habilidades sociales son un conjunto de comportamientos aprendidos que aumentan la probabilidad de tener unas interacciones exitosas con los demás. El estilo de comunicación asertivo es una de las habilidades sociales más importantes y deseables en diferentes situaciones de nuestra vida, no sólo personales sino también laborales.

k. Suicidio.- Según Nicuesa (20017) en su estudio indica el suicidio es una de las tres primeras causas de muerte a nivel mundial entre personas que tienen entre 15 y 44 años. Según datos de la OMS, cada 40 segundos se suicida una persona en el mundo. Un serio problema social que conviene enfocar desde diferentes puntos de vista para tratar de evitarlo, y en el que todos, entorno familiar, amigos, medios de comunicación... debemos estar atentos a posibles señales de personas con ideas suicidas para anticiparse a sus fatales consecuencias. No obstante, son numerosos los casos que se quedan solo en intentos, y que conviene seguir de cerca para evitar recaídas y apoyar al implicado en su recuperación y salida adelante.

l. Autoestima.- Según Fernández (20017) en su estudio menciona que la autoestima o amor propio es una valoración positiva de nuestras cualidades y forma de ser, y también de nuestra capacidad para afrontar retos y problemas y conseguir nuestros objetivos. Pero no se trata de una característica permanente, y puede fluctuar a lo largo de las etapas de la vida, y verse influenciada por circunstancias

negativas, o la opinión de los demás. A veces estamos alicaídos y dudamos de si será un problema serio, si simplemente estamos pasando un bache, que no durará mucho tiempo y no dejará consecuencias, o si tal vez estemos haciendo una montaña de un grano de arena.

m. Sentimientos de culpa.- Según Fernández (2017) en estudio menciona que el sentimiento de culpa es considerado como una emoción negativa que, si bien a nadie le gusta experimentar, lo cierto es que es necesaria para la correcta adaptación a nuestro entorno. Muchos autores coinciden en definir la culpa como un afecto doloroso que surge de la creencia o sensación de haber traspasado las normas éticas personales o sociales especialmente si se ha perjudicado a alguien. La culpabilidad, por tanto, surge ante una falta que hemos cometido (o así lo creemos). Su función es hacer consciente al sujeto que ha hecho algo mal para facilitar los intentos de reparación. Su origen tiene que ver con el desarrollo de la conciencia moral, que se inicia en nuestra infancia y que se ve influida por nuestras diferencias individuales y las pautas educativas.

III.MARCO METODOLÓGICO

3.1.Hipótesis de Investigación

3.1.1. Hipótesis general

H1.- Existe relación directa y significativa entre disfuncionalidad familiar y la depresión en los alumnos de segundo y tercer año del nivel secundario de la Institución Educativa Adventista “28 de Julio”. Ciudad de Tacna.Peru.2016.

3.1.2. Hipótesis específicas

H1.-Medir el nivel de disfuncionalidad familiar significativa en los alumnos de segundo y tercer año del nivel secundario de la Institución Educativa Adventista “28 de Julio”. Ciudad de Tacna.Peru.2016.

H2.-Medir el nivel de depresión significativa en los alumnos de segundo y tercer año del nivel secundario de la Institución Educativa Adventista “28 de Julio” . Ciudad de Tacna.Peru.2016.

3.2. Variables de estudio

3.2.1. Definición conceptual

Tabla 1: Definición conceptual de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN
Variable 1 Disfuncionalidad familiar	Según Hunt (2007) da dos definiciones de familia disfuncional: primero, considera que una familia disfuncional es donde el comportamiento inadecuado o inmaduro de uno de los padres inhibe el crecimiento de la individualidad y la capacidad de relacionarse sanamente los miembros de la familia. Por lo tanto, la estabilidad emocional y psicológica de los padres es fundamental para el buen funcionamiento de la familia. Y segundo, Una familia disfuncional es donde sus miembros están enfermos emocionales, psicológicos y espiritualmente (P.1).
Variable 2 Depresión	Según Suarez (2013) en su investigación menciona que la depresión es una alteración del estado de ánimo que influye en todas las esferas del individuo, se instala progresivamente y es persistente en el tiempo y se refleja en el pensamiento, conducta, actividad psicomotora, manifestaciones somáticas y en la forma como el individuo se relaciona y percibe el medio ambiente. Esta alteración del estado de ánimo se caracteriza por una sensación de abatimiento e infelicidad.

Fuente: Elaboración propia

3.2.2. Definición Operacional

Tabla 2: Definición operacional de las variables

VARIABLES DE INVESTIGACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA VALORATIVA	NIVEL DE MEDICION	
(Variable de estudio 1) Disfuncionalidad familiar	Adaptabilidad familiar	Recursos intrafamiliares	1, 2, 3, 4,5	Funcionalidad normal de 7-10 puntos. Disfunción moderada de 4-6 puntos. Disfunción grave de 0 a 3 puntos.	ORDINAL	
		Recursos extra-familiares				
	Participación familiar	Cooperación	1, 2,3,4,5			
		Comunicación				
	Crecimiento familiar	Madurez física	1,2,3,4,5			
		Madurez emocional				
		Madurez social				
	Afecto familiar	Cuidado	1, 2, 3, 4, 5			
		Cariño				
	Resolución familiar	Compartir tiempo	1, 2,3,4,5			
Dedicar recursos materiales						
(Variable de estudio 2) Depresión	Área afectiva motivacional	Tristeza	1	De 0 a 9 puntos: no deprimidos.	ORDINAL	
		Sentimientos de culpa	5			
		Predisposición para el llanto	10			
		Irritabilidad	17			
	Área cognitiva	Desvalorización	14	De 10 a 15 puntos: ligeramente deprimidos.		
		Pensamiento suicido	9			
		Pesimismo frente al futuro	2			
		Sensación de fracaso	3	De 16 a 24 puntos: moderadamente deprimidos.		
		Sentimiento de castigo	6			
		Perdida de placer	4			
		Indecisión	13			
		Área Conductual	Disconformidad con uno mismo	7		De 25 a 26 puntos: gravemente deprimidos.
			Dificultad de concentración	19		
			Autocritica	8		
	Área Física	Perdida de interés	12			
		Perdida de energía	15			
		Fatigabilidad	20			
Área Física	Perdida de sueño	16				
	Pérdida de apetito	18				
	Agitación	11				
	Perdida de interés en el sexo	21				

Fuente: Elaboración propia

3.3. Tipo y Nivel de la investigación

3.3.1. Tipo de Investigación

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

Por otro lado, el estudio se realiza dentro del enfoque de la INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA pues se recogerá información de una muestra representativa de nuestra población de estudios, constituida por los alumnos segundo y tercer grado del nivel secundario de la Institución Educativa Adventista “28 de Julio de la ciudad de Tacna; y que se agruparán para hacer un análisis estadístico-matemático que nos dé una información numérica sobre la presencia y relación entre nuestras variables de estudio. Por otro lado, se hará un análisis cuantitativo de las variables de estudio a fin de describir e interpretar los datos recogidos y agrupados estadísticamente. Así, a partir de este proceso se obtienen datos del contexto. En el cual los eventos ocurren, en un intento para describir estos sucesos, como un medio para determinar los procesos en los cuales los eventos están incrustados y las perspectivas de los individuos participantes en los eventos utilizando la deducción para derivar las posibles explicaciones basadas en los fenómenos observados. (Hernández y otros (2010).

3.3.2. Nivel de la Investigación

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

El nivel de investigación corresponde al nivel descriptivo correlacional, debido a que no se conocen la relación existente entre las variables de estudio, las mismas que tendrán que ser medidas de manera independiente a fin de determinar su valor individual y determinar el tipo de relación que existe entre a ambas. (Hernández y otros 2010).

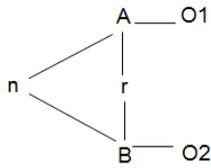
3.4. Diseño de la investigación

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

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

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

Diseño de Estudio



Donde

n = Muestra

A: Disfuncionalidad familiar

r: Correlación

B: Depresión

O1: Test 1

O2: Test 2

3.5. Población y Muestra de estudio

3.5.1. Población

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

La población es un conjunto de individuos de la misma clase, limitada por el estudio. Según Tamayo, (1997) en su investigación menciona que “la población se define como la totalidad del fenómeno a estudiar donde las unidades de la población poseen una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación”. (p.114)

En el caso específico del presente proyecto de investigación, la población estará constituida por todos los alumnos del segundo y tercero grado de secundaria, y cuyo número asciende a 153 alumnos.

La población de estudio estuvo constituido por 153 estudiantes de las diferentes secciones, los cuales se muestran en la tabla.

Tabla 3: Población en estudio

GRADO Y SECCION	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
<i>2do A</i>	14	12	26
<i>2do B</i>	13	13	26
<i>2do C</i>	10	11	21
<i>3ro A</i>	14	12	26
<i>3ro B</i>	18	8	26
<i>3ro C</i>	12	16	28
TOTAL	81	72	153

Fuente: Nomina Matricula de la Institución Educativa Adventista 28 de Julio 2016.

3.5.2. Muestra

Según Tamayo (1997) en investigación menciona que la muestra es la que puede determinar la problemática ya que les capaz de generar los datos con los cuales se identifican las fallas dentro del proceso Según Tamayo, afirma que la muestra es el grupo de individuos que se toma de la población para estudiar un fenómeno estadístico. (p. 38)

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

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

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

La muestra estará constituida por 52 estudiantes de segundo y tercer año del nivel secundario de la Institución Educativa Adventista “28 de Julio” Tacna en el grado escolar 2016. La muestra está conformada de la siguiente manera:

Tabla 4: Muestra de la población en estudio

GRADO Y SECCION	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
2do B	13	13	26
3ro A	14	12	26
TOTAL	27	25	52

Fuente: Elaboración propia

3.6. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

3.6.1. Técnicas de recolección de datos

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

La técnica se utilizó para la investigación fue la ENCUESTA; técnica cuantitativa que consiste en una investigación realizada sobre una muestra de sujetos, representativa de un colectivo más amplio que se lleva a cabo en el contexto de la vida cotidiana, utilizando procedimientos estandarizados de interrogación con el fin de conseguir mediciones cuantitativas sobre una gran cantidad de características objetivas y subjetivas de la población.

3.6.2. Instrumentos de recolección de datos

Son las herramientas que se manipulan para obtener información y para llevar a cabo las observaciones de una investigación o estudio determinado.

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

Se utilizaron 2 instrumentos 1 que mide la funcionalidad familiar y el otro que mide el nivel depresión. Los test que se aplicaron son: Test Apgar y Test de Beck

a. Test de Apgar familiar

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

Consta de 5 dimensiones para valorar la percepción de la persona sobre la función familiar.

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

Consta de 5 ítems que miden las dimensiones:

- ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?
- ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?
- ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?

- ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasa juntos? ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?
- ¿Siente que su familia le quiere?

Cada pregunta se puntúa sobre un valor de 0 a 2, obteniéndose al final un índice de 0 y 10.

A: Casi nunca = 0 **B:** A veces =1 **C:** Casi siempre. =2

Tabla 5: Escala valorativa del Test de Apgar

INTERPRETACIÓN	
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	
Funcionalidad normal	7-10 puntos
Disfunción moderada	4-6 puntos.
Disfunción grave	0 a 3 puntos.

Fuente: Elaboración propia

b. Test de Beck.

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

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

Consta de 5 dimensiones para valorar el nivel de dimensión:

Área afectiva motivacional: El Afecto es la capacidad para manifestar y recibir emociones, la capacidad de amar, de sonreír, de enojarnos de estar tristes o alegres y en buena medida uno es feliz en relación con la parte afectiva que es la que nos emociona.

Área cognitiva: El área cognitiva de la depresión, considera que la principal alteración en la depresión está en el procesamiento de la información.

Área conductual: El modelo conductual sugiere que la depresión unipolar es fundamentalmente un fenómeno aprendido relacionado con interacciones negativas entre la persona y su entorno

Área física: Las personas deprimidas tienden a variar su figura, sus funciones biológicas que se ven reflejadas en la alteración del peso, del sueño, deseo sexual y otras funciones biológicas.

Consta de 21 ítems que miden las dimensiones:

Área afectiva motivacional	1,5,10,17
Área cognitiva	14,9,2,3,6,4,13,7,19,8
Área Conductual	12,15,20
Área Física	18,11,21

Fuente: Elaboración propia

Cada pregunta se puntúa sobre un valor de 0 a 3, obteniéndose al final un índice de 0 y 63.

Tabla 6: Escala valorativa del Test de Beck

INTERPRETACIÓN	
DEPRESION	
No deprimidos	0 a 9 puntos
Ligeramente deprimidos	10 a 15 puntos
Moderadamente deprimidos	16 a 24 puntos
Gravemente deprimidos	25 a 63 puntos

Fuente: Elaboración propia

3.7. Métodos de procesamiento y análisis de datos

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

3.8. Aspectos éticos

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

Es una obligación efectiva de la persona, es el compromiso que se adquiere con uno mismo, de ser siempre una persona más justa consigo misma y con la comunidad científica y con la sociedad en general; refiriéndose a una decisión

interna y libre que no significa una simple imitación de lo que otros piensan, dicen y hacen.

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

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

Finalmente, presentamos los resultados de nuestro trabajo de investigación garantizando la idoneidad, la honestidad e imparcialidad total en todo el proceso de la investigación, especialmente en el tratamiento de los datos, esperando de esta manera, contribuir con nuestro granito de arena en el desarrollo del conocimiento científico referido a nuestro tema de estudio.

IV.RESULTADOS

4.1.Resultados

4.1.1. Resultados generales por variables

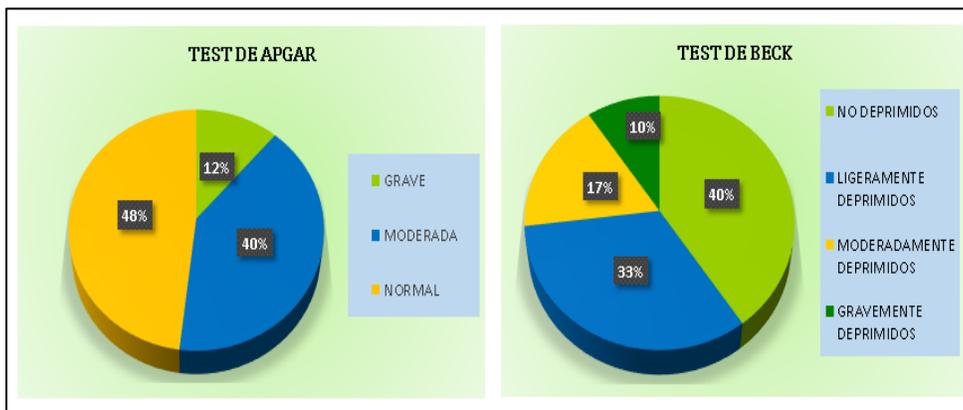


Figura 1: Resultados de la V 1 Disfuncionalidad Familiar y Resultados de la V 2 Depresión.

En la siguiente figura 1 observamos que en el gráfico circular correspondiente al análisis general del Test de Apgar de la variable 1 se ha registrado un 48% de que la funcionalidad en la familia es normal, en concordancia con los resultados obtenidos en la gráfica circular que corresponde al análisis general del Test de Beck donde se registra un 40% de que los adolescentes no se encuentran deprimidos. Por lo tanto, se nota una relación de influencia entre el ítem de la variable 1 y de la variable 2 observadas.

Por otro lado, observamos que en la gráfica de test de Apgar el 40% manifiesta que la familia presenta disfunción moderada en consecuencia los porcentajes obtenidos en la gráfica del Test de Beck corresponde en un 33% y 17% de que existe ciertos niveles de depresión creando así una relación entre estos.

En la gráfica de Apgar existe un 12% de disfunción familiar grave que refleja el resultado de la gráfica de Beck en un 10% de adolescentes que se encuentran gravemente deprimidos guardando relación entre ambos.

4.1.2. Resultado por ítems

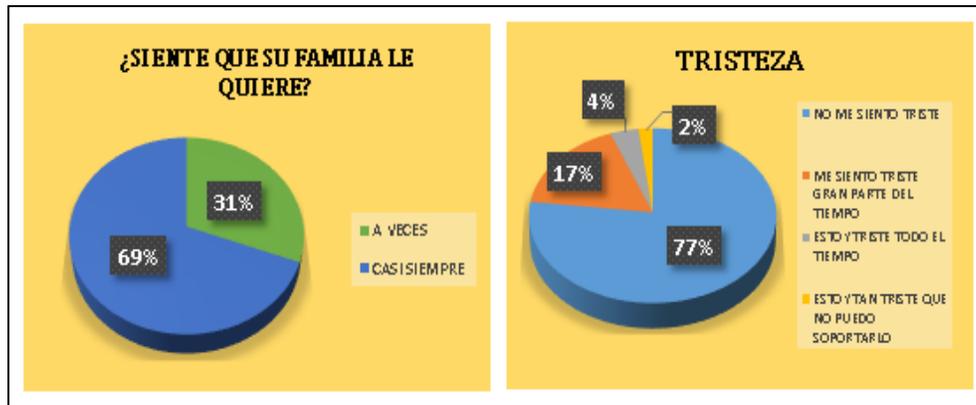


Figura 2: Resultados de los ítems 5 de la V1 Resultados de los ítems 1 de la V2

En la siguiente figura 2 observamos que en la primera gráfica correspondiente al ítem número 5 de la variable 1 se ha registrado un 69 % de sujetos que mencionan que su familia casi siempre lo quiere, en concordancia con los resultados obtenidos en la segunda gráfica que corresponde al área tristeza del test de Beck donde se registra un 77% de los sujetos que mencionan no sentirse triste. Por lo tanto se nota una relación de influencia entre el ítem de la variable 1 y de la variable 2 observadas. Por otro lado observamos que en la primera gráfica el 31% manifiesta que a veces la familia no lo quieren en consecuencia los porcentajes obtenidos en la segunda gráfica existe cierto nivel de tristeza que exactamente no coincide con la cifra de la variable 2 de tristeza sin embargo si existe cierta relación.

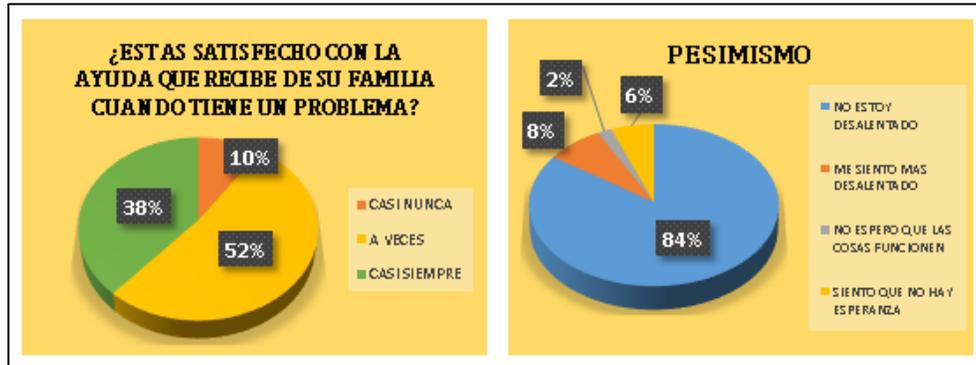


Figura 3: Resultados de los entre ítems 1 de la V1 Resultados de los ítems 2 de la V2

En la Figura 3 Se observa en la primera gráfica que el 38% de los encuestados mencionan que casi siempre se sienten satisfechos con la ayuda que recibe de su familia frente a los problemas el cual es reflejado en la otra gráfica con un 84% de encuestados que mencionan que no están desalentados.

Así mismo existe un 52% que mencionan que a veces sienten satisfacción por ayuda que recibe de su familia, mientras que en la otra gráfica vemos que un 8% y 2% mencionan que se sienten más desalentados y no esperan que las cosas cambien.

Un 10% de la primera gráfica menciona que casi nunca sienten satisfacción por ayuda de sus familiares; el cual se relaciona con el 6% de la segunda gráfica donde mencionan que sienten que no hay esperanzas.

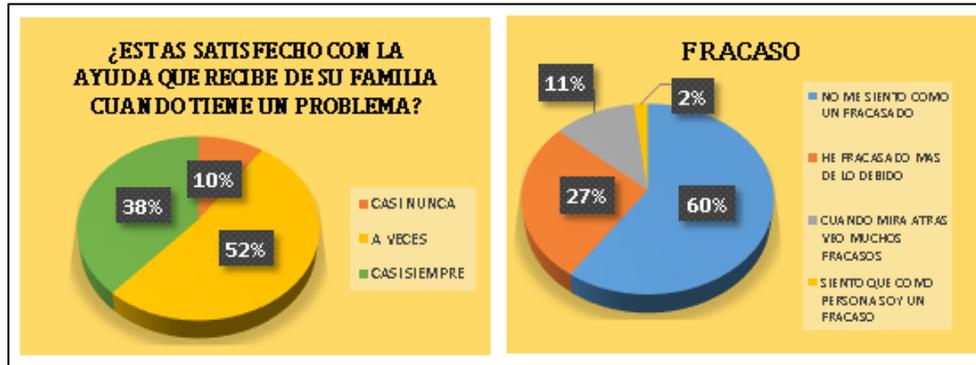


Figura 4: Resultados de los entre ítems 1 de la V1 Resultados de los ítems 3 de la V2

En la figura 4 vemos 2 gráficas, la primera menciona que existe un 38% que mencionan que casi siempre quedan satisfechos con la ayuda que reciben de su familia cuando tienen un problema; y guarda relación con un 60% de la segunda gráfica que menciona que no se sienten como un fracasado.

Continuando con el análisis de las gráficas el 52% de la primera gráfica menciona que a veces sienten satisfacción con la ayuda de sus padres, el cual relacionándolo con las otra gráfica con un 27% y un 11% mencionan que han fracasado más de lo debido y que también cuando miran atrás ven muchos fracasos respectivamente.

El 10% mencionado en la primera gráfica menciona que casi nunca sienten satisfacción con la ayuda de sus padres frente a los problemas, el cual se relaciona con el 2% de la segunda gráfica que menciona que como persona se siente un fracaso.

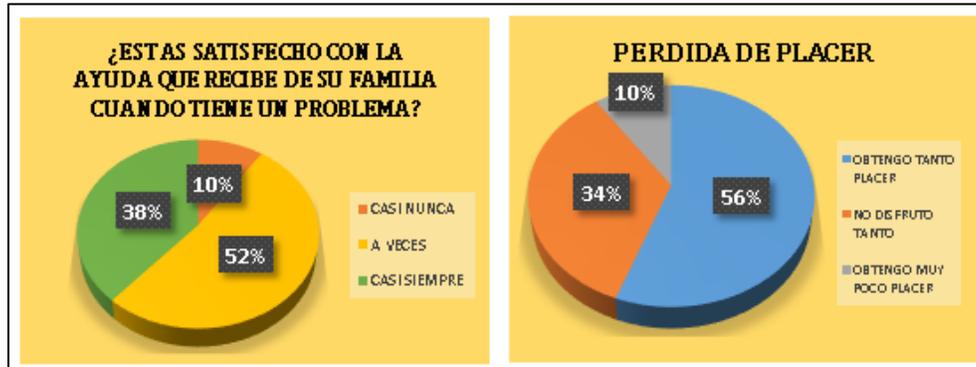


Figura 5: Resultados de los ítems 1 de la V1 Resultados de los ítems 4 de la V2

En la figura 5 observamos en la primera gráfica que el 38% casi siempre siente satisfacción con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene problemas; y en la segunda gráfica lo relacionamos con el 56% que menciona que obtiene tanto placer.

También observamos que en la primera gráfica menciona que el 52% a veces siente satisfacción por la ayuda de sus padres; y en la otra gráfica el 34% no disfruta de los placeres.

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



Figura 6: Resultados de los entre ítems 3 de la V1 Resultados de los ítems 5 de la V 2

En la figura 6 observamos que el 41% menciona que casi siempre las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa; datos de la primera gráfica, y en la segunda gráfica observamos que el 33% no se siente culpable.

Observamos también en la primera gráfica que el 44% a veces toman decisiones en conjunto relacionándolo con los datos de la segunda gráfica que el 61% se siente culpable.

El 15% de la primera gráfica menciona que casi nunca las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa el cual refleja la relación con la segunda gráfica de que el 6% se siente bastante culpable.

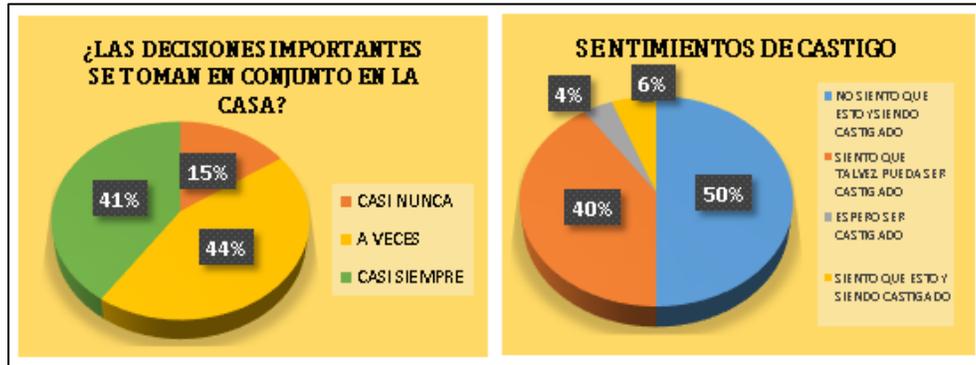


Figura 7: Resultados de los ítems 3 de la V1 Resultados de los ítems 6 de la V 2

En la figura 7 observamos la relación de las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa y el sentimiento de castigo; en la primera gráfica el 41% menciona que casi siempre las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa que se relaciona con el 50% de la segunda gráfica donde menciona que no siente que estén siendo castigados.

El 44% menciona que a veces se toman la decisiones en conjunto mientras que en la segunda gráfica el 40% sienten que tal vez puedan ser castigados y el 4% esperan ser castigados.

El 15% de los encuestados menciona que casi nunca toman las decisiones en conjunto mientras que en la segunda gráfica el 6% siente que está siendo castigado.

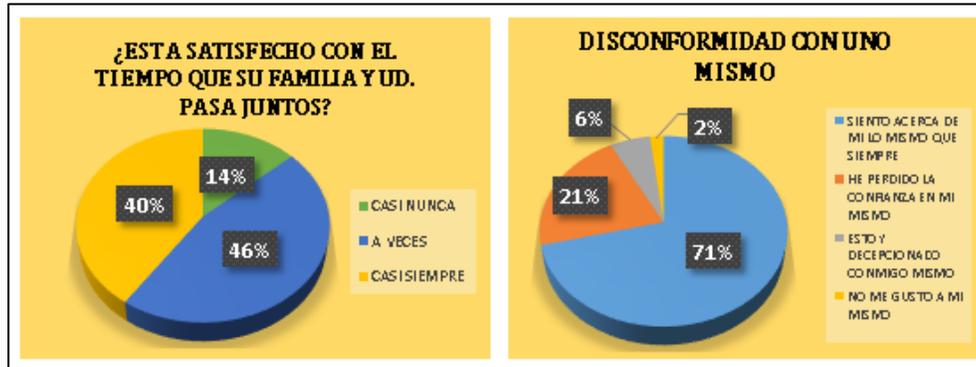


Figura 8: Resultados de los ítems 4 de la V1 Resultados de los ítems 7 de la V 2

En la figura 8 vemos la relación si estas satisfecho con el tiempo que su familia y Ud. pasan juntos y la disconformidad con uno mismo; donde la primera gráfica habla de la variable de satisfacción que muestra un 40% que menciona que a veces está satisfecho mientras que en la segunda gráfica en si su contraparte el 71% menciona que siente acerca de mi lo mismo que siempre.

El 46% menciona que a veces está satisfecho con el tiempo que pasan juntos con su familia y en la segunda gráfica el 21% menciona que ha perdido la confianza en sí mismo y un 6% está decepcionado consigo mismo.

En la primera gráfica 14% menciona que casi nunca sienten satisfacción por las decisiones que toman en conjunto, el 2% de la segunda gráfica menciona que no se gustan así mismo.



Figura 9: Resultados de los entre ítems 3 de la V1 Resultados de los ítems 8 de la V 2

En la figura 9 relacionamos las variables ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa? y la autocrítica el cual se ven representados en 2 gráficas respectivamente; en la primera menciona con un 41% que casi siempre se toman las decisiones en conjunto y en la segunda gráfica un 58% no se critica ni se culpa.

Se visualiza un 44% en la primera gráfica donde a veces se toman las decisiones en conjunto; mientras que en la segunda gráfica existe un 21% que siente que está más crítico consigo mismo y un 15% que se critica así mismo por todos sus errores.

Un 15% de la primera gráfica menciona que casi nunca toman las decisiones en conjunto relacionado con el 6% de la segunda gráfica que menciona que se critica así mismo por todo lo malo que sucede.

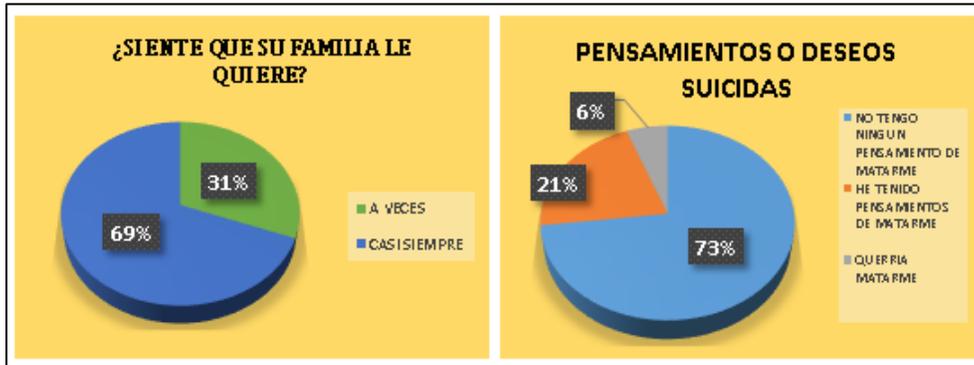


Figura 10: Resultados de los ítems 5 de la V1 Resultados de los ítems 9 de la V 2

En la figura 10 observamos la relación de la variable ¿siente que su familia le quiere? Y los pensamientos suicidas dieron como resultado las siguientes comparaciones empezando por el 69% que mencionan que casi siempre sienten que su familia le quiere reflejado en la primera gráfica relacionado con 73% que menciona que no tienen ningún pensamiento de matarse de la segunda gráfica; y el 21% que no tienen pensamientos de matarse.

El 31% reflejado en la primera gráfica menciona que a veces siente que su familia le quiere; el cual lo relacionamos con el 6% de la segunda gráfica que mencionan que quieren matarse, no existe una relación absoluta en este último pero dan indicios de que si raras veces siente cariño por parte de la familia; el adolescente no está muy seguro de lo que recibe por parte de la familia y resulta que tiene tendencia a hacerse daño por los problemas por los que esté pasando.

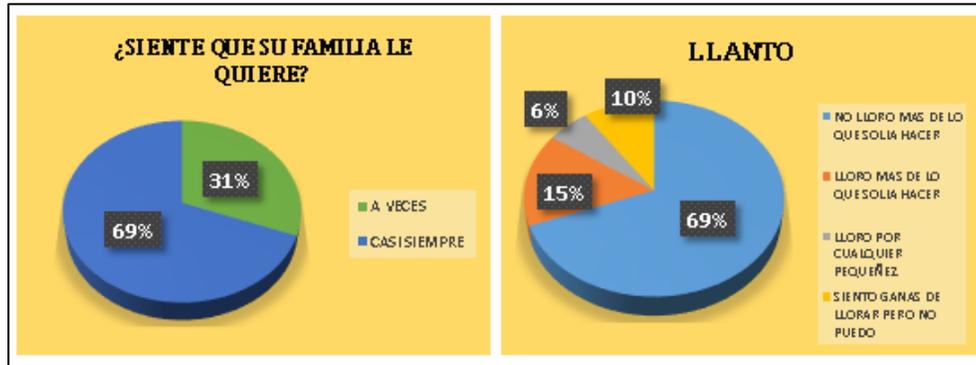


Figura 11: Resultados de los entre ítems 5 de la V1 Resultados de los ítems 10 de la V2

En la figura 11 observamos la relación de la variable ¿siente que su familia le quiere? Y el llanto dieron como resultado las siguientes comparaciones: en la primera gráfica se observa un 69% que menciona que casi siempre sienten que su familia le quieren y lo relacionamos con el 69% de la segunda gráfica que menciona que no llora más de lo debido.

También observamos que el 31% de la primera gráfica a veces siente que su familia le quiere el cual es relacionado con los siguientes porcentaje de la segunda gráfica 15% que llora más de lo que solía hacer, 6% que llora por cualquier pequeñez y un 10% siente ganas de llorar pero no puede, estas relaciones se dan por el simple hecho de que el amor que emite la familia no es constante y a veces se descuida al adolescente.

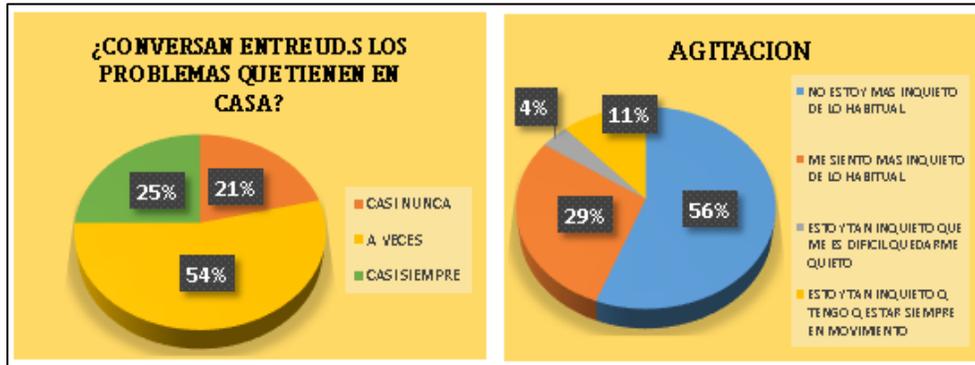


Figura 12: Resultados de los ítems 2 de la V1 Resultados de los ítems 11 de la V 2

En la figura 12 observamos la relación de la variable ¿conversan entre Uds. los problemas que tienen en casa? y la agitación dieron como resultado las siguientes comparaciones: observamos en la primera gráfica un 25% que menciona casi siempre conversan los problemas en casa; y en la segunda gráfica un 56% que no está más inquieto de lo habitual.

También observamos un 54% en la primera gráfica que menciona que a veces conversan los problemas en casa; relacionado con un 29% que se me siente más inquieto de lo habitual y un 4% que esta tan inquieto que le es difícil quedarse quieto.

Hay un 21% en la primera gráfica que menciona que casi nunca conversan los problemas en casa el cual está relacionado al 11% de la segunda gráfica que menciona que esta tan inquieto que tiene que estar siempre en movimiento por el simple hecho de querer buscar alguna solución a los problemas que esté pasando; tratando de buscar ayuda en los más cercanos lo cual no le es posible porque no hay esa conversación en familia.

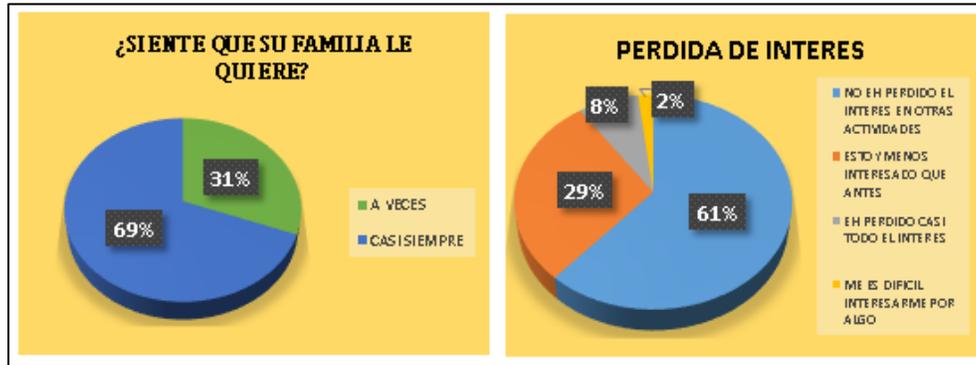


Figura 13: Resultados de los entre ítems 5 de la V1 Resultados de los ítems 12 de la V 2

En la figura 13 observamos la relación de la variable ¿Siente que su familia le quiere? y la pérdida de interés dieron como resultado las siguientes comparaciones: un 69% de la primera gráfica menciona que casi siempre siente que su familia le quiere; relacionado con el 61% de la segunda gráfica que menciona que no ha perdido el interés en otras cosas.

En la primera gráfica observamos un 31% que menciona que a veces siente que su familia le quiere, relacionado con el 29%, 8% y 2% que mencionan que están menos interesados que antes, han perdido casi todo el interés y que les es difícil interesarse por algo respectivamente.

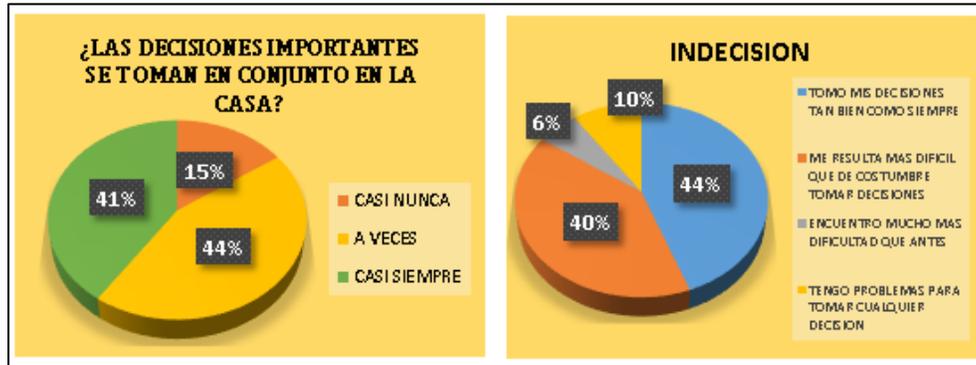


Figura 14: Resultados de los entre ítems 3 de la V1 Resultados de los ítems 13 de la V 2

En la figura 14 observamos la relación de la variable ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa? y la indecisión dieron como resultado las siguientes comparaciones: un 41% menciona que casi siempre las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa; relacionado al 44% de la segunda gráfica que menciona que toman sus decisiones tan bien como siempre, puesto que reciben consejos apropiados en casa.

Existe un 44% que a veces toman las decisiones en conjunto, mientras que en la segunda gráfica existe un 40% y un 6% que menciona que resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones y que encuentran muchas más dificultades que antes respectivamente.

También visualizamos un 15% que casi nunca toman decisiones en conjunto; el cual se ve reflejado comparando con los datos de la segunda gráfica un 10% que tienen problemas para tomar cualquier decisión.

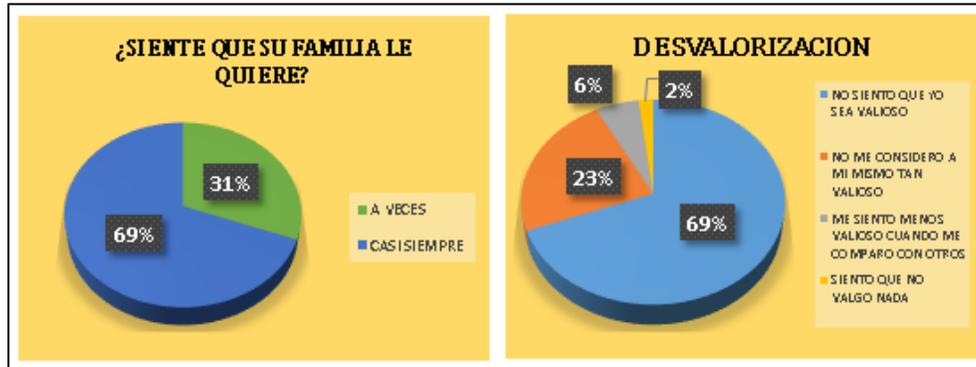


Figura 15: Resultados de los ítems 5 de la V1 Resultados de los ítems 14 de la V2

En la figura 15 observamos la relación de la variable ¿Siente que su familia le quiere? y la desvalorización dieron como resultado las siguientes comparaciones: en la primera gráfica hay un 69% que casi siempre siente que su familia le quiere; relacionado con el 69% de la segunda gráfica que no siente que no sea valioso.

Un 31% de la primera gráfica menciona que a veces siente que su familia le quiere; el cual se lo compara con el 23%, 6% y 2% que mencionan que; no se consideran a sí mismos tan valiosos, se sienten menos valioso cuando se compara con otros y siente que no valen nada respectivamente.

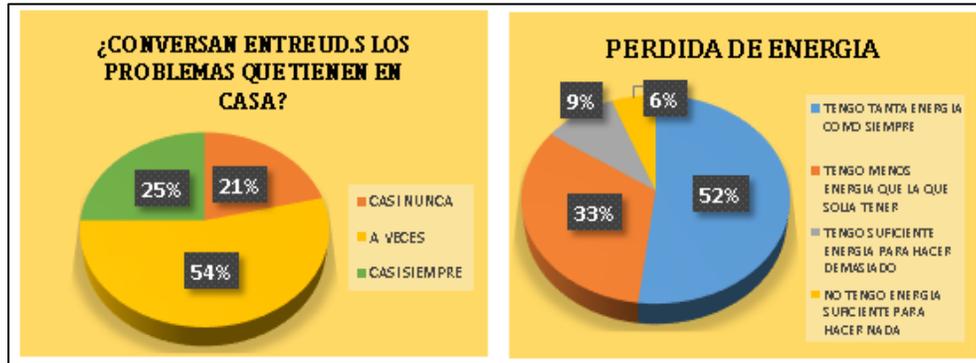


Figura 16: Resultados de los entre ítems 2 de la V1 Resultados de los ítems 15 de la V 2

En la figura 16 observamos la relación de la variable ¿Conversan entre Uds. los problemas que tienen en casa? y la pérdida de energía dieron como resultado las siguientes comparaciones: visualizamos un 25% que menciona que casi siempre conversan los problemas que se tiene en casa; el cual lo comparamos con el dato de la segunda gráfica 52% que menciona que tiene tanta energía como siempre.

Un 54% de la primera gráfica menciona que a veces conversan los problemas que tienen en casa; el cual lo relacionamos con el 33% y 9% que menciona que tiene menos energía que la que solía tener y que tiene suficiente energía para hacer demasiado.

Un 21% de la primera gráfica menciona que casi nunca conversan los problemas que tienen en casa; el cual se ve reflejado en la segunda gráfica con un 6% que menciona que no tienen energía suficiente para hacer nada.

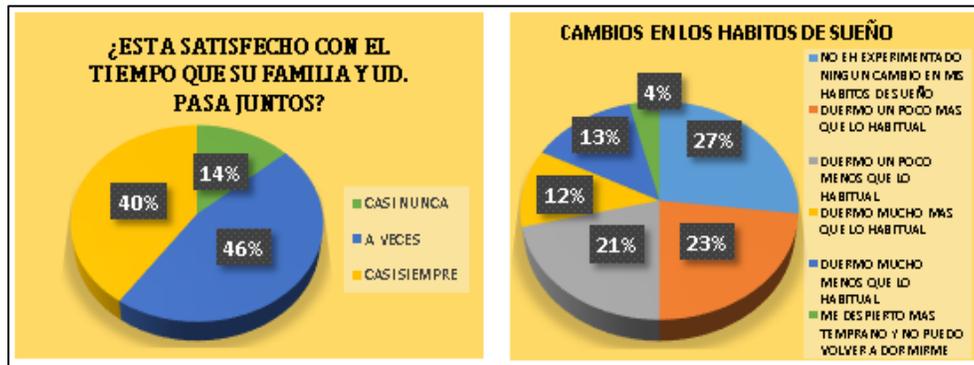


Figura 17: Resultados de los entre ítems 2 de la V1 Resultados de los ítems 15 de la V 2

En la figura 17 observamos la relación de la variable ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y Ud. pasan juntos? y los cambios en los hábitos de sueño dieron como resultado las siguientes comparaciones: en la primera gráfica existe un 40% que menciona casi siempre está satisfecho con el tiempo que pasa con su familia, el cual se ve reflejado en la segunda gráfica con un 27% que dice que no ha experimentado algún cambio en sus hábitos de sueño.

Existe un 46% de la primera gráfica que a veces está satisfecho con el tiempo que pasan juntos en familia; mientras que la segunda gráfica un 23%, 21%, 12%, 13% que menciona que duerme un poco más y menos que lo habitual, y que duerme mucho más y menos de lo habitual; respectivamente.

También menciona que un 14% casi nunca está satisfecho con el tiempo que pasa con su familia; relacionándolo con el 4% de la segunda gráfica que menciona que se despierta más temprano y no puede volver a dormir.

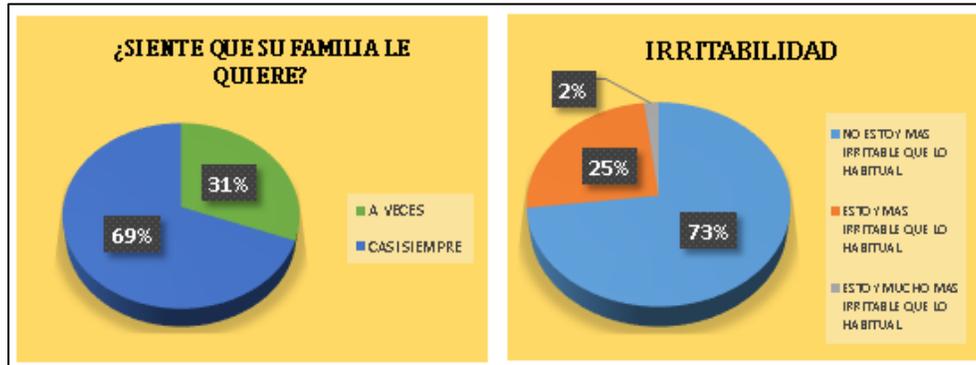


Figura 18: Resultados de los ítems 5 de la V1 Resultados de los ítems 17 de la V 2

En la figura 18 observamos la relación de la variable ¿Siente que su familia le quiere? Y la irritabilidad dieron como resultado las siguientes comparaciones: observamos en la primera gráfica un 69% que dice que casi siempre siente el cariño de su familia; el cual se refleja con el 73% de la segunda gráfica que menciona que no está más irritable que lo habitual.

También existe un 31% de la primera gráfica que menciona a veces siente que su familia le quiere; mientras que en la segunda gráfica un 25% y un 2% que indica que está más irritable que lo habitual y otros que están mucho más irritables que lo habitual.

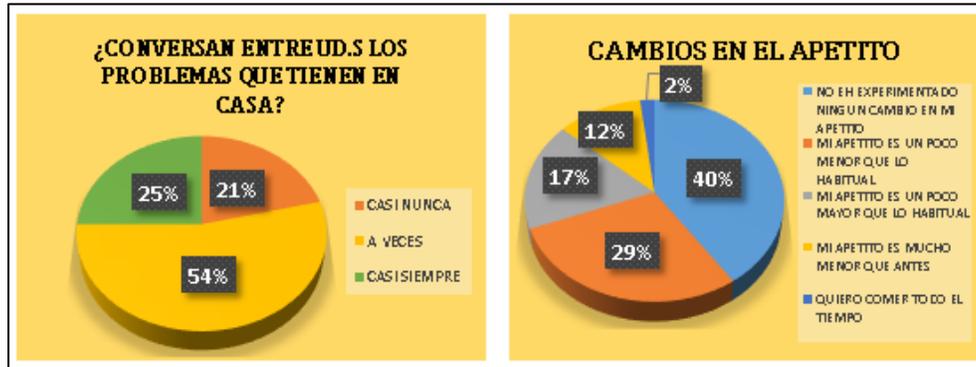


Figura 19: Resultados de los ítems 2 de la V1 Resultados de los ítems 118 de la V 2

En la figura 19 observamos la relación de la variable ¿Conversan entre Uds. los problemas que tienen en casa? y cambio en el apetito dieron como resultado las siguientes comparaciones; en la primera gráfica menciona que el 25% casi siempre conversan los problemas que tienen en casa; en la segunda gráfica un 40% menciona que no ha experimentado ningún cambio en su apetito.

Existe un 54% de la primera gráfica que indica que a veces conversan los problemas que tienen en casa relacionada con los datos de la segunda gráfica un 29%,17% y 12% mencionan que su apetito es un poco menor y mayor de lo habitual y otros que su apetito es mucho menor que antes.

El 21% de la primera gráfica menciona que casi nunca conversan los problemas que tienen en casa el cual se relaciona con el 2% que indica que quiere comer todo el tiempo entrando así en un estado depresivo crónico.



Figura 20: Resultados de los entre ítems 1 de la V1 Resultados de los ítems 19 de la V 2

En la figura 20 observamos la relación de la variable ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y Ud. pasan juntos? y la dificultad de concentración dieron como resultado las siguientes comparaciones; un 40% indica que casi siempre está satisfecho con el tiempo que pasa con su familia; mientras que en la segunda gráfica un 44% indica que puede concentrarse tan bien como siempre.

Un 46% de la primera gráfica menciona que a veces siente satisfacción con el tiempo que pasan con su familia; relacionado con el 39% de la segunda gráfica que menciona que no puede concentrarse tan bien como habitualmente.

Finalizando con el análisis el 14% de la primera gráfica trata de los jóvenes que casi nunca pasan tiempo con su familia el cual se relaciona con el 17% de la segunda gráfica que indica que le es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

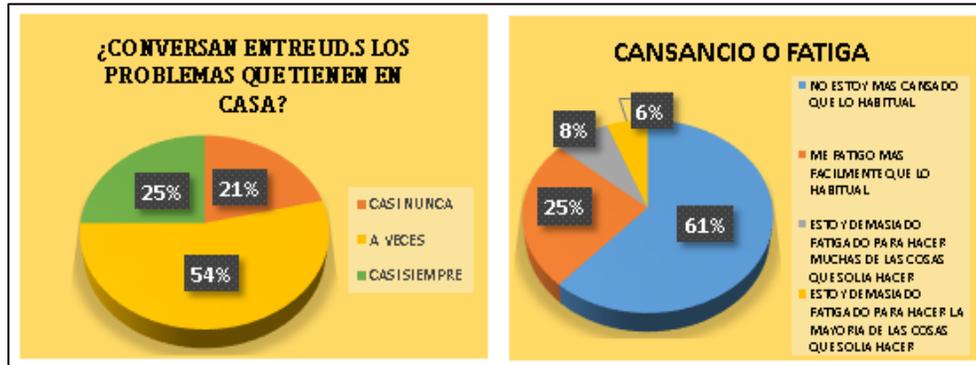


Figura 21: Resultados de los ítems 2 de la V1 Resultados de los ítems 20 de la V 2

En la figura 21 observamos la relación de la variable ¿Conversan entre Ud. los problemas que tiene en casa? y el cansancio o fatiga dieron como resultado las siguientes comparaciones; en la primera gráfica el 25% indica que casi siempre conversan los problemas que tienen en casa; mientras que en la segunda gráfica el 61% indica que no están más cansado que lo habitual.

En la primera gráfica también observamos un 54% que indica que a veces conversan los problemas que tienen en casa; y lo relacionamos con el 25% y el 8% que indica que se fatigan más fácilmente que lo habitual y están demasiado fatigados para hacer muchas de las cosas que solían hacer.

Y por último la primera figura hay un 21% de los encuestados que indica que casi nunca conversan los problemas que tienen en casa, el cual se ve reflejado en el estado anímico del joven representado por el 6% de la segunda gráfica que indica que está demasiado fatigado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

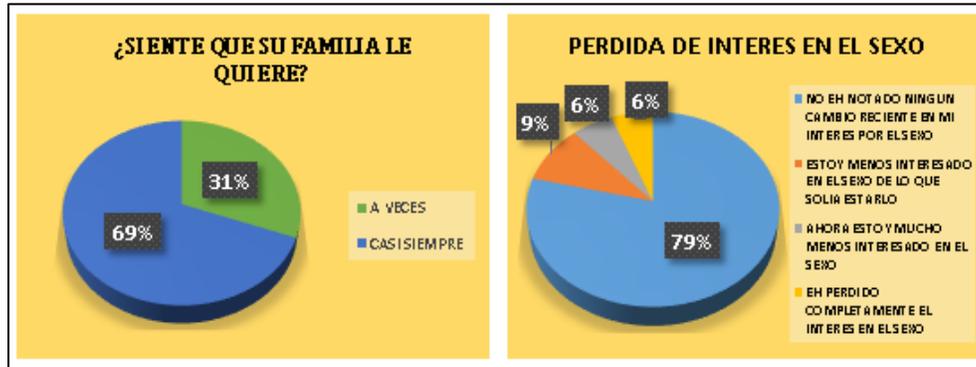


Figura 22: Resultados de los ítems 5 de la V1 Resultados de los ítems 21 de la V 2

En la figura 22 observamos la relación de la variable ¿Siente que su familia le quiere? y la pérdida de interés en el sexo dieron como resultado las siguientes comparaciones; el 69% indica casi siempre siente que su familia le quiere; relacionado con el 79% de la segunda gráfica que indica que no ha notado ningún cambio reciente en su interés por el sexo.

En la primera gráfica también vemos un 31% que indica que a veces se siente que su familia le quiere; mientras que en la segunda gráfica se visualiza un 9%, un 6% y otro 6% que indican que están menos interesados en el sexo de lo que solían estarlo, otro grupo menciona que ahora está mucho menos interesado en el sexo y por último otros indican que han perdido completamente el interés por el sexo.

4.1.3. Contrastación de hipótesis

Los resultados que se presentan en este capítulo tiene el propósito de mostrar el proceso que conduce a la contrastación de la hipótesis propuesta en la investigación: Existe relación directa y significativa entre disfuncionalidad familiar y depresión en los alumnos de segundo y tercer grado del nivel secundario de la Institución Educativa Adventista “28 de Julio de la ciudad de Tacna en el 2016”.

Este estudio comprende el cumplimiento de los siguientes objetivos:

- a) Establecer el nivel de disfuncionalidad familiar en los alumnos de segundo y tercer grado del nivel secundario de la Institución Educativa Adventista 28 de Julio
- b) Establecer el nivel de depresión en los alumnos de segundo y tercer grado del nivel secundario de la Institución Educativa Adventista 28 de Julio

En esta investigación se muestran los resultados definitivos, y tienen la intención de mostrar su importancia y sus posibilidades de análisis, que con la pretensión de fundar sobre ellos conclusiones relevantes para la Institución Educativa. Iniciaremos presentando los resultados globales, tomando total de respuestas como un todo, mostrando cómo percibe la Institución, la importancia actual de la relación entre la disfunción familiar y la depresión en los alumnos de segundo y tercer grado del nivel secundario de la Institución Educativa Adventista “28 de Julio de la ciudad de Tacna en el 2016”.

La muestra estará constituida por 52 estudiantes de segundo y tercer grado del nivel secundario de la Institución Educativa Adventista “28 de Julio” Tacna en el año escolar 2016. La muestra está conformada de la siguiente manera:

Tabla 7: Conformación de la muestra

GRADO Y SECCION	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
2do B	13	13	26
3ro A	14	12	26
TOTAL	27	25	52

Fuente: Elaboración propia

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

Tabla 8: Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,918	,910	21

Fuente: Elaboración propia

Este resultado 0.918 nos indica que el instrumento utilizado para la toma de datos es altamente confiable.

Asimismo se procedió a calcular los promedios tanto de estrés como de rendimiento escolar, mostrados en la tabla.

Tabla 9: Promedio de disfuncionalidad familiar y depresión escolar

Cuestionario	Promedio APGAR	Promedio BECK	SEXO
1	1,2	0,7	F
2	0,8	0,2	F
3	1,8	1,4	F
4	1	0,5	F
5	1	0,8	F
6	1,2	0,3	F
7	1	0,4	F
8	1,6	0,7	F
9	0,2	0,4	M
10	0,6	0,4	M
11	1,6	0,1	M
12	2	0,05	M
13	1,6	2,0	M
14	1,8	0,8	F
15	1	0,8	F
16	1,4	0,8	M
17	1,2	0,2	M
18	1,6	0,5	M
19	1,8	0,6	M
20	1,8	0,2	M
21	1,2	1,3	F
22	2	0,4	F
23	1,8	0,3	M
24	1,8	0,5	F
25	1,2	1,0	M
26	1,6	0,1	M
27	0,6	0,4	M
28	1,8	0,1	F
29	0,8	0,7	F
30	1,8	0,9	F
31	1,8	1,0	F
32	1,8	0,6	F
33	1,2	0,5	M
34	1	0,1	F
35	1,2	0,1	F
36	1,8	1,1	M
37	1	0,4	M
38	1,2	0,1	F
39	0,4	0,3	F
40	1,8	0,8	M
41	1	1,0	M
42	0,8	0,6	M
43	1,6	0,6	M
44	1,2	0,6	F
45	0,6	0,1	M
46	1,4	0,8	M
47	0,4	1,2	M
48	1,2	0,4	M
49	1,8	0,4	M
50	1,4	0,4	M
51	1,4	0,8	M
52	1,2	0,7	F

Fuente: Elaboración propia

Se utilizó estos promedios para contrastar la hipótesis de trabajo con la prueba Chi- Cuadrada, obteniéndose los siguientes resultados:

Tabla 10: Resultados de Prueba Chi-cuadrado

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO				
VAR00006		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
F	Chi-cuadrado de Pearson	62,829 ^b	66	,588
	Razón de verosimilitudes	47,649	66	,957
	Asociación lineal por lineal	1,963	1	,161
	N de casos válidos	24		
M	Chi-cuadrado de Pearson	119,817 ^c	99	,076
	Razón de verosimilitudes	69,766	99	,989
	Asociación lineal por lineal	,005	1	,944
	N de casos válidos	28		
Total	Chi-cuadrado de Pearson	134,914 ^a	135	,486
	Razón de verosimilitudes	89,611	135	,999
	Asociación lineal por lineal	,563	1	,453
	N de casos válidos	52		

Fuente: Elaboración propia

Como el valor obtenido tanto en sexo (62.829 para el sexo femenino, 119.817 = 45.15% para el sexo masculino) como en general 134.914 es mayor que el valor tabular a 0.486 de significación se acepta la hipótesis de investigación es decir, existe relación directa y significativa entre disfunción familiar y depresión en los alumnos de segundo y tercer grado del nivel secundario de la Institución Educativa Adventista “28 de Julio de la ciudad de Tacna en el 2016”.

V. DISCUSIÓN

5.1. Análisis de discusión de resultados

Figura 1 Observamos que en el gráfico circular correspondiente al análisis general del Test de Apgar de la variable 1 se ha registrado un 48% de que la funcionalidad en la familia es normal, en concordancia con los resultados obtenidos en la gráfica circular que corresponde al análisis general del Test de Beck donde se registra un 40% de que los jóvenes no se encuentran deprimidos. Por lo tanto se nota una relación de influencia entre el ítem de la variable 1 y de la variable 2 observadas. Por otro lado observamos que en la gráfica de test de Apgar el 40% manifiesta que la familia se encuentran moderadamente funcional en consecuencia los porcentajes obtenidos en la gráfica del Test de Beck corresponde en un 33% y 17% de que existe ciertos niveles de depresión creando así una relación entre estos. En la gráfica de Apgar existe un 12% de disfunción familiar grave que refleja el resultado de la gráfica de Beck en un 10% de jóvenes que se encuentran gravemente deprimidos guardando relación entre ambos.

Estos resultados concuerdan con los resultados con la investigación de Rivera & Sánchez (2014). Al finalizar la investigación se determinó que el 48,5% de la población presentan una relación entre la disfuncionalidad y la presencia de depresión, es así que 72% presentan disfuncionalidad familiar resaltando más la falta de comunicación, mala relación dentro del hogar, problemas con sus padres, violencia familiar, padres divorciados o separados, abuso o maltrato en el hogar, y esto hace que los adolescentes presenten depresión en un 64,5%.

Otros de los investigadores coinciden con los resultados, Gonzáles-Poves y otros. (2013) en su estudio “La relación funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas” mostró que el 50,0% (20) de adolescentes de familias con disfunción severa presentan manifestaciones depresivas bien definidas, y el 46,5% (20) de familias con disfunción moderada también presenta manifestaciones depresivas bien definidas; incluso un 18,4% (7) proveniente de familias con buen

funcionamiento presentan manifestaciones depresivas bien definidas. Las diferencias resultaron significativas ($p=0,030$).

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

Según Zapata (2007), en su investigación menciona que los grados de depresión en los estudiantes también difieren de una población mexicana de la misma edad mientras que para este autor los grados de depresión son de 66,9%; 27,2% y 5,9 para adolescentes normales, ligeramente deprimidos y moderadamente deprimidos, los porcentajes de nuestro estudio muestran que existe un nivel de depresión considerable primero nombraremos los resultados obtenidos los cuales son; el 40% del alumnado no presenta depresión, el 33% se encuentran ligeramente deprimidos, el 17% moderadamente deprimidos y un 10% gravemente deprimidos, con esto hemos determinado que si existe un nivel de depresión considerable, puesto que la adolescencia es una etapa de cambios significativos tanto físicos como psicológicos.

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

La Biblia afirma en Salmos 127: 1 "Si Jehová no edificare la casa, en vano trabajan los que la edifican". Esto nos enseña que Dios es quien construye con valores el hogar.

Según Ordoñez y Juca (2016) en su investigación nos refiere que la disfunción familiar constituye un factor de riesgo importante en la génesis de la depresión en los adolescentes, que en la mayoría de los casos no es valorada, lo que conlleva a que la familia y su funcionalidad, que supone ser el soporte para el adecuado desarrollo emocional y psicológico del adolescente, se mantenga como una causa enmascarada. Al no evaluar la disfuncionalidad familiar, el tratamiento que debería ser integral, se continua basando en el manejo cognitivo conductual, que por sí mismo solo trata la depresión, pero no la causa primordial.

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

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

La enfermedad depresiva durante la adolescencia, con frecuencia no recibe la atención debida. Los adolescentes deprimidos no reciben atención de los padres, además no buscan ayuda en ellos y evitan consultar a un profesional de la salud. Cuando recurren a la atención médica, lo hacen con quejas primariamente somáticas (Agreda, 2013).

La Biblia afirma en Génesis 13:8 “Así que Abram le dijo a Lot: No debe haber pleitos entre nosotros, ni entre nuestros pastores, porque somos parientes.” Esto nos incita a tener buenas relaciones con cada integrante de la familia lo cual servirá

como base fundamental. Así como se afirma en Marcos 3:25 "Y si una familia está dividida contra sí misma, esa familia no puede mantenerse en pie." 1Pedro 4:8" Y ante todo, tened entre vosotros ferviente amor; porque el amor cubrirá multitud de pecados". Nos menciona que donde reina el amor todos están dispuestos a perdonar y olvidar.

En la presente investigación se muestra que la mayoría de los adolescentes indican que su familia está funcionando bien y no están deprimidos, en su minoría refieren que su familia es disfuncional y se encuentran gravemente deprimidos esto se respalda por las investigaciones mencionadas anteriormente, lo cual revela que la familia influye en el soporte correcto del desarrollo emocional, por los cambios físicos, psicológicos y sociales que atraviesan los adolescentes.

Muchos de los problemas de la sociedad en los adolescentes se originan por la falta de atención en el hogar, se observan las consecuencias de no haber comunicación en el hogar, el de no pasar tiempo necesario para interactuar entre ellos y mejorar las habilidades sociales, la capacidad para resolver problemas (resiliencia) y la autoconfianza (autoestima) en cual ayudara a prevenir problemas de salud mental como los trastornos de la conducta, la depresión, ansiedad y desórdenes alimenticios en el adolescente. Finalmente lo espiritual es también muy importante en la familia ya que La Biblia afirma en sus escritos según Salmos 127:1. "Si Jehová no edificare la casa, en vano trabajan los que la edifican". Esto nos enseña que Dios es quien construye con valores el hogar.

5.1.1. Discusión de resultados por ítems

En la figura 2 Se visualiza que en la primera gráfica correspondiente a los ítems número 5 de la variable 1 se ha registrado un 69 % de sujetos que mencionan que su familia casi siempre lo quiere, en concordancia con los resultados obtenidos en la segunda gráfica que corresponde al área tristeza del test de Beck donde se registra un 77% de los sujetos que mencionan no sentirse triste. Por lo tanto, se nota una relación de influencia entre el ítem de la variable 1 y de la variable 2

observadas. Por otro lado, observamos que en la primera gráfica el 31% manifiesta que a veces la familia no lo quieren en consecuencia los porcentajes obtenidos en la segunda gráfica existe cierto nivel de tristeza que exactamente no coincide con la cifra de la variable 2 de tristeza sin embargo si existe cierta relación.

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

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

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

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

En la Figura 3 Se observa en la primera gráfica que el 38% de los encuestados mencionan que casi siempre se sienten satisfechos con la ayuda que recibe de su familia frente a los problemas el cual es reflejado en la otra gráfica con un 84% de encuestados que mencionan que no están desalentados. Así mismo

existe un 52% que mencionan que a veces sienten satisfacción por ayuda que recibe de su familia, mientras que en la otra gráfica vemos que un 8% y 2% mencionan que se sienten más desalentados y no esperan que las cosas cambien. Un 10% de la primera gráfica menciona que casi nunca sienten satisfacción por ayuda de sus familiares; el cual se relaciona con el 6% de la segunda gráfica donde mencionan que sienten que no hay esperanzas.

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

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

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

En la Figura 4 vemos 2 gráficas, la primera menciona que existe un 38% que mencionan que casi siempre quedan satisfechos con la ayuda que reciben de su familia cuando tienen un problema; y guarda relación con un 60% de la segunda gráfica que menciona que no se sienten como un fracasado. Continuando con el análisis de las gráficas el 52% de la primera gráfica menciona que a veces sienten satisfacción con la ayuda de sus padres, el cual relacionándolo con las otras gráficas con un 27% y un 11% mencionan que han fracasado más de lo debido y que también cuando miran atrás ven muchos fracasos respectivamente. El 10% mencionado en la primera gráfica menciona que casi nunca sienten satisfacción con la ayuda de

sus padres frente a los problemas, el cual se relaciona con el 2% de la segunda gráfica que menciona que como persona se siente un fracaso.

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

Según Fragoso & Alcantara (2013) indica en su investigación que mediante la prueba psicométrica de sucesos de vida que evaluó el área personal, escolar, problemas de conducta, los logros y fracasos, la salud y el área escolar, a dos grupos de segundo año, el primero con alto rendimiento académico, y el segundo con bajo rendimiento. Y los resultados señalan que las áreas que más afectan al segundo grupo son la familiar y la personal. Al contrario del primero, a los cuales solamente afecta el área de problemas de conducta.

Según Fernández (2017) en estudio menciona que el sentimiento de culpa es considerado como una emoción negativa que, si bien a nadie le gusta experimentar, lo cierto es que es necesaria para la correcta adaptación a nuestro entorno. Muchos autores coinciden en definir la culpa como un afecto doloroso que surge de la creencia o sensación de haber traspasado las normas éticas personales o sociales especialmente si se ha perjudicado a alguien

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

cambios emocionales y trastornos de personalidad; también existe cambios externos como la imagen corporal, etc.

En la Figura 5 observamos en la primera gráfica que el 38% casi siempre siente satisfacción con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene problemas; y en la segunda gráfica lo relacionamos con el 56% que menciona que obtiene tanto placer. También observamos que en la primera gráfica menciona que el 52% a veces siente satisfacción por la ayuda de sus padres; y en la otra gráfica el 34% no disfruta de los placeres. El 10% reflejado en la primera gráfica donde casi nunca sienten satisfacción con la ayuda de sus padres guarda relación con el 10% de la otra gráfica donde menciona que obtiene muy poco placer.

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

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

En la presente investigación se identifica que la mayoría de los adolescentes están satisfechos con el apoyo que reciben de sus padres y obtienen confort en el regazo familiar. Por otro lado, una minoría no siente satisfacción y muy poco placer. Entonces podemos deducir que los padres son los mejores ejemplos y maestros de los hijos.

En la Figura 6 observamos que el 41% menciona que casi siempre las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa; datos de la primera gráfica, y en la segunda gráfica observamos que el 33% no se siente culpable. Observamos

también en la primera gráfica que el 44% a veces toman decisiones en conjunto relacionándolo con los datos de la segunda gráfica que el 61% se siente culpable. El 15% de la primera gráfica menciona que casi nunca las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa el cual refleja la relación con la segunda gráfica de que el 6% se siente bastante culpable.

Según Muñoz & otros (2004) en su investigación encontró que las situaciones que estresan con mayor intensidad y frecuencia son las escolares y las estrategias más empleadas son las centradas en la emoción. De manera adicional, se detectó una relación entre el IMC y el nivel de estrés y emociones como culpa y ansiedad.

Según Rafael, L (2007) en su investigación menciona que la familia es la institución básica que influye en el desarrollo emocional y brinda los cimientos para el desarrollo social de cada uno de los integrantes. Como sistema social, estimula y promueve el estado de salud y bienestar de los miembros que hacen parte de ella. Del grado en el cual una familia cumpla o deje de cumplir sus funciones básicas se hablará de funcionalidad o disfuncionalidad familiar.

Según Fernández (2017) en estudio menciona que el sentimiento de culpa es considerado como una emoción negativa que, si bien a nadie le gusta experimentar, lo cierto es que es necesaria para la correcta adaptación a nuestro entorno. Muchos autores coinciden en definir la culpa como un afecto doloroso que surge de la creencia o sensación de haber traspasado las normas éticas personales o sociales especialmente si se ha perjudicado a alguien. La culpabilidad, por tanto, surge ante una falta que hemos cometido (o así lo creemos). Su función es hacer consciente al sujeto que ha hecho algo mal para facilitar los intentos de reparación. Su origen tiene que ver con el desarrollo de la conciencia moral, que se inicia en nuestra infancia y que se ve influida por nuestras diferencias individuales y las pautas educativas.

En el presente estudio la mayoría de los adolescentes tienen sentimientos de culpa porque manifiesta que en su hogar no tienen participación en las decisiones importantes que se hace. Entonces es muy importante el desarrollo emocional saludable que se puede obtener con la ayuda de la familia.

En la Figura 7 observamos la relación de las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa y el sentimiento de castigo; en la primera gráfica el 41% menciona que casi siempre las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa que se relaciona con el 50% de la segunda gráfica donde menciona que no siente que estén siendo castigados. El 44% menciona que a veces se toman las decisiones en conjunto mientras que en la segunda gráfica el 40% sienten que tal vez puedan ser castigados y el 4% esperan ser castigados. El 15% de los encuestados menciona que casi nunca toman las decisiones en conjunto mientras que en la segunda gráfica el 6% siente que está siendo castigado.

Según Montañés & otros (2008) en su investigación refiere que se ha comprobado que el estilo educativo democrático de los padres, donde hay un equilibrio entre control y autonomía, muestra su eficacia en el desarrollo óptimo del adolescente y en la menor probabilidad de comportamientos problemáticos. Se estudian las variables del contexto familiar que actúan como factores de riesgo o de protección ante las conductas problemáticas de los adolescentes y que cobran una gran relevancia a la hora de plantear programas de prevención en este campo. No obstante, la falta de resultados consistentes hace pensar que son necesarios más estudios longitudinales al respecto.

Según Rafael (2007) indica en su investigación que la familia es la institución básica que influye en el desarrollo emocional y brinda los cimientos para el desarrollo social de cada uno de los integrantes. Como sistema social, estimula y promueve el estado de salud y bienestar de los miembros que hacen parte de ella. Del grado en el cual una familia cumpla o deje de cumplir sus funciones básicas se hablará de funcionalidad o disfuncionalidad familiar.

En la presente investigación se muestra que la mayoría de los adolescentes mencionan que participan en la toma de decisiones importantes en la familia, así mismo no sienten sentimientos de castigo, esto se respalda por las investigaciones mencionadas anteriormente, lo cual indica que influye el estilo democrático de los padres en cuanto al desarrollo emocional óptimo del adolescente.

En la figura 8 vemos la relación si estas satisfecho con el tiempo que su familia y Ud. pasan juntos y la disconformidad con uno mismo; donde la primera gráfica habla de la variable de satisfacción que muestra un 40% que menciona que a veces está satisfecho mientras que en la segunda gráfica en si su contraparte el 71% menciona que siente acerca de mi lo mismo que siempre. El 46% menciona que a veces está satisfecho con el tiempo que pasan juntos con su familia y en la segunda gráfica el 21% menciona que ha perdido la confianza en sí mismo y un 6% está decepcionado consigo mismo. En la primera gráfica 14% menciona que casi nunca sienten satisfacción por las decisiones que toman en conjunto, el 2% de la segunda gráfica menciona que no se gustan así mismo.

Según Ferreira (2003) en su investigación señala se ha encontrado, que existe una alta asociación entre los tipos de familia (Balanceada, rango media y extrema) y los niveles de autoestima con el grupo de menores que se encuentran en situación de abandono moral o prostitución y aquellos que no se encuentran en esta situación. Existe, también, asociación entre niveles de autoestima en grupo de menores que se encuentran en situación de abandono moral con otro que no se encuentra.

Según Escorcía & Pérez (2015) en su investigación menciona que la autoestima de las personas adolescentes es un asunto de gran importancia, primero para sí mismo, segundo para su proceso educativo y, finalmente, para la educación como tal, en tanto personas educadas serán productivas para la sociedad; es el factor que puede definir, de manera relevante en el alumnado, tanto su motivación académica, como un estado emocional favorable para el logro de un desempeño escolar redituable y un desarrollo educativo como sujeto individual y colectivo en

aras de la plenitud. Es importante que el profesorado conozca los elementos de autor referencia que dan forma y nutren la autoestima, para poder trabajarlos como procesos

En la presente investigación observamos que la mayoría de los adolescentes están satisfechos de pasar juntos en la familia y de sentirse conforme consigo mismo, así mismo una minoría siente desconformidad consigo mismo y siente que no pasa tiempo con su familia, esto queda respaldado por las investigaciones ya mencionadas, lo cual indica que la familia interviene en la autoestima del adolescente.

En la Figura 9 relacionamos las variables ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa? y la autocritica el cual se ven representados en 2 gráficas respectivamente; en la primera menciona con un 41% que casi siempre se toman las decisiones en conjunto y en la segunda gráfica un 58% no se critica ni se culpa. Se visualiza un 44% en la primera gráfica donde a veces se toman las decisiones en conjunto; mientras que en la segunda gráfica existe un 21% que siente que está más crítico consigo mismo y un 15% que se critica así mismo por todos sus errores. Un 15% de la primera gráfica menciona que casi nunca toman las decisiones en conjunto relacionado con el 6% de la segunda gráfica que menciona que se critica así mismo por todo lo malo que sucede.

Según Girardi & otros (2007) en su investigación mencionan que los resultados evidenciaron que la percepción de la actitud de los padres refleja el estilo educativo que utilizan y éste se relaciona con la actitud perfeccionista de los estudiantes. La actitud democrática favorece el desarrollo del perfeccionismo en general y de control en hombres y mujeres, e incrementa la autoestima. La actitud autoritaria disminuye en los estudiantes sus estándares personales, la preocupación por corregir errores y la aceptación de las expectativas que sus padres tienen sobre su desarrollo personal y profesional. Los resultados confirmaron algunos hallazgos anteriores con población universitaria, que señalan que la percepción de los estudiantes sobre las actitudes democráticas o autoritarias de sus padres continúa

siendo significativa en licenciatura y posgrado. La actitud autoritaria de los padres parece indicar que fundan las relaciones con sus hijos en bases desiguales, estableciendo su superioridad, mientras que la actitud democrática parece reflejar una relación más igualitaria y marcada por la comprensión

Milicic y Arón (1999) *Programa de desarrollo de habilidades sociales*, en el libro menciona que los adolescentes con una alta autoestima describiéndolos como sigue: Los individuos con una alta autoestima demuestran un alto grado de aceptación de sí mismo y de los demás. Reconocen sus propias fortalezas y habilidades, así como las habilidades especiales de los otros. Aquellos que tienen una alta autoestima se sienten seguros, presentan un sentido de pertenencia y vínculo con los demás.

En contraste a ellos están los individuos que presentan una baja autoestima lo definen como temerosos y no se arriesgan por temor a un fracaso, que se preocupan de lo que los demás piensan de ellos o de sus actos. (p.39).

En la presente investigación encontramos que los adolescentes indican que la mayoría participan en toma de decisiones dentro de la familia y también no se critica negativamente y por otro lado una minoría mencionan que casi nunca participan en las decisiones con la familia y se critica así mismo por todo lo malo que sucede en lo cual esto es demostrado por las investigaciones mencionadas anteriormente, en lo consiguiente indica que la actitud democrática en la familia favorece el desarrollo del perfeccionismo en general y de control en hombres y mujeres, e incrementa la autoestima (el respeto a uno mismo).

En la Figura 10 observamos la relación de la variable ¿siente que su familia le quiere? Y los pensamientos suicidas dieron como resultado las siguientes comparaciones empezando por el 69% que mencionan que casi siempre sienten que su familia le quiere reflejado en la primera gráfica relacionado con 73% que menciona que no tienen ningún pensamiento de matarse de la segunda gráfica; y el 21% que no tienen pensamientos de matarse. El 31% reflejado en la primera gráfica

menciona que a veces siente que su familia le quiere; el cual lo relacionamos con el 6% de la segunda gráfica que mencionan que quieren matarse, no existe una relación absoluta en este último, pero dan indicios de que si raras veces siente cariño por parte de la familia; el adolescente no está muy seguro de lo que recibe por parte de la familia y resulta que tiene tendencia a hacerse daño por los problemas por los que esté pasando.

Según Vargas & Saavedra (2012) en su investigación menciona que las estimaciones de la OMS, uno de los hallazgos más preocupantes a nivel mundial es el aumento de las tasas de suicidio que se está produciendo entre los jóvenes (15-24 años), que se sitúa como una de las tres causas de muerte más frecuentes en este grupo de edad.

Un gran número de factores que podrían contribuir con la ocurrencia de la conducta suicida han sido identificados, los cuales incluyen factores individuales, familiares y sociales. La diátesis refleja un incremento de la vulnerabilidad a lo largo del tiempo para la conducta suicida, por ejemplo, ser más impulsivo o agresivo y por lo tanto más posibilidades de actuar sobre sentimientos suicidas. El estrés puede incluir factores, tales como, un divorcio parental y otros eventos de vida adversos y factores ambientales. Se pueden identificar varios factores que contribuyen con la vulnerabilidad (diátesis) para fenómenos suicidas en adolescentes y otros que actuarían como factores estresantes. En adición, hay varios factores que podrían actuar en ambas vías, dependiendo de su asociación temporal con fenómenos suicidas.

Según Palacios & otros (2009) nos refiere que en su investigación ha demostrado que las variables de personalidad se asocian con este comportamiento. Los resultados mostraron diferencias entre hombres y mujeres en el intento de suicidio. Los jóvenes que han intentado quitarse la vida presentan mayor búsqueda de sensaciones que los que no lo han intentado. Asimismo, se mostró una relación significativa entre el deseo de morir y la búsqueda de sensaciones.

Según Raheb (2016) en su investigación manifiesta que el suicidio es toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir ese resultado. Acto de matarse uno mismo. El suicidio, que es extremadamente raro antes de la pubertad, se vuelve más frecuente a lo largo de la adolescencia. Un acto suicida es un hecho por el que un sujeto se causa una lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos.

Según White (1959) *El Ministerio de curación*. p. 269. En el libro lo menciona del corazón "mana la vida;" y el hogar es el corazón de la sociedad, de la iglesia y de la nación. El hogar debe ser hecho todo lo que la palabra implica. Debe ser un pequeño cielo en la tierra, un lugar donde los afectos son cultivados en vez de ser estudiosamente reprimidos. Nuestra felicidad depende de que se cultive así el amor, la simpatía y la verdadera cortesía mutua.

En la presente investigación en la mayoría predomina la dimensión de afecto en los adolescentes, es por ello que se siente querido y no tienen ideas de suicidarse, y en la minoría si hay carencia de afecto, piensan que dentro de su familia no lo quiere, y tiene ideas de suicidarse esto es respaldado por las investigaciones ya mencionadas, lo cual indica que el afecto emocional que es brindado por la familia es de suma importancia para los hijos, depende de ello si tendrán salud mental óptima.

En la Figura 11 observamos la relación de la variable ¿siente que su familia le quiere? Y el llanto dieron como resultado las siguientes comparaciones: en la primera gráfica se observa un 69% que menciona que casi siempre sienten que su familia le quieren y lo relacionamos con el 69% de la segunda gráfica que menciona que no llora más de lo debido. También observamos que el 31% de la primera gráfica a veces siente que su familia le quiere el cual es relacionado con los siguientes porcentajes de la segunda gráfica 15% que llora más de lo que solía hacer, 6% que llora por cualquier pequeñez y un 10% siente ganas de llorar, pero

no puede, estas relaciones se dan por el simple hecho de que el amor que emite la familia no es constante y a veces se descuida al adolescente.

Según Ortega & Mínguez (2004) En su estudio presenta la «situación» de la familia en el contexto de la sociedad occidental. La «crisis» de la familia y los diferentes modelos de la estructura familiar son abordados, desde una perspectiva sociológica, como marco real para una educación en valores en el ámbito de la familia. Se defiende el papel fundamental de la familia como estructura de acogida, de reconocimiento del recién nacido. En ella encuentran los hijos las «condiciones ambientales» imprescindibles para el aprendizaje de los valores: el clima moral, de seguridad y confianza, de diálogo y responsabilidad que haga posible, desde la experiencia, la apropiación del valor.

No se contemplan otros enfoques de carácter cognitivo en la educación familiar. Se parte de la necesidad de hacer de la experiencia en el ámbito familiar la situación privilegiada e insustituible para el aprendizaje de los valores morales. La familia educa más por lo que «hace» que por lo que «dice».

Según Garrido (2013) en su investigación manifiesta que el llanto también puede ser un mecanismo de supervivencia. Llorar es a menudo una señal de que es necesario hacer frente a algo. Entre otras cosas, puede significar que te sientes frustrado, abrumado o incluso tratando de obtener de una forma más o menos consciente la atención de alguien, lo que viene a llamarse el “beneficio secundario” del llanto.

En la presente investigación podemos observar que los adolescentes sienten que su familia le quiere y no llora más de lo debido, por otro lado en su minoría mencionan que su familia no lo quiere y siente ganas de llorar en lo cual es demostrado en la investigación que se mencionó, entonces quiere decir que la familia influye en bien estar mental de los hijos.

En la Figura 12 observamos la relación de la variable ¿conversan entre Uds. los problemas que tienen en casa? y la agitación dieron como resultado las

siguientes comparaciones: observamos en la primera gráfica un 25% que menciona casi siempre conversan los problemas en casa; y en la segunda gráfica un 56% que no está más inquieto de lo habitual. También observamos un 54% en la primera gráfica que menciona que a veces conversan los problemas en casa; relacionado con un 29% que se me siente más inquieto de lo habitual y un 4% que esta tan inquieto que le es difícil quedarse quieto. Hay un 21% en la primera gráfica que menciona que casi nunca conversan los problemas en casa el cual está relacionado al 11% de la segunda gráfica que menciona que esta tan inquieto que tiene que estar siempre en movimiento por el simple hecho de querer buscar alguna solución a los problemas que esté pasando; tratando de buscar ayuda en los más cercanos lo cual no le es posible porque no hay esa conversación en familia.

Según Elvira publica 2009 citado por Jack Kornfield Como dormir, la agitación puede ser la respuesta al dolor y la tristeza que no queremos sentir.

Según Barradas (2013) en su investigación menciona que los resultados van en la dirección de demostrar que esta muestra de Niños Caso reúne un número significativo de influencias ambientales y de herencia que podrían explicar el origen del trastorno: que el subtipo combinado está significativamente afectado por factores ambientales, mientras que los subtipos inatento e hiperactivo muestran una correlación significativa con la herencia proveniente del padre, con prevalencia del fenotipo impulsividad-problemas de comportamiento seguido de impulsividad-hiperactividad.

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

En la investigación realizada un grupo considerado de adolescentes menciono que no se encuentran inquietos más de lo habitual, siendo consecuencia

de que estos conversan sus problemas en casa y reciben los consejos de los padres, la otra parte que es un grupo minoritario menciona que si se encuentran inquietos más de lo habitual y esto es consecuencia de que les cuesta conversar sus problemas en casa y no logran encontrar solución a ellos; llegando así a la siguiente conclusión de que la familia es un factor fundamental para resolver los problemas de sus hijos ya que estos son una gran influencia para ellos, siendo el factor importante la comunicación.

En la Figura13 observamos la relación de la variable ¿Siente que su familia le quiere? y la pérdida de interés dieron como resultado las siguientes comparaciones: un 69% de la primera gráfica menciona que casi siempre siente que su familia le quiere; relacionado con el 61% de la segunda gráfica que menciona que no ha perdido el interés en otras cosas. En la primera gráfica observamos un 31% que menciona que a veces siente que su familia le quiere, relacionado con el 29%, 8% y 2% que mencionan que están menos interesados que antes, han perdido casi todo el interés y que les es difícil interesarse por algo respectivamente.

Según Farinango & Puma (2012) en su investigación refiere que los resultados se concluyeron que la falta de afecto incide significativamente en el bajo rendimiento del estudiante, ya que afecta directamente al autoestima. Posteriormente se elaboró una guía de estrategias activas que tratará de fomentar el afecto y concienciar sobre los valores humanos a padres e hijos, comprende la aplicación de 5 talleres que utiliza métodos, técnicas y procedimientos fáciles y novedosos para practicar en la familia. La meta de la guía es dar a conocer los principales problemas afectivos que deterioran las relaciones familiares, analizar y reflexionar sobre las causas y consecuencias de la falta de afectividad en los hogares. Principalmente el estudiante podrá superar y transformar situaciones de conflictos, enfrentarse a las limitaciones, relacionarse con los demás, conocer su identidad, proyectar su plan de vida, desarrollar iniciativa propia y sentirse único. Incide positivamente en la formación psicológica como pedagógica.

Según López & otros (2011) en su investigación menciona la importancia de la familia dentro del tratamiento cognitivo-conductual para facilitar que el paciente comprenda y acepte el trastorno y crear compromiso en la familia para mejorar la adherencia terapéutica que redunde en mejores resultados terapéuticos. Habilitar a los familiares en el manejo de estrategias básicas de expresión emocional que faciliten el acercamiento que el paciente requiere, posibilita la identificación de áreas problemáticas del funcionamiento familiar que obstaculizan su desarrollo y contribuyen al mantenimiento del trastorno.

La rigidez en los sistemas familiares los hace más vulnerables ante las fluctuaciones que presenta la enfermedad, ya que para estas unidades es imprescindible mantener la ilusión de control sobre el padecimiento.

En la presente investigación se observa que los adolescentes manifiestan que su familia le quiere y no ha perdido el interés en otras cosas, sin embargo una pequeña proporción de adolescentes siente que su familia no lo quiere y ha perdido casi todo el interés y que les es difícil interesarse por algo respectivamente esto es respaldada por la investigación ya mencionada, lo cual muestra que los padres influyen en el tratamiento cognitivo – conductual.

En la Figura 14 observamos la relación de la variable ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa? y la indecisión dieron como resultado las siguientes comparaciones: un 41% menciona que casi siempre las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa; relacionado al 44% de las segundas gráficas que menciona que toman sus decisiones tan bien como siempre, puesto que reciben consejos apropiados en casa. Existe un 44% que a veces toman las decisiones en conjunto, mientras que en la segunda gráfica existe un 40% y un 6% que menciona que resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones y que encuentran muchas más dificultades que antes respectivamente. También visualizamos un 15% que casi nunca toman decisiones en conjunto; el cual se ve reflejado comparando con los datos de la segunda gráfica un 10% que tienen problemas para tomar cualquier decisión.

Según Aguilar & otros (2015) en su investigación indican que se observó que los adolescentes prefieren no participar en la dinámica familiar, los quehaceres domésticos, la escuela, las actividades físicas y religiosas, quizá porque consideran que no redituarán algo a su vida, tanto en lo biológico (sobrevivir), como psicosociocultural (ser más y mejores que otros y que sí mismos).

Estos indicadores entrañan riesgo; además, se reprime en ellos la posibilidad de desarrollar sus potencialidades, lo cual podría llevarlos a no vivir con base en su ser en el hacer, donde se es lo que se hace y se hace lo que se es, sin contradicción, con gusto y sin quejas.

Según Oliva (2006) en su investigación indica que en las últimas décadas sobre las relaciones familiares y el desarrollo adolescente, prestando una atención especial a dos aspectos: los cambios en estas relaciones con la llegada a la adolescencia de los hijos, y su influencia sobre el desarrollo y el ajuste del adolescente. Siguiendo un enfoque dimensional, se analizan aspectos claves del estilo parental, como son el afecto, la comunicación, los conflictos, el control y la promoción de la autonomía. La literatura empírica existente sobre este tema indica que los adolescentes se ven muy favorecidos cuando tienen padres que se muestran afectuosos, comunicativos y les animan a mostrarse autónomos. También el control y los conflictos pueden ser positivos para el desarrollo adolescente, aunque en este caso es necesario introducir algunas matizaciones, pues las consecuencias son menos evidentes. Por otra parte, los datos disponibles nos alejan de la visión catastrofista de las relaciones entre padres y adolescentes, ya que con la excepción de la primera etapa de la adolescencia, en que suelen surgir algunas dificultades y conflictos, estas relaciones suelen ser positivas y satisfactorias. A partir de estos datos, se destaca la importancia de ofrecer a padres y madres orientación y recursos para que puedan ejercer su rol parental de la forma más favorable para ellos y para sus hijos.

En la presente investigación nos indica, que la mayoría de los adolescentes mencionan que resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones, y que

encuentran muchas más dificultades que antes, y una pequeña cantidad indica que tiene dificultad para tomar decisiones, esta se respalda por las investigaciones ya señaladas, por tanto podemos indicar que la participación de los hijos en tomar decisiones dentro de la familia, ya que es de suma importancia ser tomado en cuenta, como se sabe la familia influye en el buen desarrollo de resiliencia.

En la Figura 15 observamos la relación de la variable ¿Siente que su familia le quiere? y la desvalorización dieron como resultado las siguientes comparaciones: en la primera gráfica hay un 69% que casi siempre siente que su familia le quiere; relacionado con el 69% de la segunda gráfica que no siente que no sea valioso. Un 31% de la primera gráfica menciona que a veces siente que su familia le quiere; el cual se lo compara con el 23%, 6% y 2% que mencionan que; no se consideran a sí mismos tan valiosos, se sienten menos valioso cuando se compara con otros y siente que no valen nada respectivamente.

(Musitu y Gracia, 1988; Busso, 2003). El Clima familiar deportivo está conformado por una constelación consistente y redundante de comportamientos, actitudes, valores, expectativas e intereses hacia la práctica deportiva que se desarrolla en el seno de cada familia y, por lo tanto, es consistente y estable y es percibido de un modo similar por todos los miembros del grupo familiar

Brooks (1994) citado en su libro “Niños en riesgo: fomentando la resiliencia y la esperanza”. Relacionarse con individuos que proveen a los jóvenes de un sentido de que puedan vencer cualquier dificultad que les depare la vida. Tales relaciones pueden inculcarles un sentido de valoración propia que les permite superarse más fácilmente. Uno de los estudios particulares descubrió” que los jóvenes resilientes tuvieron por lo menos una persona en su vida” que los aceptaron incondicionalmente.

En la presente investigación nos indica que los adolescentes en su mayoría siente que su familia le quiere y que no siente que no sea valioso, por otro lado en su minoría siente que no se consideran a sí mismos tan valiosos, se sienten menos

valioso cuando se compara con otros y creen que no valen nada, esto se respaldada por la investigación que se ha realizado con anterioridad. Por lo cual el relacionarse con padres positivos y amables influye en comportamientos, actitudes, valores, expectativas e intereses hacia la práctica deportiva que se desarrolla en el seno de cada familia.

En la Figura 16 observamos la relación de la variable ¿Conversan entre Uds. los problemas que tienen en casa? y la pérdida de energía dieron como resultado las siguientes comparaciones: visualizamos un 25% que menciona que casi siempre conversan los problemas que se tiene en casa; el cual lo comparamos con el dato de la segunda gráfica 52% que menciona que tiene tanta energía como siempre. Un 54% de la primera gráfica menciona que a veces conversan los problemas que tienen en casa; el cual lo relacionamos con el 33% y 9% que menciona que tiene menos energía que la que solía tener y que tiene suficiente energía para hacer demasiado. Un 21% de la primera gráfica menciona que casi nunca conversan los problemas que tienen en casa; el cual se ve reflejado en la segunda gráfica con un 6% que menciona que no tienen energía suficiente para hacer nada.

Según Clotilde (2014) en su investigación nos menciona en su análisis de las voces de los adolescentes los padres, los docentes y las observaciones, se arriba a que las razones de dicha apatía se encuentran relacionadas con la desmotivación, el desgano y el aburrimiento que padecen algunos adolescentes; motivado por no conseguir, a corto plazo, las expectativas esperadas, las metas deseadas (no aprobar exámenes, no alcanzar las notas, repetir cursos, etc.).

Según Remón (2013) en su investigación manifiesta los resultados demuestran que la cohesión, relaciones, actuación, desarrollo intelectual-cultural, social-recreativo, moral-religioso, estabilidad, organización y control familiar se correlacionan de manera significativa y positiva con la motivación académica intrínseca, extrínseca y sus subtipos; y de manera significativa pero inversa con la desmotivación. El área conflicto es el único que presenta correlación inversa con los

tipos y subtipos de motivación académica. Se discuten los resultados en función del Enfoque de la Ecología Social y de la Teoría de la Auto-Determinación.

En la presente investigación se observa que los adolescentes mencionan que casi siempre conversan los problemas que se tiene en casa, tiene suficiente energía para hacer demasiado. Por otro lado vemos que una minoría siente que casi nunca conversan los problemas que tienen en casa, tienen energía suficiente para hacer nada. Podemos concluir que la cohesión, relaciones, actuación, desarrollo intelectual-cultural, social-recreativo, moral-religioso, estabilidad, organización y control familiar se correlacionan de manera significativa y positiva con la motivación.

En la Figura 17 observamos la relación de la variable ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y Ud. pasan juntos? y los cambios en los hábitos de sueño dieron como resultado las siguientes comparaciones: en la primera gráfica existe un 40% que menciona casi siempre está satisfecho con el tiempo que pasa con su familia, el cual se ve reflejado en la segunda gráfica con un 27% que dice que no ha experimentado algún cambio en sus hábitos de sueño. Existe un 46% de la primera gráfica que a veces está satisfecho con el tiempo que pasan juntos en familia; mientras que la segunda gráfica un 23%, 21%, 12%, 13% que menciona que duerme un poco más y menos que lo habitual, y que duermo mucho más y menos de lo habitual; respectivamente. También menciona que un 14% casi nunca está satisfecho con el tiempo que pasa con su familia; relacionándolo con el 4% de la segunda gráfica que menciona que se despierta más temprano y no puede volver a dormir.

Según Masalan & otros (2013) en su estudio nos indica que la alta prevalencia de trastornos del sueño en los niños constituye un tema transversal del cuidado de la población. Esto ha hecho emerger la necesidad de ampliar la gama de programas educativos, que incentiven la formación de hábitos saludables, basados en la higiene del sueño y en las conductas autoregulatorias de niños y adolescentes. El objetivo de esta revisión es los principales factores que permiten

diseñar programas educativos e intervenciones, con la finalidad de mejorar y prevenir el surgimiento de alteraciones más complejas y de difícil resolución

Según Gutiérrez (2012) en estudio refiere que la dedicación de tiempo a actividades con sus pares, el desconocimiento de la importancia del sueño, con la creencia de que dormir es perder oportunidad de hacer cosas, hábitos que se acentúan con el ingreso a la vida universitaria y el aumento de las demandas académicas, sociales, familiares y laborales. Consecuencia de esta situación, es un aumento en la deuda de sueño, con la privación de sueño crónico y la somnolencia diurna excesiva; causando alteraciones biológicas, psicológicas, sociales, como el cansancio, la dificultad para dormir; el cambio de carácter, agresividad; un bajo aprovechamiento general, conflictos al verse social y culturalmente como comportamiento de rebeldía e indisciplina. Además presentan un bajo rendimiento académico por disminución del desempeño en actividades que requieren atención y concentración; problemas de memoria, aumento en el tiempo de ejecución.

En la presente investigación podemos observar que los adolescentes nos indican que está satisfecho con el tiempo que pasa con su familia, y que no ha experimentado algún cambio en sus hábitos de sueño. En su minoría muestra que no está satisfecho con el tiempo que pasa y no puede volver a dormir esto es respaldada por lo mencionado con anterioridad. Sin embargo podemos decir que la familia, maestros optimistas influye en la capacidad de enfrentar los problemas (resiliencia).

En la Figura 18 observamos la relación de la variable ¿Siente que su familia le quiere? Y la irritabilidad dieron como resultado las siguientes comparaciones: observamos en la primera gráfica un 69% que dice que casi siempre siente el cariño de su familia; el cual se refleja con el 73% de la segunda gráfica que menciona que no está más irritable que lo habitual. También existe un 31% de la primera gráfica que menciona a veces siente que su familia le quiere; mientras que en la segunda gráfica un 25% y un 2% que indica que está más irritable que lo habitual y otros que están mucho más irritables que lo habitual.

Al analizar los resultados según la opinión de Finley & Landless (2014): *“viva con esperanza secretos que pueden cambiar tu vida”*. El perdón o la gratitud pueden ser bálsamos curativos y factores de protección que nos permitirán lidiar con la enfermedad que pudo resultar de relaciones abusivas. Si alguien lo ha herido profundamente y usted fracasa en perdonarlo, le está permitiendo que lo dañe por segunda vez. Un espíritu no perdonador destruye nuestra salud y nos encarcela en la amargura. No roba el gozo que Dios anhela que tengamos. Así como Jesús perdono a aquellos que lo crucificaron aunque no lo merecían, de la misma manera podemos perdonar a aquellos que nos han herido aunque no esté justificado. Perdonar a otros no significa que aprobamos sus acciones o justificamos lo que nos hicieron. Más bien, el perdón implica liberar al otro de nuestra condenación cuando tampoco lo merecíamos. (p.43)

Al analizar los resultados según la opinión de Kiecolt – Glaser (1985): *“mejora psicosocial de la inmunocompetencia en una población geriátrica”* (citado en Finley & Landless 2014): Investigaciones han demostrado que las relaciones comprensivas fortalecen el sistema inmunológico e incrementan nuestra habilidad de superar la enfermedad y la dolencia. Uno de tales estudios indicaba que, con solo tres visitas semanales de familiares y amigos cercanos, se mejoraba la función inmune en adultos. (p.41).

En la presente investigación nos muestra que la mayoría de los adolescentes siente el cariño de su familia y también que no está más irritable que lo habitual, la minoría están mucho más irritables que lo habitual esto es respaldado por los estudios ya expuestos, por consiguiente se concluye que el afecto de la familia a sus hijos harán que estos se sientan confortables dentro de ellas y eliminaran todo rastro irritabilidad.

En la Figura 19 observamos la relación de la variable ¿Conversan entre Uds. los problemas que tienen en casa? y cambio en el apetito dieron como resultado las siguientes comparaciones; en la primera gráfica menciona que el 25% casi siempre conversan los problemas que tienen en casa; en la segunda gráfica un 40%

menciona que no ha experimentado ningún cambio en su apetito. Existe un 54% de la primera gráfica que indica que a veces conversan los problemas que tienen en casa relacionada con los datos de la segunda gráfica un 29%,17% y 12% mencionan que su apetito es un poco menor y mayor de lo habitual y otros que su apetito es mucho menor que antes. El 21% de la primera gráfica menciona que casi nunca conversan los problemas que tienen en casa el cual se relaciona con el 2% que indica que quiere comer todo el tiempo entrando así en un estado depresivo crónico.

Según Castro (2008) en su investigación menciona que los trastornos de la conducta alimentaria: los gramos que pesan en la mente, es el miedo que se apodera de las personas que padecen un trastorno del comportamiento alimentario, un fantasma que se nutre del temor a engordar, hace gala de su habilidad para lograr el rechazo a la comida, se siente fuerte y orgulloso de su voluntad que está por encima de la razón, es poderoso, es misterioso. Es un fantasma que atormenta más a ellas que a ellos, pero también a ellos, a los niños, a los adolescentes, a las mujeres cansadas y agotadas de intentar ser delgadas, a las que el ideal de belleza de la sociedad las ha subvalorado, a los que simplemente quisieron con una dieta ser “normales”, a los más pequeños que apenas empiezan su desarrollo, a aquellos que en silencio padecen frustraciones, depresiones, abusos, maltrato.

Al analizar los resultados según la opinión de Danese & B. (2012):“Experiencias adversas en la niñez, alostasis, carga alostatica y enfermedades relacionadas con la edad” (citado en Finley & Landless 2014): En efecto, las relaciones enfermizas en el hogar causan cambios en nuestro cerebro. Las partes del cerebro particularmente afectadas son aquellas que juegan un rol importante en la memoria a largo y corto plazo. (42)

En la presente investigación evidenciamos que los adolescentes relatan que casi siempre conversan los problemas que tienen en casa y no han experimentado ningún cambio en su apetito. Sin embargo una minoría manifiesta que casi nunca conversan los problemas que tienen en casa y quieren comer todo el tiempo,

entrando así en un estado depresivo crónico esto es demostrado con investigación ya mencionada anteriormente, en lo cual quiere decir que la familia disfuncional influye en el trastorno alimenticio, depresión, etc.

En la Figura 20 observamos la relación de la variable ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y Ud. pasan juntos? y la dificultad de concentración dieron como resultado las siguientes comparaciones; un 40% indica que casi siempre está satisfecho con el tiempo que pasa con su familia; mientras que en la segunda gráfica un 44% indica que puede concentrarse tan bien como siempre. Un 46% de la primera gráfica menciona que a veces siente satisfacción con el tiempo que pasan con su familia; relacionado con el 39% de la segunda gráfica que menciona que no puede concentrarse tan bien como habitualmente. Finalizando con el análisis el 14% de la primera gráfica trata de los jóvenes que casi nunca pasan tiempo con su familia el cual se relaciona con el 17% de la segunda gráfica que indica que le es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

Según Montañez & otros (2008) La conquista de la autonomía adolescente puede llevar consigo la ruptura familiar, pero también es posible alcanzar la autonomía sin que se produzca el conflicto intergeneracional. Autonomía y continuación de relaciones estrechas con los padres no son excluyentes. Frente al mito del conflicto intergeneracional, la literatura científica confirma las buenas relaciones actuales entre los adolescentes y sus padres. Se ha comprobado que el estilo educativo democrático de los padres, donde hay un equilibrio entre control y autonomía, muestra su eficacia en el desarrollo óptimo del adolescente y en la menor probabilidad de comportamientos problemáticos.

Al analizar los resultados según la opinión de Pérez (sf), del Gabinete de Psicología (sf), (citado en García, 2006) menciona que la persona se concentra, pero en su problema, que ocupa toda o la mayor parte de la atención, por lo que reconoce que "para poder centrarse en una actividad se necesita un nivel de activación y cierta motivación". Precisamente, la falta de motivación es otro factor que influye negativamente a la hora de conseguir un grado de concentración

adecuado. Esto es lo que ocurre cuando la tarea que se desempeña no es del gusto de quien la realiza o bien es monótona y repetitiva. "En la medida en que estemos menos motivados, nuestro grado de concentración será menor", constata Gutiérrez Crespo, quien asegura que cuando una tarea "no da juego a la creatividad de la persona, a que pueda aportar sus propios elementos personales, el grado de concentración también baja"

Al analizar los resultados según la opinión de Cauley (1997): "*características clínica de mujeres con una historia de abuso infantil: herida no sanada*" (citado en Finley & Landless 2014): En el libro menciona que los niños como los adultos víctimas de violencia familiar muchas veces sufren temor, vergüenza, culpa y afrenta. Tales emociones negativas contribuyen a problemas mentales y emocionales que incluyen la depresión, el desorden bipolar y el trastorno de estrés postraumático tanto en hombres como en mujeres. (p.42)

En el trabajo de investigación realizado, los adolescentes mencionan que siempre están satisfechos con el tiempo que pasa con su familia, y puede concentrarse tan bien como siempre; en su minoría manifiesta que casi nunca pasan tiempo con su familia y que le es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo, lo cual significa que los adolescentes para poder centrarse en una actividad, necesitan de un nivel de activación y motivación, por consiguiente los problemas familiares influyen en gran manera en la concentración del adolescente.

En la figura 21 observamos la relación de la variable ¿Conversan entre Ud. los problemas que tiene en casa? y el cansancio o fatiga dieron como resultado las siguientes comparaciones; en la primera gráfica el 25% indica que casi siempre conversan los problemas que tienen en casa; mientras que en la segunda gráfica el 61% indica que no están más cansado que lo habitual. En la primera gráfica también observamos un 54% que indica que a veces conversan los problemas que tienen en casa; y lo relacionamos con el 25% y el 8% que indica que se fatigan más fácilmente que lo habitual y están demasiado fatigados para hacer muchas de las cosas que solían hacer. Y por último la primera figura hay un 21% de los

encuestados que indica que casi nunca conversan los problemas que tienen en casa, el cual se ve reflejado en la estado anímico del joven representado por el 6% de la segunda gráfica que indica que está demasiado fatigado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

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

La Biblia afirma en Génesis 13:8 “Así que Abram le dijo a Lot: No debe haber pleitos entre nosotros, ni entre nuestros pastores, porque somos parientes.” Esto nos incita a tener buenas relaciones con cada integrante de la familia lo cual servirá como base fundamental. Así como se afirma en Marcos 3:25 “Y si una familia está dividida contra sí misma, esa familia no puede mantenerse en pie.”

En la presente investigación muestra que la mayoría de los adolescentes conversa los problemas que tienen en casa y la minoría manifiesta que no lo hace y está demasiado fatigado, por consiguiente la familia influye en el comportamiento del adolescente.

En la figura 22 observamos la relación de la variable ¿Siente que su familia le quiere? y la perdida de interés en el sexo dieron como resultado las siguientes comparaciones; el 69% indica casi siempre siente que su familia le quiere; relacionado con el 79% de la segunda gráfica que indica que no ha notado ningún cambio reciente en su interés por el sexo. En la primera gráfica también vemos un 31% que indica que a veces se siente que su familia le quiere; mientras que en la segunda gráfica se visualiza un 9%, un 6% y otro 6% que indican que están menos interesados en el sexo de lo que solían estarlo, otro grupo menciona que ahora está

mucho menos interesado en el sexo y por ultimo otros indican que han perdido completamente el interés por el sexo.

Según Delgado (2009) en su investigación refiere los conocimientos sobre sexualidad que tienen los adolescentes son de nivel medio, relacionado a que desconocen las prácticas sexuales riesgosas y la manifestación de sus impulsos sexuales se encuentra presente mediante besos, caricias y relaciones cóitales, que traen como consecuencia los embarazos precoces y no deseados, abortos, ITS y otros.

Según Flores & otros (2015) en su investigación indican que al establecer la relación entre comportamiento sexual y el conocimiento sobre VIH/SIDA, se obtuvo $p=0.139$, con $\alpha = 0,05$; este resultado permitió rechazar la hipótesis de investigación siguiente: Adolescente con conocimiento adecuado sobre VIH/SIDA tendrán comportamiento sexual de bajo riesgo, mientras que los adolescentes con conocimiento inadecuado sobre VIH/SIDA tendrán comportamiento sexual de alto riesgo en la comunidad San Francisco Rio Itaya del Distrito de Belén - 2015.

En la presente investigación se expone que la mayoría de los adolescentes manifiesta que su familia le quiere, esto se respalda por las investigaciones mencionadas, lo cual muestra que la familia influye en la conducta sexual del adolescente, porque los padres tienen buena comunicación con los hijos, los temas de conducta sexual ya no es un tabú, si no se informa estaríamos en problemas.

VI. CONCLUSIONES

6.1. Conclusiones

- El nivel de disfuncionalidad familiar en los alumnos de segundo y tercer año del nivel secundario de la Institución Educativa Adventista “28 de Julio” es: funcionalidad familiar normal (48%), disfunción moderada (40%) y disfunción familiar grave (12%).
- El nivel de depresión en los alumnos de segundo y tercer año del nivel secundario de la Institución Educativa Adventista “28 de Julio” es: no presenta depresión (40%), ligeramente deprimido (33%), moderadamente deprimido (17%), gravemente deprimido (10%).
- Hay relación entre disfuncionalidad familiar y depresión en los alumnos de segundo y tercer año del nivel secundario de la institución Educativa adventista 28 de julio de la ciudad de Tacna.

VII. RECOMENDACIONES

7.1.Recomendaciones

- Coordinar con el profesional de psicología la evaluación Psicológica anual, terapia racional emotiva de la familia del adolescente de la I.E. a fin de tener una familia funcional.
- Planificar programas de escuela para padres que van han prevenir la disfuncionalidad familiar a través de sesiones de talleres psicológicos y charlas.
- Aplicar el test de Apgar y test de Beck por un profesional de psicología a inicios y finales del año, a fin de monitorear el estado emocional del alumnado en la Institución Educativa.
- Se debe coordinar junto al profesional de psicología una evaluación individual a los adolescentes detectados con depresión para que lleve una terapia individual y/o sea derivado a un profesional Psiquiátrico.
- Coordinar con el profesional de psicología junto a los tutores para trabajar con los estudiantes a través de sesiones de talleres sobre temas: autoestima, respeto, asertividad, responsabilidad, desarrollo sexual, etc.
- Desarrollar investigaciones donde se pueda obtener mayor información de la magnitud del riesgo o problemas de disfuncionalidad familiar y la depresión en los adolescentes.
- Se debe desarrollar investigaciones cualitativas sobre disfuncionalidad familiar y la depresión en los adolescentes Adventistas y no Adventista fin de saber el sentir del adolescente frente a este problema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altamirano, D., Abad, A., & Jihanna, A. (2013). *“Prevalencia de la Disfuncionalidad Familiar y factores asociados en pacientes”*. Cuenca- Ecuador.
- Arenas, S (2009). *“Relación Entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes”*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos – Lima. Perú.
- Aguilar, M., Valdez, M., Gonzáles, A., Rivera, A., Carrasco, D., Gomorra, B., Pérez, L., Vidal, M (2015) *Apatía, desmotivación, desinterés, desgano y falta de apatía, desmotivación, desinterés, desgano y falta de participación en adolescentes mexicano*. Universidad Autónoma del Estado de México. México.
- Agreda, V. (2013). *Relación Entre Depresión Y Funcionalidad Familiar En Adolescentes De Instituciones Educativas Públicas Y*, (28), 9–10.
- Barradas, S (2013) Factores perinatales y de historia familiar asociados al trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños de la región central venezolana. Madrid.
- Brooks (1994) citado en su libro *“Niños en riesgo: fomentando la resiliencia y la esperanza”*. *american Journal of orthopsychiantry*, volumen 64, pp. 545-553
- Bonilla, A (2017) *¿Por qué algunos jóvenes no quieren estudiar ni trabajar?*. Recuperado de: <http://www.cuidatusaludemocional.com/por-que-muchos-jovenes-no-quieren-estudiar-ni-trabajar.html>
- Camacho, S (2002). *Relación entre la percepción del tipo de familia y los valores interpersonales en adolescentes de cuarto y quinto grado de secundaria de Lima-Cercado*. Tesis para optar por el Grado Académico de Magíster en Psicología, mención: Psicología Educativa. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

- Cardiel, A (2017) Escenarios para ayudar a los adolescentes a lidiar con acusaciones. Recuperado de: http://muyfitness.com/escenarios-ayudar-adolescentes-info_5368/
- Clotilde, G (2014) "La Apatía Escolar en el adolescente" Universidad Abierta Interamericana.
- Condori, L. (2002). "*Funcionamiento familiar y situaciones de crisis de adolescentes infractores y no infractores en Lima Metropolitana*". Tesis para optar el Grado Académico de Magíster en Psicología, mención: Psicología Clínica. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
- Castro, B (2008) *Trastornos de la conducta alimentaria: Los gramos que pesan en la mente*. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.
- Espinoza J. (2015) "*Clima social familiar y la depresión del tercer año del nivel secundario de la Institución Educativa N° 001 José Lishner Tudela – Tumbes*". Perú.
- Escorcía, I., Pérez, M (2014) *Autoestima, adolescencia y pedagogía*. Universidad Autónoma del Estado de Morelos Cuernavaca, Morelos, México
- Fernández, Molina, y Fuentes (2012) Predictores de la satisfacción parental en familias con hijos adolescentes adoptados.
- <http://www.redalyc.org/pdf/2430/243030189005.pdf>
- Fernández, M (2006). Predisposiciones psíquicas a los actos impulsivos o delictivos en la juventud. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Centro de Investigaciones, Grupo de Investigación Estudios sobre Juventud.
- Finley, F., Landless, P (2014): "*viva con esperanza secretos que pueden cambiar tu vida*" (p.43).Florida, Argentina: Asociación Casa editora Sudamericana.

Fernández, L., V (2017) *Mente y emociones. Depresión. Revista de salud y bienestar* .Recuperado de

<http://www.webconsultas.com/mente-y-emociones/test-de-psicologia/test-de-depresion-8523>

Fernández, L., V (2017) *Mente y emociones. Eres-negativo. Revista de salud y bienestar* .Recuperado de: <http://www.webconsultas.com/mente-y-emociones/test-de-psicologia/test-eres-negativo-12052>

Fernández, L., V (2017) *Mente y emociones. Depresión. Revista de salud y bienestar inseguro* .Recuperado de: <http://www.webconsultas.com/mente-y-emociones/test-de-psicologia/test-eres-inseguro-11483>

Fernández, L., V (2017) *Mente y emociones. Sentimiento-de-culpa. Revista de salud y bienestar* .Recuperado de: <http://www.webconsultas.com/mente-y-emociones/emociones-y-autoayuda/el-sentimiento-de-culpa-6574>

Fernández, L (20017) *Mente y emociones. Test de motivación*. Recuperado de: <http://www.webconsultas.com/mente-y-emociones/test-de-psicologia/test-de-motivacion-2813>

Fernández, L (20017) *Mente y emociones. Test ¿Eres cariñoso?*. Recuperado de: <http://www.webconsultas.com/mente-y-emociones/test-de-psicologia/test-eres-carinoso-12801>

Fernández, L (20017) *Mente y emociones. Eustrés y estrés*. Recuperado de: <http://www.webconsultas.com/mente-y-emociones/emociones-y-autoayuda/eustres-y-estres>

Fernández, L (20017) *Mente y emociones. Resiliencia*. Recuperado de: <http://www.webconsultas.com/mente-y-emociones/emociones-y-autoayuda/resiliencia-11496>

Fernández, L (2017) *Mente y emociones. Cómo ser más asertivo*. Recuperado de:
<http://www.webconsultas.com/mente-y-emociones/emociones-y-autoayuda/como-ser-mas-asertivo-9376>

Fernández, L (2017) *Mente y emociones. Autoestima*. Recuperado de:
<http://www.webconsultas.com/mente-y-emociones/test-de-psicologia/test-de-autoestima-2663>

Flores, I., Rios, H., Marleni, V (2015) “*Conocimiento sobre VIH/SIDA y comportamiento sexual en adolescentes de la Comunidad San Francisco, Rio Itaya - Distrito de Belén 2015*” Iquitos – Perú.
<http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3305/tesis%20word%202015.pdf?sequence=1>

González, P., Macuyama, A. & Silva, M. (2013) “*Factores familiares que influyen en las manifestaciones depresivas en adolescentes del 1° al 5° de secundaria de un colegio nacional mixto del distrito de Los Olivos - Lima*”. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima-Perú.

García, Z (2006) *Problemas de concentración*. EROSKI CONSUMER, el diario del consumidor.
<http://www.consumer.es/web/es/educacion/extraescolar/2006/06/09/152802.php>

Garrido, A (2015) “*Me odio a mí mismo*” *Psicopedia*. Recuperado de:
<http://psicopedia.org/2679/por-que-me-odio-a-mi-mismo/>

Garrido, A (2015) “*Llorar es sano ¿Por qué lloramos?*” *Psicopedia*. Recuperado de:
<http://psicopedia.org/6763/llorar-es-sano/>

Garrido, A (2013) *Cómo mejorar la autoestima desarmando la autocrítica*.

García, M (2017) *Tristeza en adolescentes*. Recuperado de:

http://muyfitness.com/tristeza-adolescentes-info_1753/

González, A., López, F., Valdez, J (2012) *Optimismo-pesimismo y resiliencia en adolescentes de una universidad pública*. México.

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

García, A (2006) *Problemas de concentración*. Recuperado de:
<http://www.consumer.es/web/es/educacion/extraescolar/2006/06/09/152802.php>

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

Hernández, R., Fernandez, C., & Baptista, L. (2010). *Metodología de la Investigación*. Mexico: McGraw-Hill Interamericana.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, L. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana.

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

Iller, J. (2014). *“La funcionalidad familiar y el riesgo suicida en los adolescentes del segundo año del colegio de bachillerato unificado Victoria Vascones Cuvi de la ciudad de Latacunga”*. Repositorio Digital Universidad Técnica de Ambato. <http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/8332>.

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

López, J., Barrera, V., Cortes, S., Jaime, L (2011) *Funcionamiento familiar, creencias e inteligencia emocional en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo y sus familiares*. Salud mental. México.

- Muñoz, S., Vega, Z., Berra, E., Nava, C (2004) *Asociación entre estrés, afrontamiento, emociones e IMC en adolescentes*, Universidad Intercontinental. México.
- Magnus, O. (2011). "Familias Disfuncionales, hacia una teología práctica de la vida".
- Mamani, M. & Pérez (2016) "*Depresión y disfunción familiar en estudiantes del 4to año del nivel secundario de la Institución Educativa Secundaria Industrial Perú Birf. Juliaca*". Perú.
- Manso, Á. (2011). "Familias Disfuncionales, hacia una teología práctica de la familia".
- Menéndez, (2017) *Pérdida de peso anormal en los adolescentes*. Recuperado de: http://muyfitness.com/perdida-peso-anormal-info_3714/
- Mennucci (2017) Sobre los adolescentes hipocondríacos .Recuperado de: http://muyfitness.com/adolescentes-hipocondriacos-info_16144/
- Morla, R., Sadd, E. & Saad, J. (2006). "*Depresión en adolescentes y desestructuración familiar en la ciudad de Guayaquil*". Ecuador. Revista Colombiana de Psiquiatría.
- Masalan, A., Sequeida, J., Ortiz, C. (2013) *Sueño en escolares y adolescentes, su importancia y promoción a través de programas educativos. Chile*.
- Montañés, M., Bartolomé, R., Montañés, J (2008) *Influencia del contexto familiar en las conductas adolescentes Universidad de Castilla-La Mancha* <http://www.uclm.es/ab/educacion/ensayos>
- Milicic, N. & Arón, A (1999). Vivir con otros. Programa de desarrollo de habilidades sociales. Fondo Editorial Universitaria .4ta Edición. Santiago de Chile.

- Olazo, C. (2014). *Depresión en la adolescencia*. Médicos y Terapeutas Florales relacionados con la Asociación Venezolana para la Investigación y Terapéutica con Esencias Florales (A.V.I.T.E.F.). Venezuela.
- Ortega, R., Mínguez (2004) *Familia y transmisión de valores*. Universidad de Murcia. Facultad de Educación. España.
- Ordóñez, T. y Juca, A (2016) *Disfunción familiar y su relación con la depresión en adolescentes*. Universidad Nacional de Loja. Loja, Ecuador
- OMS depresión (2017) Recuperado de:
http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/
- Oliva, D (2016) “*Síndrome de fatiga crónica afecta a adolescentes*”. Recuperado de:
<http://www.salud180.com/jovenes/sindrome-de-fatiga-cronica-afecta-adolescentes>
- Parra, M. (2007): *La salud de los docentes: revisión de líneas emergentes en la investigación e intervención*. Santiago de Chile: UNESCO/OREALC. Chile.
- Palomino, R. (2015) “*Disfunción familiar como factor de riesgo para embarazo adolescente en el Hospital Distrital Jerusalén de la esperanza en el período Enero - Febrero 2015*” Trujillo – Perú.
- Pérez, P., Merino, M (2008) “*Definición de fracaso*”. Recuperado de
[\(http://definicion.de/fracaso/\)](http://definicion.de/fracaso/)
- Palacios, J., Sánchez, D., Andrade, P (2009) *Intento de suicidio y búsqueda de sensaciones en adolescentes*. México.
<http://www.redalyc.org/pdf/802/80212393004.pdf>
- Rivera, A., & Sánchez, S. (2014). “*Disfuncionalidad familiar y su relación con la depresión en los adolescentes del ciclo diversificado en la unidad educativa Herlinda Toral Cuenca*”. Ecuador.

Raheb, C., Bielsa, A., Batlle, S., Rafael, A., Tomás, J. (2016) PSICOPATOLOGÍA Y CONDUCTA SUICIDA EN LA ADOLESCENCIA. Hospital Universitario de la Vall d'Hebrón. Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado de: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/assetstore/16/75/63/167563488120829345954818629549048822164>

Remón, G. (2013) *Clima social familiar y motivación académica en estudiantes de 3ro. y 4to. De secundaria pertenecientes a colegios católicos de Lima Metropolitana*. Lima – Perú.

Rocha (2014) *Emociones, Estados de Ánimo e Inteligencia Emocional*. Recuperado de:

<https://miriamrochadiaz.wordpress.com/2014/05/06/emociones-estados-de-animo-e-inteligencia-emocional/>

Shaffer, D. (2000). “*Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia*”. Madrid: Ed.

Thomson Salcedo (1990), Muestreo salcedo

<https://books.google.com.pe/books?id=L2d0eVFr004C&pg=PA127&lpg=PA127&dq=muestreo+salcedo&source=bl&ots=PlpmhJNBLh&sig=8EHy2laBa53bKYE9-VKEoCXkVFE&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjg-8vN1NzUAhVGOCYKHTDCAq0Q6AEILjAE#v=onepage&q=muestreo%20salcedo&f=false>

Sanz, J. y Vázquez, C. (2011). “Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)” en colaboración con el Departamento de I+D de Pearson Clinical and Talent Assessment España: Frédérique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández. Madrid – España.

Sobrino, L (2008) en su investigación Niveles de satisfacción familiar y de comunicación entre padres e hijos.

<http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/sastisfaccionfamiliar.pdf>

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

Terrones, N (2016) Niveles De La Investigación Científica. Lima-Perú, Recuperado de: <http://eudoroterrones.blogspot.pe/2016/05/niveles-de-la-investigacion-cientifica.html>

Tamayo y Tamayo, Mario (1997) *El Proceso de la Investigación científica*. Editorial Limusa S.A. México.1997 recuperado de: http://metodouba.blogspot.pe/2015/07/poblacion-y-muestra_15.html

Torres, G (2015) *"Relación entre funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la academia preuniversitaria Alexander Fleming Arequipa 2015"*. Tumbes- Perú.

<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/311/M21267.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Vargas, H., Saavedra, J (2012) *Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes*. Lima- Perú.

White (1959) El Ministerio de curación. p. 269.

Aninimo Jack Kornfield <http://www.muscaria.com/kornfi.htm>

Zapata-Gallardo J. y otros. (2007). *“Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia”*. Guanajuato, México.

Zuleima, C., Edna, A., Indira, R., & Adalberto, C. (2009) *“Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia”*. Colombia

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Título: “la disfuncionalidad familiar y la depresión en los alumnos de segundo y tercer año del nivel secundario de la institución educativa adventista “28 de julio” de la ciudad de Tacna en el 2016”

Autor: FLORES CARBAJAL HILDA

Asesor: Mag. Néstor Ollais Rivera

PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	VARIABLE de TRABAJO	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGIA	
Pregunta General	Objetivo General	Hipótesis General	Variable 1	Adaptabilidad familiar	Recursos intrafamiliares	<u>Tipo de estudio:</u>	
¿Cuál será la relación entre disfuncionalidad familiar y la depresión en los alumnos de segundo y tercer año del nivel secundario de la Institución Educativa Adventista “28 de Julio”. Ciudad de Tacna. Perú. 2016?	Determinar la relación entre disfuncionalidad familiar y la depresión en los alumnos de segundo y tercer año del nivel secundario de la Institución Educativa Adventista “28 de Julio”. Ciudad de Tacna. Perú. 2016.	Existe relación directa y significativa entre disfuncionalidad familiar y la depresión en los alumnos de segundo y tercer año del nivel secundario de la Institución Educativa Adventista “28 de Julio”. Ciudad de Tacna. Perú. 2016.	Disfuncionalidad familiar	Participación familiar	Recursos extra-familiares	APLICATIVO	
					Cooperación		
				Crecimiento familiar	Comunicación	Enfoque de investigación cuantitativa	
					Madurez física		
				Afecto familiar	Madurez emocional	Nivel de la investigación. <u>Descriptivo correlacional</u>	
					Madurez social		
				Resolución familiar	Cuidado	Investigación no experimental del tipo descriptivo Correlacional transversal.	
					Cariño		
Resolución familiar	Compartir tiempo						
	Dedicar recursos materiales						
Preguntas Específicas	Objetivos Específicos	Hipótesis Específicas	VARIABLE 2	DIMENSIONES	INDICADORES	POBLACION Y MUESTRA	
¿Cuál es nivel de disfuncionalidad familiar en los alumnos segundo y tercer año del nivel secundario de la Institución Educativa Adventista “28 de Julio”. Ciudad de Tacna. Perú. 2016?	Medir el nivel de disfuncionalidad familiar en los alumnos de segundo y tercer año del nivel secundario de la Institución Educativa Adventista “28 de Julio”. Ciudad de Tacna. Perú. 2016.	Medir el nivel de disfuncionalidad familiar significativa en los alumnos de segundo y tercer año del nivel secundario de la Institución Educativa Adventista “28 de Julio”. Ciudad de Tacna. Perú. 2016	Depresión	Área afectiva motivacional	Tristeza	Población	
					Sentimientos de culpa		
					Predisposición para el llanto		
					Irritabilidad		
				Área cognitiva	Desvalorización	La población de estudio estuvo constituido por 153 estudiantes de las diferentes secciones,	
					Pensamiento suicidio		
					Pesimismo frente al futuro		
					Sensación de fracaso		
					Sentimiento de castigo		
					Perdida de placer		
					Indecisión		Muestra
					Disconformidad con uno mismo		La muestra de estudio está constituido por 52 estudiantes de las diferentes secciones,
				Área Conductual	Dificultad de concentración	Técnicas- <u>Los test psicológicos</u>	
					Autocrítica		
Perdida de interés							
Área Física	Perdida de energía	Instrumentos					
	Fatigabilidad						
	Perdida de sueño						
	Pérdida de apetito						
Área Física	Agitación	Test de Apgar familiar					
	Perdida de interés en el sexo						
Área Física	Perdida de interés en el sexo	Test Beck					

Anexo 2: Matriz de operacionalización

VARIABLES DE INVESTIGACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA VALORATIVA	NIVEL DE MEDICION
(Variable de estudio 1) Disfuncionalidad familiar	Adaptabilidad familiar	Recursos intrafamiliares	1, 2, 3, 4,5	Funcionalidad normal de 7-10 puntos. Disfunción moderada de 4-6 puntos. Disfunción grave de 0 a 3 puntos.	ORDINAL
		Recursos extra-familiares			
	Participación familiar	Cooperación	1, 2,3,4,5		
		Comunicación			
	Crecimiento familiar	Madurez física	1,2,3,4,5		
		Madurez emocional			
		Madurez social			
	Afecto familiar	Cuidado	1, 2, 3, 4, 5		
		Cariño			
	Resolución familiar	Compartir tiempo	1, 2,3,4,		
		Dedicar recursos materiales			
	(Variable de estudio 2) Depresión	Área afectiva motivacional	Tristeza		
Sentimientos de culpa			5		
Predisposición para el llanto			10		
Irritabilidad			17		
Área cognitiva		Desvalorización	14		
		Pensamiento suicido	9		
		Pesimismo frente al futuro	2		
		Sensación de fracaso	3		
		Sentimiento de castigo	6		
		Perdida de placer	4		
		Indecisión	13		
		Disconformidad con uno mismo	7		
		Dificultad de concentración	19		
		Autocrítica	8		
Área Conductual		Perdida de interés	12		
		Perdida de energía	15		
		Fatigabilidad	20		
Área Física	Perdida de sueño	16			
	Pérdida de apetito	18			
	Agitación	11			
	Perdida de interés en el sexo	21			

Anexo 3: Instrumentos



**UNIVERSIDAD PRIVADA TELESUP
FACULTAD DE SALUD Y NUTRICION
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA**

Autor: Dr. Gabriel Smilkstein

Test de Apgar Familiar

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

Vivo con:

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

Tíos () Otros ().....

Conteste a las siguientes preguntas según los siguientes criterios:

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

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



UNIVERSIDAD PRIVADA TELESUP
FACULTAD DE SALUD Y NUTRICION
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA

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

Título: Test de Beck

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

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

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

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

- | | |
|---|---|
| 1. Tristeza | 5. Sentimiento de culpa |
| 0 No me siento triste. | 0 No me siento particularmente culpable. |
| 1 Me siento triste gran parte del tiempo. | 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho. |
| 2 Estoy triste todo el tiempo. | 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. |
| 3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo. | 3 Me siento culpable todo el tiempo. |
| 2. Pesimismo | 6. Sentimiento de castigo |
| 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro. | 0 No siento que estoy siendo castigado. |
| 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo. | 1 Siento que tal vez pueda ser castigado. |
| 2 No espero que las cosas funcionen para mí. | 2 Espero ser castigado. |
| 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que solo puede empeorar. | 3 Siento que estoy siendo castigado. |
| 3. Fracaso | 7. Disconformidad con Uno Mismo. |
| 0 No me siento como un fracasado. | 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre. |
| 1 He fracasado más de lo que hubiera debido. | 1 He perdido la confianza en mí mismo. |
| 2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos. | 2 Estoy decepcionado conmigo mismo. |
| 3 Siento que como persona soy un fracaso total. | 3 No me gusto a mí mismo. |
| 4. Perdida de placer | 8. Autocrítica. |
| 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto. | 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual. |
| 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo. | 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo. |
| 2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar. | 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores. |
| 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar. | 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede. |

9. Pensamientos o Deseos Suicidas
- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
 - 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
 - 2 Querría matarme.
 - 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.
10. Llanto
- 0 no lloro más de lo que solía hacerlo.
 - 1 Lloro más de lo que solía hacerlo.
 - 2 Lloro por cualquier pequeñez.
 - 3 Siento ganas de llorar pero no puede.
11. Agitación
- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
 - 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
 - 2 Estoy tan inquieto o agitado que es difícil quedarme quieto.
 - 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.
12. Perdida de interés
- 0 no ha perdido el interés en otras actividades o personas.
 - 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
 - 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
 - 3 Me es difícil interesarme por algo.
13. Indecisión
- 0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
 - 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
 - 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
 - 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.
14. Desvalorización
- 0 No siento que yo no sea valiosa.
 - 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
 - 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
 - 3 Siento que no valgo nada.
15. Perdida de energía
- 0 Tengo tanta energía como siempre.
 - 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
 - 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
 - 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.
16. Cambios en los hábitos de sueño
- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
 - 1a Duermo un poco más que lo habitual.
 - 1b Duermo un poco menos que lo habitual.
 - 2a Duermo mucho más que lo habitual.
 - 2b Duermo mucho menos que lo habitual.
 - 3a Duermo la mayor parte del día.
 - 3b Me despierto 1-2 más temprano y no puedo volver a dormirme.
17. Irritabilidad.
- 0 No estoy más irritable que lo habitual.
 - 1 Estoy más irritable que lo habitual.
 - 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
 - 3 Estoy irritable todo el tiempo.
18. Cambios en el Apetito
- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito
 - 1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
 - 1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
 - 2a Mi apetito es mucho menor que antes.
 - 2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.
 - 3a No tengo en apetito en absoluto.
 - 3b Quiero comer todo el tiempo.
19. Dificultad de concentración
- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
 - 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
 - 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo
 - 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.
20. Cansancio o fatiga
- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
 - 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
 - 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
 - 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.
21. Perdida de interés en el sexo
- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
 - 1 Estoy menos inter interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
 - 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
 - 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Anexo 4: Matriz de Datos

TEST DE APGAR

Sujetos	GENERO	ITEMS					promedo	ALTERNATIVAS (VECES POR SUJETO)				
		1	2	3	4	5		0	1	2		
1	F	1	1	1	2	1	1.2	0	3	1	6	MODERADA
2	F	1	0	1	1	1	0.8	1	4	0	4	MODERADA
3	F	2	2	2	1	2	1.8	0	1	2	9	NORMAL
4	F	0	0	2	1	2	1	2	2	4	5	MODERADA
5	F	2	0	1	0	2	1	2	2	3	5	MODERADA
6	F	2	1	0	1	2	1.2	1	3	1	6	MODERADA
7	F	1	1	1	1	1	1	0	5	0	5	MODERADA
8	F	2	1	2	1	2	1.6	0	2	3	8	NORMAL
9	M	0	0	0	0	1	0.2	4	1	0	1	GRAVE
10	M	1	0	1	0	1	0.6	2	2	2	3	GRAVE
11	M	0	2	2	2	2	1.6	1	1	3	8	NORMAL
12	M	2	2	2	2	2	2	0	0	4	10	NORMAL
13	M	2	1	2	1	2	1.6	0	2	3	8	NORMAL
14	F	1	2	2	2	2	1.8	0	0	3	9	NORMAL
15	F	1	1	1	1	1	1	0	5	0	5	MODERADA
16	M	2	1	1	1	2	1.4	0	3	1	7	NORMAL
17	M	1	1	1	2	1	1.2	0	3	1	6	MODERADA
18	M	1	1	2	2	2	1.6	0	1	3	8	NORMAL
19	M	2	2	1	2	2	1.8	0	1	2	9	NORMAL
20	M	1	2	2	2	2	1.8	0	0	3	9	NORMAL
21	F	1	1	2	1	1	1.2	0	3	1	6	MODERADA
22	F	2	2	2	2	2	2	0	0	4	10	NORMAL
23	M	2	1	2	2	2	1.8	0	1	3	9	NORMAL
24	F	2	2	1	2	2	1.8	0	1	2	9	NORMAL
25	M	1	1	2	1	1	1.2	0	3	1	6	MODERADA
26	M	1	1	2	2	2	1.6	0	1	3	8	NORMAL
27	M	1	0	1	0	1	0.6	2	2	2	3	GRAVE
28	F	2	1	2	2	2	1.8	0	1	3	9	NORMAL
29	F	1	0	0	1	2	0.8	2	1	2	4	MODERADA
30	F	2	1	2	2	2	1.8	0	1	3	9	NORMAL
31	F	1	2	2	2	2	1.8	0	0	3	9	NORMAL
32	F	2	2	1	2	2	1.8	0	1	2	9	NORMAL
33	M	1	0	1	2	2	1.2	1	2	3	6	MODERADA
34	F	1	1	1	0	2	1	1	4	1	5	MODERADA
35	F	1	1	1	1	2	1.2	0	3	1	6	MODERADA
36	M	2	2	1	2	2	1.8	0	1	2	9	NORMAL
37	M	1	1	1	1	1	1	0	5	0	5	MODERADA
38	F	1	1	1	1	2	1.2	0	3	1	6	MODERADA
39	F	0	1	0	0	1	0.4	3	2	1	2	GRAVE
40	M	2	1	2	2	2	1.8	0	1	3	9	NORMAL
41	M	1	1	1	1	1	1	0	5	0	5	MODERADA
42	M	1	0	0	1	2	0.8	2	1	2	4	MODERADA
43	M	2	1	1	2	2	1.6	0	2	3	8	NORMAL
44	F	2	1	1	1	1	1.2	0	4	0	6	MODERADA
45	M	1	0	0	1	1	0.6	2	2	2	3	GRAVE
46	M	1	2	1	1	2	1.4	0	2	2	7	NORMAL
47	M	1	0	0	0	1	0.4	3	1	0	2	GRAVE
48	M	2	1	0	1	2	1.2	1	3	1	6	MODERADA
49	M	2	1	2	2	2	1.8	0	1	3	9	NORMAL
50	M	1	1	2	1	2	1.4	0	2	3	7	NORMAL
51	M	0	2	2	1	2	1.4	1	2	3	7	NORMAL
52	F	1	1	1	1	2	1.2	0	3	1	6	MODERADA
VECES POR PREGUNTA	ALT 0	28	5	11	8	7	0					
	ALT 1	24	27	28	23	24	16					
	ALT 2		20	13	21	21	36					

