



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

SALUD MENTAL DE LOS ALUMNOS DE PRIMERO DE BACHILLERATO DE LA
UNIDAD EDUCATIVA TÉCNICO SALESIANO Y DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR,
CUENCA-ECUADOR, 2016.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE
MÉDICO

AUTORES:

PEDRO JOSÉ ALEMÁN IÑIGUEZ

CI. 0105500342

DOMÉNICA ALEJANDRA FIGUEROA MARTÍNEZ

C.I. 0104397518

DIRECTOR:

Dr. MANUEL ISMAEL MOROCHO MALLA

CI. 0103260675

ASESOR:

Dra. LORENA ELIZABETH MOSQUERA VALLEJO

CI. 0101755379

CUENCA- ECUADOR

2017



RESUMEN

Antecedentes: Los trastornos mentales representan un problema de salud pública por ser una importante causa de enfermedad, discapacidad y muerte. A esta realidad se suma un porcentaje creciente de disfuncionalidad familiar que se ve afectado por la crisis económica y el desempleo. Estas alteraciones se manifiestan principalmente en las esferas emocional y psíquica, que se acentúan especialmente cuando los afectados se encuentran en la etapa de la pubertad o adolescencia que, como es de conocimiento general, es una fase de cambios en todos los aspectos en el individuo.

Objetivo: Evaluar la salud mental de los alumnos de primero de bachillerato de la Unidad Educativa Técnico Salesiano y disfuncionalidad familiar, Cuenca, Ecuador, 2016.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional y descriptivo a 414 estudiantes de primero de bachillerato para identificar la frecuencia de alteraciones del estado mental y disfuncionalidad familiar, utilizando como instrumentos el Test SRQ y el test de disfunción familiar (APGAR) que incluyeron variables sobre: edad, sexo, procedencia, estado civil de los padres de familia, funcionalidad familiar, depresión, ansiedad, psicosis, alcoholismo, y epilepsia, en las que se aplicó el uso de frecuencias y porcentajes. Los resultados obtenidos fueron analizados, procesados y representados en tablas y gráficos estadísticos mediante el uso del programa SPSS versión 15.

Resultados: los síntomas psicóticos fueron la alteración del estado mental que se presentó en mayor porcentaje con 94%. Con relación al sexo, en mujeres, se presentaron con mayor frecuencia: síntomas psicóticos con 97,4%, ansiedad con 29,87% y depresión con 25.97%. En hombres se identificaron síntomas psicóticos con 93,18%, problemas relacionados con el alcohol con 21,66%, y ansiedad con 16,02%. La edad de mayor frecuencia para estos trastornos fue de 15 años. En cuanto a disfunción familiar, en estudiantes identificados con ansiedad y depresión, el mayor porcentaje corresponde a familias con moderada disfunción, en aquellos con síntomas psicóticos, epilepsia o problemas con el consumo de alcohol, predominó la familia funcional.

Palabras clave: TRASTORNOS MENTALES, DISFUNCION FAMILIAR, ADOLESCENCIA, ESTADISTICAS, FRECUENCIA, ESTUDIANTES, REGION URBANA, CUENCA-ECUADOR.



ABSTRACT

Background: Mental disorders represent a public health problem for a major cause of illness, disability and death. To this reality is added an increasing percentage of family dysfunction that is affected by the economic crisis and the growing unemployment. These alterations are manifested mainly in the emotional and psychic spheres, which are especially accentuated when those affected are in the stage of puberty or adolescence which, as is the general knowledge, is a phase of changes in all elements in the individual.

Objective: Evaluate the mental health of the students at the freshman year of the Technical Salesian High School and family dysfunction, Cuenca, Ecuador, 2016

Materials and methods: A descriptive observational study was carried out on 414 students from the freshman year of the Technical Salesian High School to determine the frequency of mental disorders and family dysfunction based on the survey technique applying the SRQ test and family dysfunction questionnaire in which were included variables such as: age, gender, origin, marital status of the parents, family functionality, depression, anxiety, psychosis, alcoholism, and epilepsy, in which, frequencies and percentages were applied. The results were analyzed, processed and represented in tables and statistical graphs using the SPSS program version 15.

Results: The most frequent altered mental state where the psychotic symptoms which was presented in greater percentage with 94%. In regard to sex, women presented more frequently: psychotic symptoms with 97.4%, anxiety with 29.87% and depression with 25.97%. In men, psychotic symptoms were identified with 93.18%, alcohol-related problems with 21.66%, and anxiety with 16.02%. The most frequent age for these disorders was 15 years. In students identified with anxiety and depression, the highest percentage corresponds to families with moderate dysfunction, in students identified with psychotic symptoms, epilepsy or problems with alcohol consumption, the functional family predominated.

Keywords: MENTAL DISORDERS; FAMILY DYSFUNCTION; ADOLESCENCE; STATISTICS; FREQUENCY; STUDENTS; URBAN REGION; CUENCA-ECUADOR.

**ÍNDICE DE CONTENIDOS**

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
DEDICATORIA	9
AGRADECIMIENTOS	11
CAPÍTULO I	12
1.1 INTRODUCCIÓN	12
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.3 JUSTIFICACIÓN	20
CAPÍTULO II	22
2. FUNDAMENTO TEÓRICO.....	22
2.1 Generalidades	23
2.2 Depresión	23
2.3 Ansiedad	24
2.4 Alcoholismo	25
2.5 Psicosis	26
2.6 Epilepsia	27
2.7 Estudios sobre trastornos mentales y adolescencia	28
2.8 El SRQ (Self Reporting Questionnaire)	30
2.9 Familia	31
2.10 Familia Funcional.....	31
2.11 Disfunción Familiar	33
2.12 Estudios sobre disfuncionalidad familiar y adolescencia	35
2.13 APGAR familiar	36
CAPÍTULO III	38
3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	38
3.1 General.....	38
3.2 Específicos	38
CAPÍTULO IV	39
4.1 DISEÑO METODOLÓGICO	39
4.1.1 TIPO DE ESTUDIO	39
4.1.2 ÁREA DE ESTUDIO	39
4.1.3 UNIVERSO DE ESTUDIO	39
4.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	40
4.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	40
4.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	40
4.3 VARIABLES	40
4.4 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTACIÓN	41
4.4.1 Método:	41
4.4.2 Técnica:	42



4.4.3 Instrumentos:	42
4.5 TABULACIÓN Y ANÁLISIS:	43
4.6 ASPECTOS ÉTICOS:	43
CAPÍTULO V	44
5. RESULTADOS	44
5.1 CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO	44
5.2 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO	44
5.3 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	44
CAPÍTULO VI	51
6.1 DISCUSIÓN	51
CAPÍTULO VII	55
7.1 CONCLUSIONES	55
7.2 RECOMENDACIONES	57
CAPÍTULO VIII	58
8.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	58
CAPÍTULO IX	64
9. ANEXOS:	64
9.1 MANIFESTACIONES CLÍNICAS TRASTORNOS MENTALES:	64
9.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:	65
9.3 TEST SRQ	66
9.4 APGAR FAMILIAR	68
9.5 CONSENTIMIENTO INFORMADO	71
9.6 AUTORIZACIÓN	69
9.7 TABLAS	70



Universidad de Cuenca
Cláusula de Derechos de Autor

PEDRO JOSÉ ALEMÁN IÑIGUEZ, autor de la tesis "SALUD MENTAL DE LOS ALUMNOS DE PRIMERO DE BACHILLERATO DE LA UNIDAD EDUCATIVA TÉCNICO SALESIANO Y DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR, CUENCA, ECUADOR, 2016", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 02 de Marzo del 2017



Pedro José Alemán Iñiguez
C.I. 0105500342



Universidad de Cuenca
Cláusula de Derechos de Autor

DOMÉNICA ALEJANDRA FIGUEROA MARTÍNEZ, autora de la tesis "SALUD MENTAL DE LOS ALUMNOS DE PRIMERO DE BACHILLERATO DE LA UNIDAD EDUCATIVA TÉCNICO SALESIANO Y DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR, CUENCA, ECUADOR, 2016", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 02 de Marzo del 2017

DOMFIGUEROAM

Doménica Alejandra Figueroa Martínez
C.I. 0104397518



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

PEDRO JOSÉ ALEMÁN IÑIGUEZ, autor del Trabajo de Titulación "SALUD MENTAL DE LOS ALUMNOS DE PRIMERO DE BACHILLERATO DE LA UNIDAD EDUCATIVA TÉCNICO SALESIANO Y DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR, CUENCA-ECUADOR, 2016.", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 02 de marzo del 2017

Pedro José Alemán Iñiguez

C.I: 0105500342



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

DOMÉNICA ALEJANDRA FIGUEROA MARTÍNEZ, autora del Trabajo de Titulación "SALUD MENTAL DE LOS ALUMNOS DE PRIMERO DE BACHILLERATO DE LA UNIDAD EDUCATIVA TÉCNICO SALESIANO Y DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR, CUENCA-ECUADOR, 2016.", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 02 de Marzo del 2017

DOMÉFIGUEROA M

Doménica Alejandra Figueroa Martinez

C.I: 0104397518



DEDICATORIA

La presente tesis dedico a mis padres, Miguel y Clara, que son la fuerza y la motivación de mi vida, además son mi gran ejemplo y modelos a seguir, que, con mucho amor y dedicación jamás dejaron de creer y de apoyar cualquier meta que me propusiera, y que junto con mis hermanos me han ido encaminando con valores, el sentido de ser un profesional en busca de un sueño.

Pedro José

DEDICATORIA



A Dios, que junto a su gracia, soy quien soy, y estoy donde quiero estar.

A mis padres, Pablo y Silvia, que con su apoyo incondicional, día a día, me han demostrado que el éxito se encuentra en la bondad de los actos, en la fuerza de los sentimientos, y en el poder de la solidaridad.

A mis hermanos, Daniela y Mateo, que como mis compañeros de vida, han sido mi pilar y un complemento, junto a los cuales, he tenido la bendición de crecer.

Doménica



AGRADECIMIENTOS

A nuestros maestros, Dr. Ismael Morocho y Dra. Lorena Mosquera, por su apoyo, dirección y asesoría en el camino de la elaboración de nuestra Tesis, por el tiempo que nos regalaron de manera incondicional y los conocimientos que nos brindaron, con mucho cariño y aprecio, de manera especial los destacamos.

A la Unidad Educativa Técnico Salesiano, una excelente institución que está abierta a la participación de la juventud de su ciudad, que con sus docentes y directivos encaminan a ser uno de los mejores centros educativos del país. Por su ayuda al brindarnos espacio y colaboración en todo momento, queremos agradecer y devolver con resultados precisos para el mejor bienestar de todos sus estudiantes.

Los autores



CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

“El cuerpo humano es el carruaje; el yo, el hombre que lo conduce; el pensamiento son las riendas, y los sentimientos los caballos”. Platón (427 AC-347 AC) Filósofo griego.

La adolescencia es un período de preparación para la edad adulta durante el cual se producen varias experiencias de desarrollo de suma importancia. Más allá de la maduración física y sexual, esas experiencias incluyen la transición hacia la independencia social y económica, el desarrollo de la identidad, la adquisición de las aptitudes necesarias para establecer relaciones y asumir funciones de adultos junto con la capacidad de razonamiento abstracto.

Los adolescentes dependen de su familia, comunidad, escuela, servicios de salud y su lugar de trabajo para adquirir toda una serie de competencias importantes que pueden ayudar a enfrentar las presiones que experimentan y hacer una transición satisfactoria de la infancia hacia la edad adulta.

El estado de salud mental está asociado a factores individuales y experiencias personales inherentes a la convivencia cotidiana, los mismos que pueden ser desencadenantes de algún tipo de alteración en la salud. En cuanto a salud mental, los factores que determinan o no la presencia de enfermedad son dinámicos, es decir se encuentran en constante cambio y son sujetos a investigación pues, a diferencia del enfoque biologicista, la salud y enfermedad mental, va mucho más allá de la causa-efecto, pues su origen es multifactorial y no se determina únicamente por conceptos tradicionales de la salud. Bajo esta premisa la salud mental es más que la ausencia de enfermedad mental.

Existen ciertas condiciones que favorecen la presentación de patología, tales como la pobreza, bajos niveles de educación, el entorno ambiental, inseguridad, violencia, abuso de sustancias, conflictos en la interacción social, el maltrato o



disfunción familiar, rasgos culturales y los grandes cambios sociales que podrían expresar vulnerabilidad en las personas condicionando problemas en la salud, dentro de ellos, alteraciones del estado mental.

Según la OMS, muchos problemas de salud mental tienden a aparecer al final de la infancia o al comienzo de la adolescencia. El padecimiento de trastornos de salud mental, que puede tener efectos importantes en la salud general y el desarrollo del adolescente, tiende a ir asociado a diversos problemas sanitarios y sociales, como un consumo más elevado de alcohol, tabaco y sustancias ilícitas, el embarazo adolescente, el abandono escolar y la asunción de conductas delictivas. En estudios recientes destacan que los problemas de salud mental –en particular, la depresión–, constituyen la principal causa de morbilidad en los jóvenes.

Los trastornos mentales son altamente prevalentes en América Latina y el Caribe y contribuyen sustancialmente a la morbilidad, la discapacidad temporal y permanente, y la mortalidad prematura. Por ejemplo, problemas como la depresión y el abuso de alcohol y otras sustancias psicoactivas, emergen con fuerza en el cuadro de salud general de los países. Por otro lado, la proporción de las personas con trastornos mentales que no reciben ningún tipo de atención de salud es superior a los dos tercios.

Las repercusiones económicas y sociales de los trastornos mentales son significativas: los gastos de los servicios sanitarios y sociales se elevan, el desempleo se incrementa y la productividad resulta afectada. A esto debe añadirse el sufrimiento de los enfermos y sus familiares, así como el deterioro de la calidad de vida.

A través de nuestra investigación evaluamos la salud mental de los alumnos del bachillerato de la Unidad Educativa Técnico Salesiano y disfuncionalidad familiar, Cuenca-Ecuador, 2016.

De forma general, este estudio nos ayuda a determinar diferentes parámetros para identificar trastornos psicopatológicos de los alumnos, tales como:



depresión, ansiedad, psicosis, alcoholismo y epilepsia; así como también aspectos inherentes a la convivencia y prácticas familiares que nos permitirán establecer vínculos entre la problemática que se presenta durante la etapa de la adolescencia y la disfuncionalidad familiar.

El estudio se aplicó a estudiantes de primero de bachillerato de la Unidad Educativa Técnico Salesiano con total acogida y entendimiento de los formularios. Previo a la aplicación se entregaron los consentimientos informados del estudio a los padres de familia, quienes expusieron en comentarios su interés y apoyo al estudio, por lo que casi el total de alumnos participó en el mismo. En el momento de la aplicación de los test, proporcionamos el tiempo necesario para leer y explicar a los encuestados cada pregunta para su mejor comprensión, indicando que debían contestar las preguntas con toda la verdad en relación a lo que viven y sienten diariamente en su vida y con su familia.



1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud mental es un pilar y componente crítico del desarrollo general en los adolescentes, tanto así que fomentar su salud social y emocional mediante la promoción de la salud mental y su respectivo tratamiento debe ser considerado una prioridad. El gran impacto de las experiencias vividas en la adolescencia respecto al estado de salud mental, no sólo repercute en esta etapa de cambios, sino que se ven proyectadas a futuro y pueden progresar muchos años después en la edad adulta.

Es de conocimiento general que problemas en el ámbito de la interacción familiar genera cambios emocionales y psíquicos entre sus miembros. En los procesos de la disfunción familiar influyen notoriamente las situaciones actuales de desempleo y de carencia de medios materiales que obliga a ambos padres e inclusive a sus hijos a trabajar fuera del hogar, situación que a su vez es un “círculo vicioso”, pues exacerba aún más los conflictos familiares subyacentes.

Hay que recordar que la adolescencia es una etapa de cambio constante en lo físico, emocional y lo psíquico. En una escala por edades, la psiquiatra infantil de la Universidad de Sevilla, Rafaela Caballero, asegura que entre un 20% y 35% de los niños y adolescentes expuestos al divorcio o algún tipo de separación física de sus padres, van a presentar problemas emocionales, y que un 10% de éstos continuará con secuelas en su vida adulta.

En los adolescentes que sufren de depresión suele encontrarse como parte de su historia vital, una relación poco satisfactoria desde el punto de vista emocional con los padres, hermanos y otros familiares. Otros factores de riesgo son el comienzo precoz del trastorno afectivo en los padres, el divorcio o la separación y la muerte de uno de ellos.

Los trastornos mentales y los problemas de salud mental parecen haber aumentado considerablemente entre adolescentes en los últimos 20-30 años. Las investigaciones epidemiológicas han demostrado sistemáticamente a nivel



mundial que los trastornos mentales y del comportamiento afectan entre 10% y 15% de los niños, las niñas y los adolescentes. En América Latina y el Caribe, según algunos estudios seleccionados, la prevalencia para cualquier trastorno variaba de 12,7% a 15%. ¹

Según el Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH) de los Estados Unidos, se calcula que uno de cada cinco niños y adolescentes podría tener un trastorno de salud mental. La misma fuente afirma que, según datos generados en investigaciones, hasta un 3% de los niños y hasta un 8% de los adolescentes en los EE.UU. sufren de depresión. ¹

- A nivel mundial un 20% de niños y adolescentes sufre de algún trastorno o enfermedad mental que los incapacita.
- El suicidio es la tercera causa de muerte entre los adolescentes.
- La depresión mayor (MDD) tiene a menudo su inicio en la adolescencia, y se asocia a problemas psicosociales severos y al incremento del riesgo de comportamientos relacionados con trastornos de la conducta y suicidio. ¹

La prevalencia de los desórdenes mentales de la salud entre los jóvenes de 11 a 15 años en Gran Bretaña se estima que han aumentado en el 11%, en especial los problemas de la conducta, siendo más comunes entre jóvenes del sexo masculino, mientras que la depresión y la ansiedad son los más comunes entre el sexo femenino. ¹

Estos resultados demuestran la necesidad de identificar dichos trastornos de manera oportuna y temprana con el objetivo de intervenir con eficacia, evitando así, la carga social que representan estas alteraciones a nivel mundial. De esta manera se debe considerar de gran importancia el desarrollo de nuevos estudios e investigaciones que demuestren la problemática que implican los trastornos mentales en la comunidad, específicamente en los adolescentes, pues este es un campo que no ha sido lo suficientemente estudiado en nuestro país.



Nuestro estudio tiene un enfoque dentro del curso de las adversidades más comunes durante la adolescencia, considerando de suma importancia el reconocimiento de alteraciones del estado mental que inciden en el proceso normal de crecimiento y desarrollo, como también los aspectos inherentes a la disfunción en la familia, que como hemos mencionado previamente, es una problemática que actúa como factor de riesgo favoreciendo la presentación de estas alteraciones. Son pocos los estudios que han tenido este enfoque, sin embargo a continuación citaremos algunos que indican la realidad que se presenta en nuestro medio.

Del estudio “Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia” realizado en México, 2007, de los autores Zapata, J. Figueroa, M, et all. Los resultados obtenidos de la aplicación del test de Zung para evaluar depresión y el APGAR familiar para detectar disfunción familiar a 747 estudiantes de 10 a 19 años de edad, fueron los siguientes: El 33% de los encuestados fueron diagnosticados con disfunción familiar, clasificándose como moderada en 203 (27.2%) y grave en 44 (5.9%). Treinta sujetos (4%) fueron diagnosticados con depresión y en 43.3% de los casos estuvo asociada a disfunción familiar. El riesgo relativo para depresión en presencia de la disfunción familiar no fue significativo (razón de momios =1.57, intervalo de confianza al 95% =0.75-3.3).²

A nivel nacional, el “Manual de Atención Primaria en Salud Mental” publicado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador en su sección de epidemiología informa de manera resumida los resultados obtenidos de fuentes de datos del Epi 2, correspondientes al año 2005 y la proyección desde 1994 hasta este último año con el fin de analizar las tendencias de cada enfermedad. Identificaron que las víctimas de violencia y maltrato constituyen la primera demanda de atención de salud mental en las unidades del Ministerio de Salud Pública. La depresión, que es la gran pandemia de este siglo ocupa el segundo lugar y sus tasas se acercan a 50 / 100.000 hbts., en un segundo grupo, el tercer lugar lo ocupa la epilepsia y el cuarto el alcoholismo, con tasas cercanas a los 25 / 100.000 habitantes. En un tercer grupo están el Intento de suicidio con 15,32 / 100.000 hbts. y el retardo mental con 9,97 / 100.000 hbts. Las restantes enfermedades:



demencias, psicosis, suicidio consumado y farmacodependencia tienen tasas menores, cercanas a 1/ 100.000 hbts.³

En su apartado de “depresión” mencionan que no todas las depresiones son tratadas. Los datos indican que hasta hace 2 décadas únicamente el 1.5 de las depresiones llegaban a un médico general y el 0.2% al psiquiatra. Que posiblemente este hecho se deba a que ni el paciente, ni la familia, ni el entorno, relacionan la depresión como un hecho patológico o una enfermedad, infravalorando su importancia en la salud general.³ Hecho que realza la necesidad de reconocer tempranamente esta patología así como también otras alteraciones mentales, pues suelen presentarse en edades tempranas y podrían ser tratadas de manera oportuna, mediante la identificación a nivel de instituciones educativas en conjunto con la realización de estudios de éste índole, como de seguimiento, aplicación de políticas que se responsabilicen y den respuesta a esta problemática, y la promoción de la salud mental en los establecimientos.

En cuanto a la epidemiología del consumo de alcohol en el Ecuador, se estableció que la extensión de la enfermedad alcohólica en el país desde el año 1984, en la Investigación Nacional de Prevalencia, el 7.68% de los ecuatorianos mayores de 15 años eran alcohólicos, predominando claramente el sexo masculino con 7,04% frente al femenino con 0.64%, si unimos a este dato el de bebedores excesivos sin dependencia alcohólica que era de 8,73%, la suma de ambos datos nos indica que el 16,41% de los ecuatorianos se encontraba en el rango de “Bebedores Problema”.³

Estudios del Consep en la década de los 90 confirman estos datos e incluso elevan a 20% el de los bebedores problema. En el año 2005 una encuesta en adolescentes del CONSEP revela que la edad de inicio del consumo es en promedio de 12 años 6 meses. Así mismo consumen en exceso a los 11 años, 1%, a los 16 años 2,4% y a los 20 años 3,5 % de los entrevistados.³

Bajo el mismo punto de vista, el diario “El Comercio” en Octubre del 2014 publicó lo siguiente: Las enfermedades mentales más comunes del Ecuador son las derivadas de las condiciones de estrés a las que están sometidas diariamente



las personas. Así, la depresión, la ansiedad y también los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas son las principales enfermedades mentales que existen en el país, según el doctor Carlos Jaramillo, presidente de la Asociación Ecuatoriana de Psiquiatría a la fecha.⁴

En la investigación “Niveles de depresión en los/las adolescentes, hijo/as de padres separados atendidos en el Instituto Médico Fundación Tierra Nueva en el período de octubre 2010 a Octubre 2011”, realizada en Ecuador por Ruiz, D. En un grupo de estudiantes entre 12 y 17 años, luego de ser seleccionados mediante una encuesta que determinaba desestructuración familiar y con la aplicación del test de Zung y el inventario de Beck, obtuvieron como resultado adolescentes con depresión leve y moderada.⁵ Ratificando que una alteración en la estructura familiar es un factor que podría predisponer a la presentación de depresión, y que este tipo de patología no debería ser considerada como un caso mínimo, especialmente si se trata de un hogar disfuncional.

A pesar de tener información acerca de la epidemiología de los trastornos mentales en nuestro país, y de conocer algunas realidades obtenidas de estudios sobre disfunción y desestructuración familiar junto con trastornos mentales en adolescentes, opinamos que es de gran importancia seguir realizando investigaciones dentro de este campo, pues estas alteraciones al tener un carácter dinámico, y al encontrarnos en una sociedad de constante cambio representan un grave problema sanitario en nuestra comunidad, el mismo que requiere de toda la atención necesaria, enfocando la importancia del reconocimiento a nivel institucional pues una vez identificadas las alteraciones o factores de riesgo, el control y manejo del mismo puede mejorar su presentación a futuro disminuyendo el número de casos que sufren de estos problemas.

Es por esto que nuestro estudio a más de evaluar la salud mental de los alumnos de primero de bachillerato de la Unidad Educativa Técnico Salesiano mediante el test SRQ, también busca identificar rasgos de disfuncionalidad familiar utilizando el test APGAR familiar, para completar los diferentes escenarios en los que deben desenvolverse los adolescentes en la actualidad.



1.3 JUSTIFICACIÓN

Los problemas de salud mental han aumentado en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud estima que para el 2020, la depresión, va a ser la segunda causa de carga de enfermedad, después de la enfermedad isquémica. La salud mental es un aspecto de la vida que se puede afectar tanto por agentes biológicos como por factores sociales, es decir, todo ser humano es susceptible de ver alterada su salud mental; no obstante, la adolescencia es una etapa que presenta mayor vulnerabilidad frente a los continuos y actuales cambios a los que se debe enfrentar. ⁶

Debido a la escasez de estudios a nivel urbano de nuestros jóvenes y de colegios particulares sobre salud mental y disfunción familiar, se decidió tomar como universo un grupo de alumnos pertenecientes a la Unidad Educativa Técnico Salesiano, escogida por recomendaciones de distintas opiniones al considerar que dicha institución a más de ser un establecimiento de alto rendimiento escolar como de demanda en la capacidad estudiantil, ha sido una de las muchas unidades educativas en donde se han reconocido problemas conductuales de diferente índole en sus estudiantes que ha repercutido en su desenvolvimiento tanto escolar como social.

La Unidad Educativa Técnico Salesiano ha sido partícipe de varios proyectos de investigación como “Características de la resiliencia encontradas en los adolescentes del colegio Técnico Salesiano de la ciudad de Cuenca, 2009”, “Impuesto al desarrollo productivo de emprendimiento en las familias de los estudiantes becados del colegio Técnico Salesiano de la ciudad de Cuenca”, entre otros, sin embargo, no existen estudios que investiguen problemas relacionados con la salud mental o disfunción familiar en sus estudiantes. Por lo cual consideramos importante un estudio en el que se evalúen algunos rasgos que puedan identificar alteraciones mentales en los adolescentes dentro del curso cotidiano de sus vidas para establecer medidas que a futuro mejoren estas condiciones y favorezcan un desarrollo normal.



Es de conocimiento general que la exigencia escolar, la presión social, los cambios durante la etapa de la adolescencia, entre otros factores de interacción de los individuos, contribuyen con la aparición de desórdenes que alteran la salud mental, de la misma manera, afectando la armonía del desempeño familiar.

Consideramos que la realización de nuestro estudio en esta unidad educativa resulta favorable, pues, a más de ser un establecimiento de gran prestigio como mencionamos anteriormente, consta de un gran número de estudiantes matriculados. La aplicación de los test a los estudiantes de primero de bachillerato se fundamenta en el hecho de que este año es el que cuenta con una mayor cantidad de estudiantes matriculados, tanto de sexo masculino como femenino, a su vez, existe variedad entre las edades encontradas en los encuestados, habiendo así aplicado los formularios a estudiantes entre los 14 y 17 años, edad que resulta muy favorable para la aplicación de los test pues se reconoce la comprensión y entendimiento de sus preguntas para el correcto llenado de los mismos sin mayor dificultad. En base a lo mencionado, recalcamos la importancia en la selección de este universo, pues de esta manera la evaluación y análisis de los resultados pueden ser estudiados y categorizados tanto por sexo como por edad.

Teniendo en cuenta las proyecciones que se esperan de los trastornos mentales, el conocimiento de los resultados nos ayudará a valorar la importancia de la salud mental de nuestros adolescentes, dentro de las instituciones educativas de la ciudad, sabiendo que obligatoriamente se debe contar con equipos de soporte psicológico dentro de su personal. Se tomará de referencia los resultados de nuestro estudio para que se respeten y planteen medidas de intervención que provean bienestar, y la oportunidad de un desarrollo sano de sus estudiantes. Con esto se logrará actuar a tiempo si es que se identifican trastornos psiquiátricos, así como también se podrá alertar a las autoridades y a sus padres acerca de cómo se puede optimizar la condición y revertir dichos problemas para que no progresen a estados críticos que resulten en conflictos futuros que empezaron en etapas tempranas de la vida.



Por lo tanto los beneficiados serán todos aquellos estudiantes que formen parte de esta investigación, a quienes se les identifique algún problema en su desarrollo mental y social, así como también, todos los adolescentes que a futuro formen parte de intervenciones cuyo objetivo sea el de mejorar esta problemática.

Nuestro tema de tesis abarca contenidos relacionados con la salud en adolescentes desde la perspectiva de la especialidad en psiquiatría, y en la atención primaria de la salud en su apartado de salud mental, siguiendo así con las líneas de investigación planteadas por la Facultad de Ciencias Médicas, Escuela Medicina.

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO



2.1 Generalidades

Se reconoce a la atención primaria de salud (APS), como la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad. ⁷

La salud mental en el marco de la atención primaria, incluye la identificación precoz y manejo adecuado de los trastornos mentales más frecuentes, del cual este estudio forma parte.

Razones por las que se debe integrar la salud mental en la APS:

1. La carga que representan los trastornos mentales es creciente.
2. La brecha de tratamiento (es decir la proporción de personas con enfermedades mentales que no reciben tratamiento) es enorme.
3. Los problemas de salud física y mental están profundamente interrelacionados.
4. La integración de la salud mental en la APS mejora la accesibilidad a los servicios de las personas con problemas de esta índole.
5. La atención de salud mental en la APS promueve el respeto de los derechos humanos y minimiza el estigma y la discriminación que sufren las personas con trastornos mentales.
6. La atención a los problemas de salud mental en la APS es viable, costo-efectiva y menos pesada que la que se brinda en los hospitales psiquiátricos;
7. La mayoría de las personas que tienen un trastorno mental obtienen mejores resultados cuando se atienden a nivel de la APS. ⁸

2.2 Depresión

En un episodio depresivo típico, la persona experimenta un descenso del ánimo con tristeza, pérdida de interés y capacidad de disfrutar, así como también,



disminución de la vitalidad y del nivel de actividad, por lo menos durante dos semanas. Muchas personas con depresión sufren también síntomas ansiosos y somáticos que no tienen una explicación física. ⁹

En la clasificación del DMS-V dentro de trastornos depresivos, encontramos al trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, que es frecuente entre los niños que acuden a las consultas de salud mental infantil. La prevalencia global del trastorno en los niños y los adolescentes, en un período de entre 6 meses y 1 año, probablemente sea del 2 y 5%. El rasgo central del trastorno es una irritabilidad crónica, grave y persistente. Esta irritabilidad grave tiene dos manifestaciones clínicas relevantes; la primera engloba los accesos de cólera frecuentes. Estos accesos ocurren típicamente en respuesta a la frustración y pueden ser verbales o conductuales (lo último en forma de agresividad contra objetos, uno mismo y otras personas). Deben ocurrir frecuentemente (p. ej., como promedio, tres o más veces a la semana) en al menos un año y en al menos dos ambientes, como en casa y en el colegio, y deben ser inapropiados para el grado de desarrollo. La segunda manifestación de irritabilidad grave consiste en un estado de ánimo persistentemente irritable o de enfado crónico entre los graves accesos de cólera. Este estado de ánimo irritable o enfadado debe ser característico del niño, debe estar presente la mayor parte del día, casi a diario, y debe ser apreciable por otras personas del entorno del niño. ¹⁰

2.3 Ansiedad

La ansiedad es una expresión afectiva normal, constituye una manifestación deseable de la persona como parte de un proceso de ajuste frente a una demanda de adaptación. Cuando rebasa ciertos límites y adquiere ciertas características, pasa a ser una manifestación anómala, perturbadora, desadaptativa y generadora de disturbios funcionales y psíquicos. ¹¹

Los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas. La ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura y está más a menudo asociada con tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y



comportamientos cautelosos o evitativos. Se diferencian del miedo o la ansiedad normal propios del desarrollo por ser excesivos o persistir más allá de los períodos de desarrollo apropiados. Se distinguen de la ansiedad o el miedo transitorio, a menudo inducido por el estrés, por ser persistentes (p. ej., suelen tener una duración de 6 meses o más). Muchos de los trastornos de ansiedad se desarrollan en la infancia y tienden a persistir si no se tratan. La mayoría aparece más frecuentemente en mujeres que en varones (aproximadamente en una proporción de 2:1). Las características principales del trastorno de ansiedad generalizada son una ansiedad persistente y excesiva y una preocupación sobre varios aspectos, como el trabajo y el rendimiento escolar, que la persona percibe difíciles de controlar. Además, el sujeto experimenta síntomas físicos, como inquietud o sensación de excitación o nerviosismo, fatiga fácil, dificultad para concentrarse o mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño.¹²

2.4 Alcoholismo

Es un padecimiento que genera una fuerte necesidad de ingerir alcohol, de forma que existe una dependencia física del mismo, manifestándose a través de varios síntomas de abstinencia cuando no es posible su ingesta. El alcohólico no tiene control sobre los límites de su consumo, que va en aumento a medida que se desarrolla tolerancia a esta droga. Se considera como una enfermedad incurable, progresiva y mortal por la Asociación de Médicos de los EE. UU. (American Medical Association).¹⁰

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo determina como “toda forma de embriaguez que excede el consumo alimenticio tradicional y corriente o que sobrepasa los linderos de costumbres sociales”.

Según el DMS-V, el trastorno por consumo de alcohol se define como una agrupación de síntomas comportamentales y físicos, entre los que están la abstinencia, la tolerancia y el deseo intenso de consumo. La abstinencia de



alcohol se caracteriza por síntomas que se desarrollan entre 4 y 12 horas después de la reducción del consumo, tras la ingesta de alcohol de forma prolongada e intensa. Algunos de estos síntomas (p. ej., las alteraciones del sueño) pueden perdurar durante meses a baja intensidad y conllevar una recaída. Una vez que se desarrolla un patrón repetitivo e intenso de consumo, las personas con trastorno por consumo de alcohol pueden emplear gran cantidad de tiempo en obtener y consumir bebidas alcohólicas. El deseo intenso de consumo de alcohol se evidencia por una gran urgencia o necesidad de beber que dificulta el pensamiento de cualquier otra cosa y que suele desembocar en el comienzo de la ingesta afectando los rendimientos académico y laboral. La persona podría consumir alcohol incluso en circunstancias peligrosas (p. ej., al conducir un coche, nadar y operar con maquinaria). Finalmente, las personas con trastorno por consumo de alcohol pueden continuar con el consumo a pesar de que saben que dicho comportamiento les ocasiona problemas físicos significativos (p. ej., amnesia, afección hepática), psicológicos (p. ej., depresión), sociales o interpersonales (p. ej., discusiones violentas con la pareja, abuso infantil). Algunos síntomas, como los problemas de conducta, la depresión, la ansiedad y el insomnio, suelen acompañar el consumo abusivo, y en ocasiones pueden precederlo.¹¹

En Estados Unidos, la prevalencia a los 12 meses para el trastorno por consumo de alcohol se estima en un 4,6 % en los adolescentes de entre 12 y 17 años. La prevalencia a los 12 meses del trastorno por consumo de alcohol en los adultos disminuye en la madurez, y alcanza la tasa más elevada entre los 18 y los 29 años (16,2 %), y la mínima en las personas con más de 65 años (1,5 %). De los 12 a los 17 años, las tasas son superiores en los hispanos (6,0 %) y en los americanos nativos y de Alaska (5,7 %), en comparación con los blancos (5,0 %), los afroamericanos (1,8 %) y los americanos asiáticos y de las islas del Pacífico (1,6 %).¹⁴

2.5 Psicosis

Ocurre cuando una persona pierde contacto con la realidad. La persona puede: tener falsas creencias acerca de lo que está sucediendo o de quién es (delirios). Ver o escuchar cosas que no existen (alucinaciones).¹⁵



Según la American Psychiatric Association, la característica esencial del trastorno psicótico breve es una alteración que implica el inicio brusco (periodo de 2 semanas) de al menos uno de los siguientes síntomas psicóticos positivos: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente) o comportamiento psicomotor muy anómalo, incluyendo la catatonía. Un episodio del trastorno dura al menos 1 día pero menos de 1 mes y el individuo al final retorna por completo al nivel de funcionamiento premórbido. Los sujetos con trastorno psicótico breve normalmente experimentan agitación emocional o una gran confusión. Pueden presentar cambios rápidos de un afecto intenso a otro. Parece haber un aumento del riesgo de comportamiento suicida, en especial durante el episodio agudo. El trastorno psicótico breve puede aparecer en la adolescencia o en la vida adulta temprana. El inicio puede tener lugar a lo largo de toda la vida, siendo la edad media de inicio la mitad de la treintena. Por definición, el diagnóstico de trastorno psicótico breve requiere la remisión completa de todos los síntomas y un retorno completo al nivel de funcionamiento premórbido antes de transcurrido 1 mes del inicio del trastorno.¹⁶

2.6 Epilepsia

La epilepsia es un trastorno cerebral que hace que las personas tengan convulsiones recurrentes. Las convulsiones ocurren cuando los grupos de células nerviosas (neuronas) del cerebro envían señales erróneas. Las personas pueden tener sensaciones y emociones extrañas o comportarse de una manera rara. Pueden tener espasmos musculares violentos o perder el conocimiento.¹⁷

Según la OMS, es una enfermedad cerebral crónica que afecta a personas de todo el mundo y se caracteriza por convulsiones recurrentes. Estas convulsiones son episodios breves de movimientos involuntarios que pueden afectar a una parte del cuerpo (convulsiones parciales) o a su totalidad (convulsiones generalizadas) y a veces se acompañan de pérdida de la consciencia y del control de los esfínteres. Los episodios de convulsiones se deben a descargas eléctricas excesivas de grupos de células cerebrales. Las descargas pueden producirse en diferentes partes del cerebro. Las convulsiones pueden ir desde episodios muy breves de ausencia o de contracciones musculares hasta



convulsiones prolongadas y graves. Su frecuencia también puede variar desde menos de una al año hasta varias al día. Una sola convulsión no significa epilepsia (hasta un 10% de la población mundial sufre una convulsión a lo largo de su vida). La epilepsia se define por dos o más convulsiones no provocadas. En todo el mundo, unos 50 millones de personas padecen epilepsia, lo que la convierte en uno de los trastornos neurológicos más comunes. Cerca del 80% de los pacientes viven en países de ingresos bajos y medianos. Las personas con epilepsia responden al tratamiento en aproximadamente un 70% de los casos. Alrededor de tres cuartas partes de las personas que viven en países de ingresos bajos y medianos no reciben el tratamiento que necesitan.¹⁸

Las manifestaciones clínicas detalladas para cada alteración del estado mental se encuentran en el Anexo 1.

2.7 Estudios sobre trastornos mentales y adolescencia

En el estudio realizado por Kohn R, Levav I, et al, sobre “Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública, 2005” se determinó que las psicosis no afectivas tuvieron una prevalencia media estimada de 1,0%; la depresión mayor de 4,9%; y el abuso o la dependencia del alcohol, de 5,7%. Más de la tercera parte de las personas afectadas por psicosis no afectivas, más de la mitad de las afectadas por trastornos de ansiedad, y cerca de tres cuartas partes de las que abusaban o dependían del alcohol no habían recibido tratamiento psiquiátrico alguno, sea en un servicio especializado o en uno de tipo general. Los datos se obtuvieron de estudios comunitarios publicados en América Latina y el Caribe entre 1980 y 2004 de adolescentes mayores de 15 años y adultos en adelante. En esas investigaciones epidemiológicas se usaron instrumentos diagnósticos estructurados y se estimaron tasas de prevalencia. Los autores como conclusión establecen que probablemente la brecha de personas sin atención médica y/o tratamiento para trastornos mentales se acentuará en América Latina y el Caribe, a no ser que se formulen nuevas políticas de salud mental o que se actualicen las existentes, procurando incluir en ellas la extensión de los programas y servicios.¹⁹



Podemos resaltar la importancia de este estudio pues sus proyecciones para la fecha en la actualidad demuestran concordancia con la realidad que se presenta en los países del tercer mundo, donde el acceso a la atención de la salud muchas veces se ve sesgado por situaciones culturales, económicas, sociales, políticas, entre otras.

En el estudio “Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia”, por Ospina F, Hineirosa M, et all. Mediante la utilización de las escalas CDI y SCARED, durante los años 2008 a 2010 realizado en 538 estudiantes, se detectaron síntomas ansiosos o depresivos en el 40,5% de la población estudiada; de los cuales el 28,3% presentó síntomas sugestivos de ansiedad exclusivamente, con síntomas depresivos exclusivamente en 3,3% y síntomas tanto de ansiedad como de depresión en 8,9%. Los síntomas ansiosos fueron más frecuentes en las mujeres y los síntomas depresivos y mixtos se presentaron con más frecuencia en hombres. Se encontró mayor prevalencia de síntomas depresivos 6,9 % en hombres contra 5,4 % en mujeres, dato que no fue estadísticamente significativo. Concluyendo que los síntomas ansiosos y depresivos son frecuentes en adolescentes, por lo que es indispensable sospecharlos y diagnosticarlos tempranamente, con el fin de poder brindar una atención oportuna.²⁰

La prevalencia de ansiedad y depresión en adolescentes es elevada, se ha relacionado factores familiares con la presentación de este tipo de trastornos. Del estudio realizado por Abambari, C. Zhunio, D, et all. “La Disfuncionalidad familiar como factor asociado a depresión y ansiedad en la población adolescente de Santa Isabel, Ecuador. 2013” realizado a 428 adolescentes de 15 y 19 años mediante el uso de la herramienta FF-SIL para disfuncionalidad familiar y la escala de Hamilton para los trastornos del ánimo, se identificó que la prevalencia de disfuncionalidad familiar fue del 15,7% y de disfuncionalidad severa 4%; de depresión 25,7% y de ansiedad un 15.7%; la disfuncionalidad familiar aumenta el riesgo de depresión con un Odds Ratio de 1,68 y de ansiedad con Odds ratio de 3,25, en ambos casos con un valor de P menor que 0,05. Identificando que la disfuncionalidad familiar fue un factor asociado a la depresión y ansiedad en estos jóvenes y se relaciona con ellas. En su conclusión establecen que la disfunción familiar es un factor de riesgo estadísticamente



significativo para presentar depresión y ansiedad en la población adolescente del cantón Santa Isabel, de la misma manera indican que los trastornos del estado de ánimo son una entidad frecuente en la población juvenil, siendo ésta una realidad en nuestra población.²¹

2.8 El SRQ (Self Reporting Questionnaire)

Es un test desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Es una medida de angustia psicológica general para ser usada en personas adultas y adolescentes mayores de 15 años. En caso de que la persona que completa el cuestionario no tenga al menos cinco años de escolaridad, las preguntas le deberán ser leídas. Este instrumento mide cinco áreas específicas: depresión, ansiedad, alcoholismo, psicosis y epilepsia. Consta de 30 preguntas de fácil indagación, pues presenta opciones de respuesta de SÍ y NO, además investiga situaciones específicas que haya vivido la persona en los últimos 30 días. El cuestionario brinda la posibilidad de determinar la situación de salud del usuario y valorar la presencia de una condición que pueda estar afectando la salud mental.²²

Según los resultados del estudio “La consistencia interna del cuestionario de auto-reporte SRQ-20 en grupos ocupacionales” de los autores Bernardes, Martins y Araújo, las dimensiones del SRQ-20 mostraron valores adecuados, considerando los parámetros de referencia. La consistencia interna de los ítems del instrumento, evaluada por el Cronbach Alfa fue alto ($> 0,80$) concluyendo que el SRQ-20 mostró buena consistencia interna en las categorías profesionales evaluadas.

Con el objetivo de evaluar el desempeño del SRQ-20 sobre la base de indicadores de validez (sensibilidad, especificidad, la tasa de errores de clasificación, y los valores predictivos), el estudio realizado en Brasil (2011) “Evaluación de un instrumento para la medición de morbilidad psíquica: estudio de validación del Self-Reporting Questionnaire” identificó que dicho test detecta patología o presencia de manifestaciones sugerentes de alteración del estado



mental con un 70-80% de efectividad, utilizando la versión revisada del Clinical Interview Schedule (CIS-R) como gold standard. Según el sexo, se estableció una sensibilidad de 80% en varones, y 64,5% en mujeres. La especificidad alcanza el 83,4% en el sexo masculino y 64,5% en el sexo femenino. Según el nivel de educación se determinó que en las personas que tienen menos de 5 años de escolaridad, la sensibilidad y especificidad alcanza 58% y 66% respectivamente, mientras que en aquellos que tienen más de 5 años de escolaridad la sensibilidad es de 76,8% y la especificidad es de 74%. Dichos resultados indicaron que el SRQ-20 tiene característica regular discriminante. ²³

2.9 Familia

Es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado. ²⁴

2.10 Familia Funcional

2.10.1 Definición

La principal característica de una familia funcional es que promueve un desarrollo favorable para todos sus miembros, estableciendo jerarquías, límites y roles claros y bien definidos, conjuntamente con una comunicación abierta y explícita y la capacidad de adaptación al cambio. ²⁵

2.10.2 Funciones de la familia



- **Socialización:** promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la réplica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia.
- **Afecto:** interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.
- **Cuidado:** protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades (materiales, sociales, financieras y de salud) del grupo familiar.
- **Estatus:** participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.
- **Reproducción:** provisión de nuevos miembros a la sociedad.
- **Desarrollo y ejercicio de la sexualidad.** ²⁶

2.10.3 Clases de familia

Clasificación de las familias con base en el parentesco.

El parentesco es un vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a ésta. La trascendencia de esta clasificación se identifica fundamentalmente, en la necesidad del médico familiar de identificar características de los integrantes de las familias, que influyan en el proceso salud-enfermedad y cuya importancia se relacione con las consecuencias propias del parentesco.²⁷



Con parentesco

- **Nuclear:** Hombre y mujer sin hijos
- **Nuclear simple:** Padre y madre con 1 a 3 hijos
- **Nuclear numerosa:** Padre y madre con 4 hijos o más
- **Reconstruida (binuclear):** Padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior
- **Monoparental:** Padre o madre con hijos
- **Monoparental extendida:** Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco
Monoparental extendida compuesta: Padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco
- **Extensa:** Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco
- **Extensa compuesta:** Padre y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco
- **No parental:** Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (por ejemplo: tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etcétera).²⁷

Sin parentesco

- **Monoparental extendida sin parentesco:** Padre o madre con hijos, más otras personas sin parentesco.
- **Grupos similares a familias:** Personas sin vínculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares. Por ejemplo: grupos de amigos, estudiantes, religiosos, personas que viven en hospicios o asilos, etcétera. ²⁷

2.11 Disfunción Familiar

2.11.1 Concepto



Es una familia en la que los conflictos, la mala conducta, y muchas veces el abuso por parte de los miembros individuales se produce continuamente y regularmente, lo que lleva a otros miembros a acomodarse a tales acciones.²⁸

2.11.2 Características de disfunción familiar

- Existe una incapacidad para reconocer y satisfacer las necesidades emocionales básicas de cada uno de sus miembros.
- Los miembros son personas psicológicamente rígidas, exigentes, críticas y desalentadoras.
- Adoptan gestos, aficiones e intereses que tratan de imponer a toda costa a los demás miembros, mientras asignan cerradamente sus criterios a los demás destruyendo la comunicación y la expresión natural y personal de cada uno y con ello, anulan su desarrollo como persona.
- No saben cómo discutir abierta y naturalmente los problemas que aquejan al grupo familiar y se recurre entonces, al mecanismo de negar u ocultar los problemas graves.²⁹

2.11.3 Causas de familia disfuncional

- La inmadurez de los padres
- Su dependencia emocional
- Adicciones a sustancias como el alcohol y las drogas
- Abusos sexuales
- Malos tratos
- Enfermedades mentales no tratadas
- Actividades delictivas habituales de los progenitores
- Educación excesivamente severa o demasiado laxa.³⁰

2.11.4 Consecuencias de Familia disfuncional

- El divorcio o la separación de la pareja.



- Baja autoestima de uno o ambos miembros de esta.
- Fracazos escolares, falta de asistencia escolar y retrasos.
- Prostitución, alcoholismo o adicción de alguno de sus integrantes.
- Problemas de integración social, reflejados principalmente en el ámbito escolar de los niños, bajas calificaciones y dificultades para hacer amigos.
- Problemas respecto a su bienestar psicológico, como suelen ser:
 - Tristeza, que provoca niños y adolescentes melancólicos y con poco interés a realizar actividades.
 - Depresión, lo cual se refleja principalmente en el aislamiento del sujeto y en caso de no ser tratada a tiempo podría desembocar en el suicidio del menor.
 - Poca atención brindada podría desembocar que busquen refugio en las pandillas y lleguen a la comisión de un delito.
 - El vivir con parientes cercanos que en muchas ocasiones no brindan lo necesario para su sano desarrollo. ³¹

2.12 Estudios sobre disfuncionalidad familiar y adolescencia

“Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia” cuyos resultados informaron disfuncionalidad familiar en el 41% y síntomas depresivos con importancia clínica, en el 41% de los estudiantes. Se observó falta de asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica (OR=1,4; IC 95%: 0,92-2,1), después de controlar por otras variables. ³²

“Niveles de depresión en los/las adolescentes, hijo/as de padres separados atendidos en el Instituto Médico “Fundación Tierra Nueva” en el período de octubre 2010 a Octubre 2011” sus resultados definitivos fueron: el 58% es el pico más alto de depresión y corresponde a depresión leve en los hombres. En las mujeres la depresión es moderada en su mayoría con un 50%. Además, la depresión grave es mínima con un 13%. En la edad de 14 años hay mayor



concentración con el 38% correspondiente a depresión leve y un 17% moderada.

33

“Depresión en adolescentes: el papel de los sucesos vitales estresantes” determinaron lo siguiente: Los resultados indican que 15.6% de los adolescentes presentaron síntomas de depresión (CES–D–R) y que 80.4% había sufrido algún suceso vital estresante familiar. Se encontró una relación significativa entre síntomas de depresión y el grado de estrés de los sucesos vitales del área social ($r = 0.34$; $p < 0.001$). Además se encontró que el grado de estrés de las dimensiones de los sucesos vitales predice en 21% la presencia de síntomas de depresión en los adolescentes.³⁴

La depresión en la adolescencia es más frecuente en pacientes provenientes de familias disfuncionales que en aquellos con límites familiares claros. En el estudio realizado sobre “Disfuncionalidad familiar y su relación con la depresión en los adolescentes del ciclo diversificado en la Unidad Educativa Herlinda Toral, Cuenca 2014” determinaron que de 200 adolescentes encuestados existió relación entre disfuncionalidad familiar y depresión en un 48,5%. De los adolescentes, el 50% presentó disfuncionalidad familiar y el 43,5% depresión, entre las edades de 14-16 años, siendo el sexo femenino el que presentó mayor frecuencia para disfuncionalidad familiar y depresión con un 65% y 60% respectivamente. Para la realización de esta investigación descriptiva se aplicó la escala de Hamilton y el test de disfunción familiar (APGAR familiar).³⁵

2.13 APGAR familiar

El APGAR familiar es un instrumento útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de la unidad familiar en un momento determinado, incluyendo a los niños ya que es aplicable a la población infantil.³⁶

Fue diseñado por el doctor Gabriel Smilkstein, 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.



El APGAR familiar es un cuestionario de cinco preguntas que evalúa funciones básicas de la familia consideradas las más importantes por el autor: Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto, y Recursos.

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

La validación inicial del APGAR familiar mostró un índice de correlación de 0.80 entre este test y el instrumento previamente utilizado (Pless-Satterwhite Family Function Index). Posteriormente, se evaluó en múltiples investigaciones, mostrando índices de correlación que oscilaban entre 0.71 y 0.83, para diversas realidades.³⁷



CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 General:

Evaluar la Salud Mental de los alumnos del bachillerato de la Unidad Educativa Técnico Salesiano y disfuncionalidad familiar, Cuenca, Ecuador, 2016.

3.2 Específicos:

1. Caracterizar al grupo de estudio según: edad, sexo, procedencia y estado civil de los padres.
2. Identificar trastornos psicopatológicos como depresión, ansiedad, alcoholismo, psicosis y epilepsia.
3. Establecer la frecuencia de casos de disfuncionalidad familiar.



CAPÍTULO IV

4.1 DISEÑO METODOLÓGICO

4.1.1 TIPO DE ESTUDIO:

La presente investigación utilizó un estudio observacional y descriptivo.

4.1.2 ÁREA DE ESTUDIO:

El estudio se realizó en la Unidad Educativa Técnico Salesiano, ubicada en la Avenida Don Bosco 2-47 y Felipe II, Cuenca, Azuay, Ecuador.

4.1.3 UNIVERSO DEL ESTUDIO:

El universo incluyó a estudiantes que cursaban el primero de bachillerato de la Unidad Educativa Técnico Salesiano que correspondía a un número de 414 alumnos durante el período 2016. Esta selección se fundamenta en el hecho de que el primero de bachillerato, período lectivo 2015-2016, fue el año que contó con una mayor cantidad de estudiantes matriculados, tanto de sexo masculino como femenino, a su vez, existió variedad entre las edades encontradas en los encuestados, habiendo así aplicado los formularios a estudiantes entre los 14 y 17 años, edad que resulta muy favorable para la aplicación de los test pues se reconoce la comprensión y entendimiento de sus preguntas para el correcto llenado de los mismos sin mayor dificultad. En base a lo mencionado, recalamos la importancia en la selección de este universo, pues de esta manera la evaluación y análisis de los resultados pueden ser estudiados y categorizados tanto por sexo como por edad. A su vez, esta selección se justifica debido a que el reconocimiento de alteraciones mentales o factores asociados a disfunción familiar en edades tempranas permite su diagnóstico oportuno y la toma de medidas necesarias que deban ser aplicadas a futuro según requiera el caso.



4.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

4.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Se incluyeron estudiantes que cursaban el primero de bachillerato matriculados en la Unidad Educativa Técnico Salesiano durante el período 2016.
- Estudiantes con más de cinco años de escolaridad para la correcta aplicación de los test.
- Estudiantes entre los 10 y 19 años de edad (adolescentes) que cursaban el primero de bachillerato.
- Estudiantes hombres y mujeres, de zona urbana y rural.
- Estudiantes que desearon colaborar y que sus padres y/o representantes hayan firmado el consentimiento informado.

4.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Se excluyeron los estudiantes que se encontraron ausentes durante la realización del test.
- Estudiantes cuyos representantes no firmaron el consentimiento informado.
- Estudiantes que después de haber presentado el consentimiento informado aprobado por sus padres o representantes, desistieron en colaborar y continuar en el estudio.

4.3 VARIABLES (ANEXO 2)

- Edad
- Sexo
- Procedencia
- Ansiedad
- Depresión



Alcoholismo

- Psicosis
- Epilepsia
- Estado civil padres
- Funcionalidad familiar

4.4 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTACIÓN

4.4.1 Método:

Observación, aplicación de los Test SRQ (self reporting questionnaire) y APGAR familiar. Para la aplicación de ambos cuestionarios nos preparamos previamente fortaleciendo nuestro conocimiento sobre su concepto, interpretación, población a la que se aplica, entre otros datos relevantes. Se contó con la autorización del rector de la unidad educativa para poder llevar a cabo la investigación, de la misma manera, obtuvimos los permisos necesarios por parte de cada profesor para la aplicación de los test a los estudiantes durante las horas de clase, y en un periodo de una semana culminamos con la recolección de los datos. El estudio se aplicó a estudiantes de primero de bachillerato de la Unidad Educativa Técnico Salesiano con total acogida y entendimiento de los formularios. Previo a la aplicación se entregaron los consentimientos informados del estudio a los padres de familia, quienes expusieron en comentarios su interés y apoyo al estudio, por lo que casi el total de alumnos participó en el mismo. En el momento de la aplicación de los test, proporcionamos el tiempo necesario para leer y explicar a los encuestados cada pregunta para su mejor comprensión, indicando que debían contestar las preguntas con toda la verdad en relación a lo que viven y sienten diariamente en su vida y con su familia. Para ambos cuestionarios se proporcionó un lapso de 15-20 minutos. Durante la realización de la encuesta se presentaron algunas dudas entre los estudiantes, las mismas que aclaramos a medida que surgían.



4.4.2 Técnica:

Encuestas a través de los test validados SRQ (self reporting questionnaire) y APGAR familiar.

4.4.3 Instrumentos:

Test SRQ (ANEXO 3), que consta de datos sociodemográficos (edad, sexo, procedencia) preguntas cerradas dicotómicas sobre ansiedad, depresión, consumo de alcohol, síntomas psicóticos y epilepsia, los mismos que fueron enfocados de acuerdo a los objetivos antes planteados.

Puntuación e interpretación: Cada respuesta positiva equivaldrá a un (1) punto, así, si el usuario tiene mayor a 7 puntos, de las preguntas 2, 3, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, se considera que el usuario puede estar presentando depresión. La ansiedad se valora con las preguntas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 19, 20; mayor a 5 respuestas afirmativas indican ansiedad. Las preguntas 21 a 24 evalúan síntomas psicóticos, con una o más respuestas afirmativas indican síntomas serios o necesidad de ayuda. La pregunta 25 evalúa epilepsia. Y una sola respuesta positiva en las preguntas 26 a 30 significa problemas relacionados con el consumo de alcohol. ²²

APGAR Familiar (ANEXO 4), es un cuestionario de cinco preguntas, que busca evidenciar el estado funcional de la familia, funcionando como una escala en la cual el entrevistado coloca su opinión al respecto del funcionamiento de la familia para algunos temas clave considerados marcadores de las principales funciones de la familia.

Se anota una de las tres posibilidades, puntuándose de la siguiente manera: Casi siempre: (2 puntos); Algunas veces. (1 punto); Casi nunca: (0 puntos). Las puntuaciones de cada una de las cinco preguntas se suman posteriormente. Una



puntuación de 7 a 10 sugiere una familia muy funcional, una puntuación de 4 a 6 sugiere una familia moderadamente disfuncional y una puntuación de 0 a 3 sugiere una familia con grave disfunción.³⁷

4.5 TABULACIÓN Y ANÁLISIS:

Las variables en estudio fueron: edad, sexo, año que cursa, ansiedad, depresión, alcoholismo, psicosis, epilepsia, estado civil de los padres, funcionalidad familiar. Las variables cualitativas se analizaron de acuerdo a su frecuencia y porcentaje, en tanto que las variables cuantitativas se analizaron de acuerdo a su promedio y desvío estándar. Los resultados obtenidos fueron representados en tablas y gráficos estadísticos realizados a través de la utilización del programa estadístico SPSS versión 15 con el que se analizaron y procesaron los datos.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS:

Para la elaboración de nuestro estudio se requirió indicar a los estudiantes que la información obtenida será de absoluta confidencialidad, utilizada solo para la realización del presente trabajo y facultada a quien resultara conveniente. Se entregó un consentimiento informado a aquellos estudiantes que formaban parte de este estudio, a su vez, se contó con la autorización de sus padres o representantes. (ANEXO 5)

Contamos con la autorización previa y permiso de las autoridades de la Unidad Educativa Técnico Salesiano, así como también del comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. (ANEXO 6)

**CAPÍTULO V****5. RESULTADOS****5.1 CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO**

La investigación se realizó en 414 estudiantes de la Unidad Educativa Técnico Salesiano. Los cuestionarios fueron resueltos de manera individual y dentro de los horarios de clase establecidos.

5.2 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

De los 429 alumnos matriculados en la Unidad Educativa, debido a la ausencia durante la realización del test, no participaron 14 estudiantes, de la misma manera no contamos con la participación de 1 estudiante por falta de la firma del consentimiento informado.

5.3 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**TABLA N° 1**

Distribución de 414 estudiantes del Colegio Técnico Salesiano, según características sociodemográficas y edad. Cuenca, 2016.

				EDAD				TOTAL
				14	15	16	17	
SEXO	MASCULINO	n	0	200	130	7	337	
		%	0	48,3	31,4	1,7	81,4	
	FEMENINO	n	1	50	26	0	77	
		%	0,2	12,1	6,3	0	18,6	
	TOTAL	n	1	250	156	7	414	
		%	0,2	60,4	37,7	1,7	100	
PROCEDENCIA	URBANA	n	1	198	131	4	334	
		%	0,2	47,8	31,6	1	80,7	
	RURAL	n	0	52	25	3	80	
		%	0	12,6	6	0,7	19,3	
EST	SOLTEROS	n	0	20	12	0	32	



	%	0	4,8	2,9	0	7,7
CASADOS	n	1	192	105	6	304
	%	0,2	46,4	25,4	1,4	73,4
UNIÓN LIBRE	n	0	7	3	0	10
	%	0	1,7	0,7	0	2,4
DIVORCIADOS	n	0	27	30	1	58
	%	0	6,5	7,2	0,2	14
VIUDOS	n	0	4	6	0	10
	%	0	1	1,4	0	2,4

Fuente: formulario de recolección de datos
Autores: Pedro Alemán, Doménica Figueroa.

INTERPRETACIÓN:

La encuesta se realizó a un total de 414 estudiantes de los cuales 377 alumnos son de sexo masculino que representan 81,4% del universo y 77 son mujeres que equivale al 18,6%. La procedencia urbana de los estudiantes predomina con un 80,7% frente a la rural con 19,3%, sabiendo que la unidad educativa es urbana. Establecemos que el estado civil más representativo de los padres de los encuestados es el de casados (73.4%) frente al 2.4% tanto de padres viudos como en unión libre. La edad más frecuente del universo es 15 años siendo el 60% del alumnado que cursa primero de bachillerato. La media para la edad corresponde a 15.41, con un desvío estándar de 0.53.



TABLA N° 2

Distribución de 414 estudiantes del Colegio Técnico Salesiano, según variables de trastornos psicopatológicos y edad. Cuenca, 2016.

		EDAD					TOTAL
		14	15	16	17		
DEPRESIÓN	SÍ	n	0	37	31	2	70
		%	0	8,9	7,5	0,5	16,9
	NO	n	1	213	125	5	344
		%	0,2	51,4	30,2	1,2	83,1

ANSIEDAD	SÍ	n	0	51	25	1	77
		%	0	12,3	6	0,2	18,6
	NO	n	1	199	131	6	337
		%	0,2	48,1	31,6	1,4	81,4

SÍNTOMAS PSICÓTICOS	SÍ	n	1	239	143	6	389
		%	0,2	57,7	34,5	1,4	94
	NO	n	0	11	13	1	25
		%	0	2,7	3,1	0,2	6

EPILEPSIA	SÍ	n	0	17	8	1	26
		%	0	4,1	1,9	0,2	6,3
	NO	n	1	233	148	6	388
		%	0,2	56,3	35,7	1,4	93,7

ALCOHOL	SÍ	n	0	45	36	2	83
		%	0	10,9	8,7	0,5	20
	NO	n	1	205	120	5	331
		%	0,2	49,5	29	1,2	80

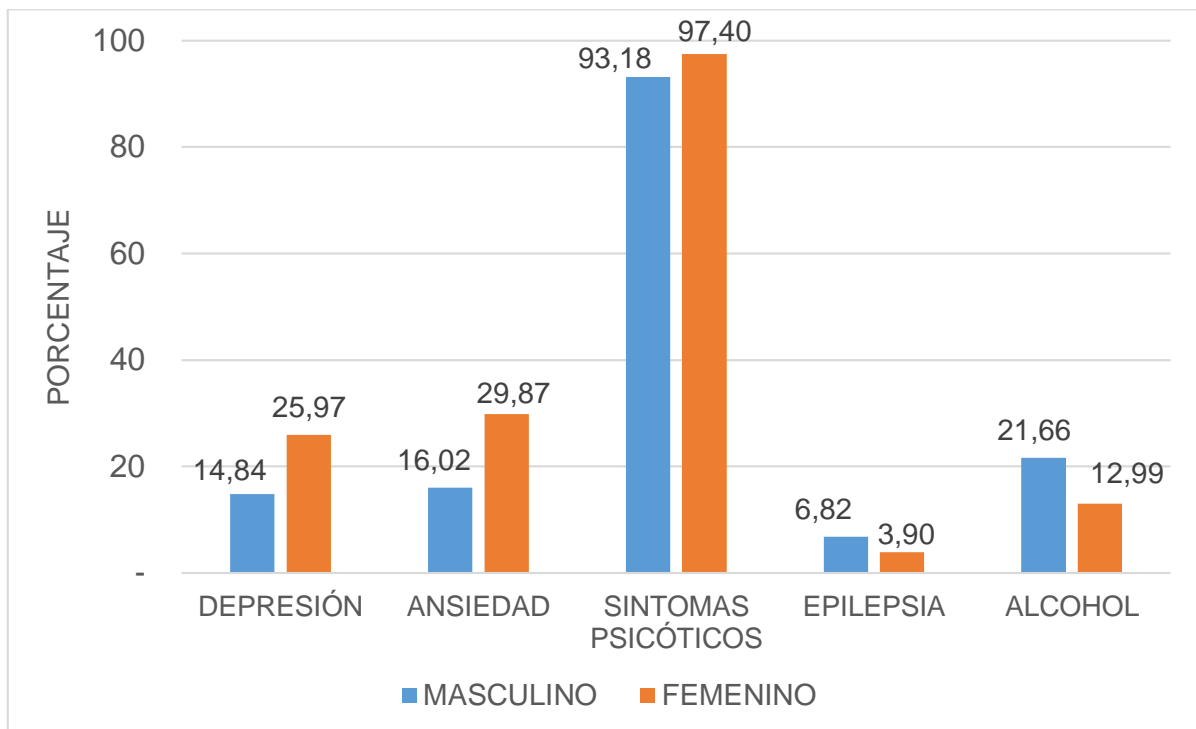
Fuente: formulario de recolección de datos
 Autores: Pedro Alemán, Doménica Figueroa.

**INTERPRETACIÓN:**

Los síntomas psicóticos son las manifestaciones de la alteración del estado mental que se presentaron con mayor frecuencia (94%). El de menor frecuencia corresponde a epilepsia siendo 26 estudiantes (6.3%) que sufren o han sufrido episodios sin diagnóstico previo. Se identificó que el 20% de los estudiantes tiene problemas con el alcohol, mientras que el 80% no refirió presentar inconvenientes con el consumo del mismo. Se estableció que el 83.1% de estudiantes no sufre de depresión, en contraste con un 16.9% que si la presenta. Sólo un 18.6% de estudiantes sufre de ansiedad. Para los trastornos antes mencionados, la edad de mayor frecuencia fue la de 15 años.

**GRÁFICO N° 3**

Distribución de 414 estudiantes del Colegio Técnico Salesiano, según variables de trastornos psicopatológicos y sexo. Cuenca, 2016. (ANEXO 7.1)



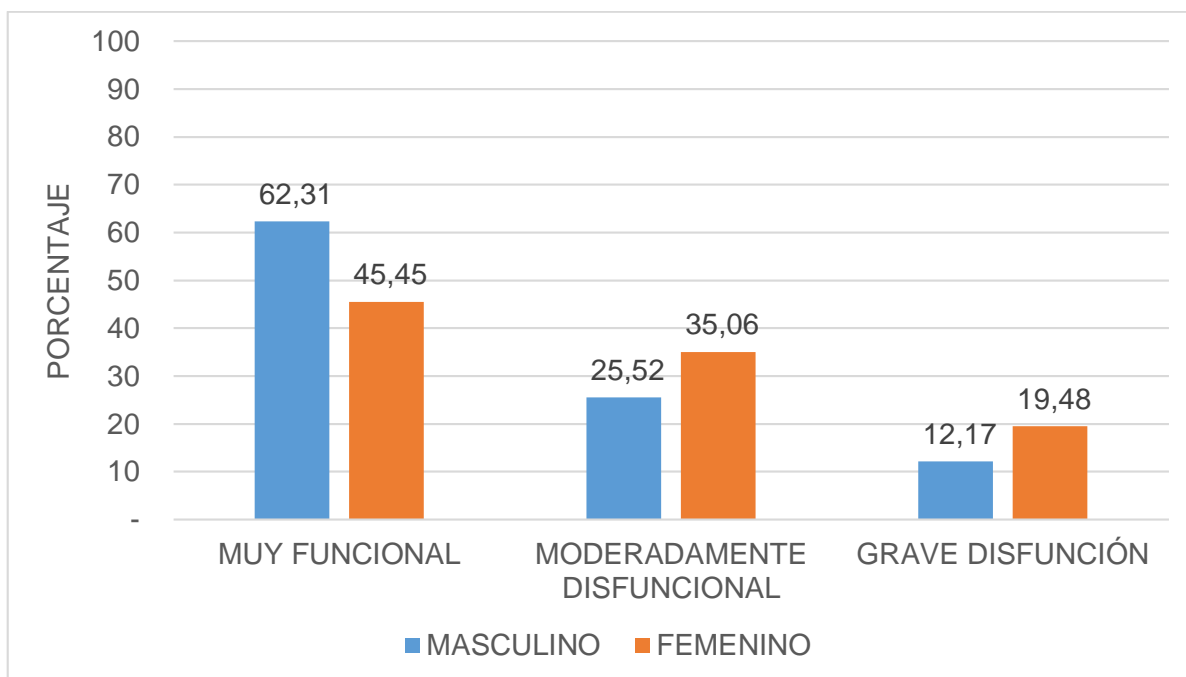
Fuente: formulario de recolección de datos
Autores: Pedro Alemán, Doménica Figueroa.

INTERPRETACIÓN:

Las alteraciones del estado mental más frecuentes en relación al sexo fueron: en mujeres síntomas psicóticos con un 97,4%, ansiedad con 29,87% y depresión con 25,97%. Los trastornos que con mayor frecuencia se identificaron en hombres fueron: síntomas psicóticos con 93,18%, problemas relacionados con el alcohol con 21,66%, y ansiedad con 16,02%.

**GRÁFICO N° 4**

Distribución de 414 estudiantes del Colegio Técnico Salesiano, según APGAR familiar y sexo. Cuenca, 2016. (ANEXO 7.2)



Fuente: formulario de recolección de datos
Autores: Pedro Alemán, Doménica Figueroa.

INTERPRETACIÓN:

Del APGAR familiar aplicado a los encuestados de primero de bachillerato se estableció que el mayor porcentaje de estudiantes tiene una familia muy funcional representado por el sexo masculino con 62,31%, y en el sexo femenino con 45,45%, sin embargo, las mujeres tienen una frecuencia más elevada para familia moderadamente disfuncional con 35,06%, y grave disfunción familiar con 19,48% en comparación con los hombres.



TABLA N° 5

Distribución de 414 estudiantes del Colegio Técnico Salesiano, según trastornos mentales y APGAR familiar. Cuenca, 2016.

		APGAR FAMILIAR			TOTAL
		MUY FUNCIONAL	MODERADAMENTE FUNCIONAL	GRAVE DISFUNCIÓN	
DEPRESIÓN	n	15	28	27	70
	%	21	40	39	100
ANSIEDAD	n	23	28	26	77
	%	30	36	34	100
SÍNTOMAS PSICÓTICOS	n	225	110	54	389
	%	58	28	14	100
EPILEPSIA	n	12	8	6	26
	%	46	31	23	100
CONSUMO ALCOHOL	n	35	30	18	83
	%	42	36	22	100

Fuente: formulario de recolección de datos
Autores: Pedro Alemán, Doménica Figueroa.

INTERPRETACIÓN:

De los estudiantes identificados con depresión (70), se estableció que la mayor frecuencia corresponde a familias con moderada disfunción con 40%, seguido de grave disfunción con 39%. De igual manera respecto a los estudiantes que reportaron ansiedad, presentaron mayor porcentaje de familias con moderada disfunción con 36%, seguido de grave disfunción con 34%. En aquellos estudiantes que mencionaron haber sufrido algún tipo de síntoma psicótico (389), identificamos mayor frecuencia de familias funcionales con 58%. Del total de estudiantes que indicaron haber tenido algún episodio de epilepsia (26), sin haber sido diagnosticado previamente, existe mayor porcentaje de familias funcionales con 46%. Finalmente de aquellos encuestados que indicaron tener problemas con el consumo de alcohol, se presentó una mayor frecuencia para familias funcionales con 42%.



CAPÍTULO VI

6.1 DISCUSIÓN

La adolescencia es considerada como una etapa trascendental en el desarrollo del individuo pues esta constituye una de las épocas de mayor vulnerabilidad. Existen muchos factores que influyen en su apropiado cumplimiento, pues interactúan los rasgos propios del adolescente, su comportamiento, las características biológicas y el medio en el que se desenvuelve, tanto el ambiente social como el cultural, destacando así, el apoyo, la orientación y los recursos que dentro de la familia e instituciones educativas se ofrecen.

A pesar del incremento de la frecuencia de los trastornos mentales en la adolescencia, son pocos los trabajos con muestras representativas de adolescentes con síntomas psicopatológicos y su relación con la funcionalidad de la familia. El aumento progresivamente marcado de estos trastornos, ha llevado a una mayor preocupación por parte de los profesionales de la salud a profundizar en el estudio de este grupo de población, dado por su gran impacto y repercusión en el rendimiento académico, personal, social y familiar.

Muchos problemas de salud mental tienden a aparecer al comienzo de la adolescencia. Según los estudios más recientes, los problemas de salud mental, en particular la depresión, constituyen la principal causa de morbilidad en los jóvenes de 15 a 19 años de edad. Se calcula que el 20% de los adolescentes de todo el mundo tiene problemas mentales o de comportamiento.

Es trascendental que se indique la importancia del conocimiento de esta problemática no solo a nivel regional, sino también a nivel nacional e internacional, pues de la concientización se llega a la objetivación y realización de proyectos destinados a disminuir los problemas relacionados con la disfuncionalidad familiar y los trastornos mentales en la adolescencia. De esta manera a continuación realizamos un análisis en el que se compara algunas realidades según investigaciones realizadas frente a los resultados obtenidos en nuestro estudio.



En base a los resultados encontrados en nuestro estudio resaltamos que de los 414 estudiantes encuestados la psicosis fue la alteración del estado mental que se presentó con mayor frecuencia (94%). El 20% de los estudiantes tiene problemas con el alcohol, un 18.6% sufre de ansiedad. Las alteraciones del estado mental más frecuentes en relación al sexo fueron: en mujeres síntomas psicóticos con un 97,4%, ansiedad con 29,87% y depresión con 25.97%. En hombres se identificaron síntomas psicóticos con con 93,18%, problemas relacionados con el alcohol con 21,66%, y ansiedad con 16,02%. En los trastornos antes mencionados, la edad de mayor presentación fue la de 15 años. Para el total de la muestra, tanto de hombres y mujeres, el mayor porcentaje corresponde a familia funcional con 59.2%.

En cuanto a la identificación de la frecuencia de disfunción familiar mediante el APGAR familiar, encontramos que tanto en depresión como en ansiedad predominaron las familias con moderada disfunción seguidas de familias con grave disfunción (ver los porcentajes en la sección de resultados). En aquellos estudiantes con manifestaciones de síntomas psicóticos, así como de epilepsia y consumo de alcohol, se presentó una mayor frecuencia de familias funcionales.

Es importante hacer un análisis acerca de la alta frecuencia en los resultados de síntomas psicóticos en los adolescentes encuestados en nuestro estudio. Si bien el test SRQ identifica las preguntas 21 a 24 como síntomas psicóticos, con una o más respuestas afirmativas, indicando síntomas serios o necesidad de ayuda, nosotros hemos analizado dichas respuestas positivas como posibles manifestaciones normales o vivencias sensorperceptivas acordes a la edad desde el punto de vista de los cambios que se presentan durante la adolescencia y que no establecen un diagnóstico de psicosis precisamente. Es decir, un adolescente en esta etapa de desarrollo puede verse inmerso en situaciones que justifiquen la presentación de estas manifestaciones de carácter psicótico, tales como: “¿Sientes que alguien ha tratado de herirte de alguna forma?”, “¿Eres una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?”, “¿Has notado interferencias o algo raro en tu pensamiento?”, etc. Pues la falta de autoestima, problemas de relación entre compañeros de clase como bullying, la carga horaria, los cambios hormonales, entre otros, pueden justificar dichas



manifestaciones. No obstante, se reitera la importancia de la identificación de cualquiera de estos síntomas pues amerita una mayor investigación para tomar medidas a futuro.

En el estudio realizado por Kohn R, Levav I, et al, sobre “Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública, 2005” se determinó que las psicosis no afectivas tuvieron una prevalencia media estimada de 1,0%; la depresión mayor de 4,9%; y el abuso o la dependencia del alcohol, de 5,7%. Más de la tercera parte de las personas afectadas por psicosis no afectivas, más de la mitad de las afectadas por trastornos de ansiedad, y cerca de tres cuartas partes de las que abusaban o dependían del alcohol no habían recibido tratamiento psiquiátrico alguno, sea en un servicio especializado o en uno de tipo general.

Identificamos una gran diferencia en la frecuencia de síntomas psicóticos de nuestro estudio frente a la variable psicosis estudiada en dicha investigación, puesto que del estudio previo, la psicosis únicamente se presenta con 1,0% frente al 94% de síntomas psicóticos encontrado en el nuestro. De igual manera se obtuvieron porcentajes menores con respecto al consumo de alcohol y depresión. Es importante recalcar que dichos resultados se obtuvieron de investigaciones comunitarias publicadas en América Latina y el Caribe, siendo el tamaño de la muestra significativamente mayor a la nuestra por lo que las diferencias en la frecuencia de dichas variables pueden estar explicadas.

Según Ospina F, Hinestrosa M, et al, en su estudio realizado en Colombia para identificar síntomas de depresión y ansiedad en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años, se detectaron síntomas ansiosos o depresivos en el 40,5% de la población estudiada (538); de los cuales el 28,3% presentó síntomas sugestivos de ansiedad exclusivamente, con síntomas depresivos exclusivamente en 3,3% y síntomas tanto de ansiedad como de depresión en 8,9%. Los síntomas ansiosos fueron más frecuentes en las mujeres y los síntomas depresivos y mixtos se presentaron con más frecuencia en hombres. Se encontró mayor prevalencia de síntomas depresivos 6,9 % en hombres contra 5,4 % en mujeres, dato que no fue estadísticamente significativo.



En este estudio indican que la ansiedad se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino al igual que con los datos obtenidos de nuestros encuestados. No obstante, se identificó que la depresión se presentó con mayor frecuencia en hombres, mientras que estas variables en nuestro estudio se identificaron en mayor cuantía en el sexo femenino.

Del estudio sobre “La Disfuncionalidad familiar como factor asociado a depresión y ansiedad en la población adolescente de Santa Isabel, 2013” realizado a 428 adolescentes, la prevalencia de disfuncionalidad familiar fue del 15,7% y de disfuncionalidad severa 4%; de depresión 25,7% y de ansiedad un 15.7%; la disfuncionalidad familiar aumenta el riesgo de depresión con un Odds Ratio de 1,68 y de ansiedad con Odds ratio de 3,25, en ambos casos con un valor de P menor que 0,05, identificando que la disfuncionalidad familiar fue un factor asociado a la depresión y ansiedad en estos jóvenes y se relaciona con ellas.

En el estudio realizado de “Disfuncionalidad familiar y su relación con la depresión en los adolescentes del ciclo diversificado en la Unidad Educativa Herlinda Toral, Cuenca 2014” determinaron que de los 200 adolescentes encuestados existió relación entre disfuncionalidad familiar y depresión en un 48,5%. De los adolescentes, el 50% presentó disfuncionalidad familiar y el 43,5% depresión, entre las edades de 14-16 años, siendo el sexo femenino el que presentó mayor frecuencia para disfuncionalidad familiar y depresión con un 65% y 60% respectivamente.

En los dos estudios previamente citados obtuvieron resultados en base a la disfuncionalidad familiar y trastornos mentales (depresión y la ansiedad), encontrando relación entre los mismos, indicando así que la disfuncionalidad familiar es un factor de riesgo para el desarrollo de depresión o en su defecto, ansiedad. En nuestros resultados, como mencionamos anteriormente, en los estudiantes con depresión y ansiedad se presentaron frecuencias más altas para familias con moderada disfunción seguido de familias con grave disfunción, sin embargo, en los demás trastornos fue la familia funcional la que predominó en frecuencia. Cabe recalcar que debido a que nuestro estudio es descriptivo, no establecemos relación entre trastornos mentales con la disfunción familiar, únicamente establecemos la frecuencia en la que se presentan dichas variables.



Dentro de los resultados encontrados en el estudio “Prevalencia de trastornos psicopatológicos de los estudiantes del Colegio Técnico Nacional Cumbe del cantón Cuenca, 2013.” Se determinó que de la población estudiada, la prevalencia de depresión fue de 11,06%, ansiedad 20.94% y consumo de alcohol 18,59%. Ansiedad y depresión fueron más frecuentes en el sexo femenino, mientras que la población masculina indicó mayor consumo de alcohol principalmente en adolescentes de 12-15 años.

Nuevamente en este estudio se puede identificar la similitud en cuanto a los porcentajes de consumo de alcohol, depresión y ansiedad, siendo estas dos últimas variables las que con mayor frecuencia se presentaron en el sexo femenino y el consumo de alcohol en el sexo masculino. Sin embargo en nuestro estudio el porcentaje de depresión más alto fue de 25,97% en el sexo femenino en contraste con el 11,06% de toda la muestra encuestada en el estudio previamente indicado.

CAPÍTULO VII

7.1 CONCLUSIONES



Conforme a los objetivos planteados en nuestro estudio “Salud mental de los alumnos de primero de bachillerato de la Unidad Educativa Técnico Salesiano y disfuncionalidad familiar, Cuenca-Ecuador, 2016.” y en función de los resultados obtenidos podemos concluir de la siguiente manera:

- Del total de 414 estudiantes encuestados entre 14 y 17 años, 377 alumnos son de sexo masculino y 77 son de sexo femenino. La media de la edad de los estudiantes que cursan primero de bachillerato es de 15 años con un desvío estándar de 0.53.
- La procedencia urbana de los estudiantes predomina sobre la procedencia rural, reiterando que la ubicación de la unidad educativa es urbana. El estado civil más representativo de los padres de los encuestados es el de “casados”, aquellos con estado civil “viudo” y “unión libre” se presentaron con menor frecuencia.
- Los síntomas psicóticos fueron las manifestaciones de alteración del estado mental que se presentaron con mayor frecuencia en los estudiantes. La alteración que con menor frecuencia se presentó corresponde a epilepsia en adolescentes que sufren o han sufrido episodios sin diagnóstico previo en los últimos 30 días.
- Según el sexo, las alteraciones del estado mental que se presentaron con mayor frecuencia fueron:
 - En las mujeres: síntomas psicóticos, ansiedad y depresión.
 - En los hombres: síntomas psicóticos, problemas relacionados con el alcohol, y epilepsia.
- En cuanto a la aplicación del test sobre disfunción familiar (APGAR familiar) predominaron las familias funcionales tanto en el sexo masculino como femenino.



Identificamos que en los estudiantes con síntomas depresivos y ansiedad, existió mayor frecuencia de familias con moderada disfunción seguido de grave disfunción familiar. En cuanto a los estudiantes que manifestaron síntomas psicóticos, epilepsia, y problemas con el consumo de alcohol, la familia funcional obtuvo la mayor frecuencia.

7.2 RECOMENDACIONES

1. Fomentar la acción participativa de los profesionales de la salud y grupos involucrados en la promoción y prevención de alteraciones psicopatológicas y de disfuncionalidad familiar.
2. Servir de ejemplo y punto de partida para la elaboración de futuros estudios con el fin de crear conciencia pública de esta problemática así como también para ofrecer soluciones para el mejoramiento de la misma.
3. Generar propuestas y proyectos aplicables a nivel de los establecimientos educativos conjuntamente con las autoridades, y de los centros encargados de atención primaria de la salud coordinados por el Ministerio de Salud Pública del país para de esta manera crear planes de contingencia y manejo para la población afectada.
4. Fomentar la participación activa de los padres en la vida de sus hijos, no solo en la parte académica, sino en lo emocional, mediante reuniones con debates participativos, folletos informativos de lectura conjunta y la organización de actividades familiares sobre temas de la actualidad relacionados a la adolescencia.
5. Organizar grupos de apoyo entre estudiantes con similares conflictos, conformados de manera confidencial guardando siempre el respeto de sus problemas íntimos.



6. Valoración psicológica individual para asesoría emocional y acompañamiento del alumno con seguimiento periódico.
7. Derivar casos identificados de trastornos psicopatológicos a médicos especialistas psiquiatras de manera temprana y oportuna.
8. Valoración de la dinámica de las familias de los estudiantes y factores de riesgo asociados, para brindar apoyo en caso de encontrar situaciones con grados de disfunción familiar.

CAPÍTULO VIII

8.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:



1. Grupo de investigación en salud mental – Universidad CES. Situación de salud mental del adolescente. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia. ISBN 978-958-8674-04-9. 2010. Disponible en:
<http://www.scp.com.co/ArchivosSCP/PDF/saludmentaladolescentecolombia.pdf>
2. Zapata, J. Figueroa, M. Mendez, N. et all. Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia. Universidad de Guanajuato, México. Vol. 64, Septiembre-Octubre, 2007. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2007/hi075e.pdf>
3. Chávez, H. Samaniego, N. Aguilar, E. Manual de atención primaria en salud mental. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Disponible en:
<https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/MANUAL%20ATENCION%20PRIMARIA%20EN%20SALUD%20MENTAL.pdf>
4. El estrés, la causa principal de los trastornos mentales en el Ecuador. Diario “El Comercio”. Ecuador. 2014. Disponible en:
<http://www.elcomercio.com/tendencias/estres-causa-trastornos-mentales.html>
5. Ruiz, D. Picerno, P. Niveles de depresión en los/las adolescentes, hijo/as de padres separados atendidos en el Instituto Médico “Fundación Tierra Nueva” en el período de octubre 2010 a Octubre 2011”. Universidad Central del Ecuador. Quito. 2011. Disponible en:
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1318/1/T-UCE-0007-20.pdf>
6. Alvarado Romero H. Los problemas de salud mental en los adolescentes, el derecho a la salud en la actual política de salud y el papel del profesional de enfermería [Internet]. 1st ed. Bogotá; 2011 [cited 6 April 2016]. Available from:
<http://www.javeriana.edu.co/Facultades/Enfermeria/revista1/files/139.pdf>
7. OMS | Atención primaria de salud [Internet]. Who.int. 2016 [cited 5 March 2016]. Available from: http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/
8. Acevedo C, Acevedo K, Bocic M, Garcia R, Guedes A, Irrázaval M, Kestel D, Matamala M, Minoletti A, Monteiro M, Montenegro M, Piazza M, Rodríguez J, Rojas G, Sepúlveda R. Manual de Salud mental para



- trabajadores de atención primaria. Washington, DC.: Jorge Rodriguez, Alberto Minoletti; 2013. Pág: 2-3.
9. Acevedo C, Acevedo K, Bocic M, Garcia R, Guedes A, Irrarázaval M, Kestel D, Matamala M, Minoletti A, Monteiro M, Montenegro M, Piazza M, Rodríguez J, Rojas G, Sepúlveda R. Manual de salud mental para trabajadores de atención primaria. Washigton, DC: Jorge Rodríguez, Alberto Minoletti; 2013. Pág: 46.
 10. American psychiatric association, A.P.A. Trastornos depresivos. In: First, M.B.F.,M.D, Ward, M.N.W.,M.E.D.,R.H.I.T.,C.C.S.-P (eds.) MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES DSM-5. EEUU: ; 2014. p. 156-158.
 11. Aguilar Z D, Chávez Oleas D, Samaniego Z D. Manual de atención primaria en salud mental [Internet]. 1st ed. Quito: Dr. Hernán Chávez Oleas; 2006 [cited 16 February 2016]. Available from: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/MANUAL%20ATENCION%20PRIMARIA%20EN%20SALUD%20MENTAL.pdf>
 12. American psychiatric association, A.P.A. Trastornos de ansiedad. In: First, M.B.F.,M.D, Ward, M.N.W.,M.E.D.,R.H.I.T.,C.C.S.-P (eds.) MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES DSM-5. EEUU: ; 2014. p. 189-195.
 13. Alcoholismo y abuso de alcohol: MedlinePlus en español [Internet]. Nlm.nih.gov. 2016 [cited 6 March 2016]. Available from: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/alcoholismandalcoholabuse.html>
 14. American psychiatric association, A.P.A. Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. In: First, M.B.F.,M.D, Ward, M.N.W.,M.E.D.,R.H.I.T.,C.C.S.-P (eds.) MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES DSM-5. EEUU: ; 2014. p. 490-495.
 15. Fred K. Berger a. Psicosis: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. Nlm.nih.gov. 2016 [cited 11 March 2016]. Available from: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001553.htm>



16. American psychiatric association, A.P.A. Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. In: First, M.B.F., M.D, Ward, M.N.W., M.E.D., R.H.I.T., C.C.S.-P (eds.) MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES DSM-5. EEUU: ; 2014. p. 94-95.
17. Epilepsia: MedlinePlus en español [Internet]. Nlm.nih.gov. 2016 [cited 11 March 2016]. Available from: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/epilepsy.html>
18. Who.int. 1. Organización Mundial de la Salud. [Online]. 2016 Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs999/es/> [Accessed 27 February 2017].
19. Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Saxena S, Saraceno B. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. Rev Panam Salud Publica. 2005;18(4/5):229–40. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/8038/28084.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
20. Ospina, F. Hineirosa, M. et all. Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. Rev. salud pública. 13 (6): 908-920, 2011. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v13n6/v13n6a04.pdf>
21. Aombari, C. Zhunio, D. et all. La disfuncionalidad familiar como factor asociado a depresión y ansiedad en la población adolescente de Santa Isabel. Volumen 5, 1, 2013. Disponible en: <http://revistamedicahjca.med.ec/ojs/index.php/RevHJCA/article/view/161>
22. Instrumentos de Tamizaje Propuesto para Identificar Problemas de Salud Mental en Adolescentes, Salud Total, 18 de Junio / 2013. Disponible en: <http://saludtotal.com.co/Documents/73--BOLETIN-PUNTO-INFORMATIVO-Salud-Mental.pdf>.
23. Santos, K. Araújo; et all. Evaluacion de un instrumento para la medición de morbilidad psíquica: estudio de validación del Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). Biblioteca virtual en salud. 2010. Disponible en: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2010/v34n3/a1881.pdf>



24. Programas y actividades del Sistema de las Naciones Unidas por tema [Internet]. Un.org. 2016 [cited 5 April 2016]. Available from: <http://www.un.org/es/globalissues/family/>
25. De León Soto M., Regalado D. ¿Qué es una familia funcional? [Internet]. Rexpuestas.com. 2012 [cited 17 April 2016]. Available from: <http://www.rexpuestas.com/secciones/notas-al-margen/que-es-una-familia-funcional/>
26. Archivos en medicina familiar. 1. Medigraphic.com. [Online]. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2005/amfs051c.pdf> [Accessed 27 February 2017]. Pag.1
27. Archivos en medicina familiar. 1. Medigraphic.com. [Online]. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2005/amfs051c.pdf> [Accessed 27 February 2017]. Pag.2-3
28. Una Familia Disfuncional Es Una Familia en La Que Los Conflictos - Documents [Internet]. Myslide.es. 2015 [cited 18 April 2016]. Available from: <http://myslide.es/documents/una-familia-disfuncional-es-una-familia-en-la-que-los-conflictos.html>
29. Larocca D. La familia disfuncional, la dinamica de los grupos y sus aplicaciones prácticas [Internet]. 6th ed. Madrid; 2010 [cited 18 April 2016]. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Felix_Larocca/publication/240613417_La_familia_disfuncional_la_dinamia_de_los_grupos_y_sus_aplicaciones_practicas_IV/links/02e7e51c60712c08cb000000.
30. Rocamora Bonilla A. ¿Crecer en una familia disfuncional determina tu vida? ~ Cuida tu salud emocional [Internet]. Cuidatusaludemocional.com. 2016 [cited 18 April 2016]. Available from: <http://www.cuidatusaludemocional.com/2016/01/familia-disfuncional.html>
31. Zuazo Olaya N. Causas de la desintegración familiar y sus consecuencias en el rendimiento escolar y conducta de las alumnas de segundo año de la institución educativa Nuestra Señora de Fátima de Piura [Maestría en Educación]. Universidad de Piura. Facultad de Ciencias de la Educación.; 2013.
32. 27. Cogollo Z, Gómez E, De Arco O, Ruiz I, Campo Arias A. Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia



- clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría* [Internet]. 2009 [cited 20 May 2016];38(4):637. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502009000400005
33. Ruiz Ortega D. "Niveles de depresión en los/las adolescentes, hijo/as de padres separados atendidos en el Instituto Médico Fundación Tierra Nueva en el período de octubre 2010 a Octubre 2011" [Superior]. UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR; 2011.
34. Veytia López M, González Arratia López Fuentes N, Andrade Palos P, Oudhof H. Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud mental* [Internet]. 2012 [cited 14 March 2016];35(1):37-43. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252012000100006&script=sci_arttext
35. Rivera, A. Sánchez, S. disfuncionalidad familiar y su relación con depresión la depresión en los adolescentes del ciclo diversificado en la Unidad Educativa Herlinda Toral. Cuenca. 2014. Universidad De Cuenca. 2014. Disponible en:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20551/1/TESIS.pdf>
36. APGAR Familiar [Internet]. 1st ed. codajic; [cited 20 May 2016]. Available from:
<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/APGAR%20Familiar.pdf>
37. Suarez, M. Alcalá, M. APGAR familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Rev Med La Paz*, 20(1); Enero - Junio 2014. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v20n1/v20n1_a10.pdf
38. DEPRESIÓN [Internet]. 1st ed. EEUU: Instituto Nacional de la Salud Mental; 2016 [cited 13 March 2016]. Available from: http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/depresion_38791.pdf
39. Acevedo C, Acevedo K, Bocic M, Garcia R, Guedes A, Irrarázaval M, Kestel D, Matamala M, Minoletti A, Monteiro M, Montenegro M, Piazza M, Rodríguez J, Rojas G, Sepúlveda R. Manual de Salud mental para trabajadores de atención primaria. Washington, DC: Jorge Rodriguez, Alberto Minoletti; 2013. Pág.91



40. IntraMed - Artículos - Trastornos por consumo de alcohol [Internet]. Intramed.net. 2016 [cited 14 March 2016]. Availablefrom: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=58690>
41. Monchablon A. Alcmeon - Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica [Internet]. Alcmeon.com.ar. 2016 [cited 14 March 2016]. Availablefrom: <http://www.alcmeon.com.ar/8/32/Monchablon1.htm>
42. Amit M. Shelat a. Generalidades sobre la epilepsia: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. Nlm.nih.gov. 2016 [cited 14 March 2016]. Availablefrom: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000694.htm>

CAPÍTULO IX

9. ANEXOS:

9.1. MANIFESTACIONES CLÍNICAS TRASTORNOS MENTALES:



MANIFESTACIONES CLÍNICAS	
Patología	Signos y Síntomas
Depresión	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad, o vacío • Sentimientos de desesperanza y/o pesimismo • Sentimientos de culpa, inutilidad, y/o impotencia • Irritabilidad, inquietud • Pérdida de interés en las actividades o pasatiempos que antes disfrutaba, incluso las relaciones sexuales • Fatiga y falta de energía • Dificultad para concentrarse, recordar detalles, y para tomar decisiones • Insomnio, despertar muy temprano, o dormir demasiado • Comer excesivamente o perder el apetito • Pensamientos suicidas o intentos de suicidio • Dolores y malestares persistentes, dolores de cabeza, cólicos, o problemas digestivos que no se alivian incluso con tratamiento. ³⁸
Ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> • Nerviosismo, preocupaciones exageradas, inquietud, irritabilidad, tensión muscular, dolor de cabeza, pecho apretado, temblor, poca concentración y problemas para dormir entre otros. • Ataques de pánico: inicio brusco de angustia extrema, con síntomas somáticos por ejemplo: dolor al pecho, palpitaciones, ahogos, náuseas, etc.), de duración breve. • Fobias: temor intenso y evitación de algunas situaciones, personas, animales u objetos específicos. • Ideas repetitivas que provocan ansiedad (obsesiones) o conductas repetitivas que si no se ejecutan producen ansiedad (compulsiones). ³⁹
Alcoholismo	<p>Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tolerancia al alcohol • Síndrome de abstinencia • Mayor consumo de alcohol que el planeado • Deseo de bebida alcohólica e incapacidad para controlar su consumo • Mucho tiempo dedicado a la ingesta alcohólica y la recuperación de sus efectos • Descuido de las actividades sociales, laborales o recreativas • Seguir con el consumo de alcohol a pesar de los problemas físicos o psicológicos <p>International Classification of Diseases (ICD10)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fuerte deseo o compulsión de beber bebidas alcohólicas • Incapacidad para controlar su consumo • Síndrome de abstinencia • Tolerancia al alcohol • Indiferencia a las gratificaciones o intereses • Seguir con el consumo de alcohol a pesar de los problemas físicos o psicológicos. ⁴⁰
Psicosis	<ul style="list-style-type: none"> • Agitación aguda o agitación psicomotriz. • Inhibición aguda o inhibición psicomotriz. • Euforias agudas, manías e hipomanías. • Depresiones agudas (delirantes, agitadas, etc.) • Despersonalizaciones agudas (extrañamiento del yo) • Desrealizaciones agudas (extrañamiento del mundo) • Delirios agudos endógenos • Alucinaciones agudas endógenas (alucinosis endógenas). • Conductas sin sentido agudas (descontextuadas, bizarras, pueriles, etc.) • Conductas auto-heteroagresivas (lesiones, homicidio, suicidio consumado o no, intoxicaciones, fugas violentas, etc.) • Confusión endógena aguda (mirada velada por enturbiamiento de la conciencia). ⁴¹
Epilepsia	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida del conocimiento y temblores violentos. • Ausencias típicas (pequeño mal) (episodios de ausencias) • Convulsiones tonicoclónicas generalizadas (crisis de gran mal) (involucran todo el cuerpo e incluyen aura, rigidez muscular y pérdida de la lucidez mental) • Convulsiones parciales (focales) (pueden incluir cualquiera de los síntomas anteriormente descritos, según la parte del cerebro donde se inicia la convulsión). ⁴²

9.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
----------	------------	-----------	-----------	--------



Edad	Cantidad de años, meses y días cumplidos a la fecha de aplicación del test.	Tiempo transcurrido medido en años	Cálculo a partir de fecha de nacimiento indicada por el encuestado.	<15 15-17 >17
Sexo	Condición orgánica que distingue el macho de la hembra en una misma especie	Características físicas o fenotípicas de los encuestados.	Fenotipo	Masculino. Femenino.
Procedencia	Lugar del que procede una persona	Regiones del Ecuador	Región de nacimiento	Insular Costa Sierra Oriente
Depresión	Trastorno mental caracterizado 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. (OMS)	Depresión	SRQ	SI/NO
Ansiedad	Estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad.	Ansiedad	SRQ	SI/NO
Alcoholismo	Enfermedad causada por el consumo abusivo de bebidas alcohólicas y por la adicción que crea este hábito.	Consumo de alcohol	SRQ	SI/NO
Psicosis	Enfermedad mental grave que se caracteriza por una alteración global de la personalidad acompañada de un trastorno grave del sentido de la realidad.	Psicosis	SRQ	SI/NO
Epilepsia	La epilepsia se caracteriza por convulsiones recurrentes (episodios breves de movimientos involuntarios) que pueden afectar a una parte del cuerpo (convulsiones parciales) o a su totalidad (convulsiones generalizadas) y a veces se acompañan de pérdida de la consciencia y del control de los esfínteres.	Epilepsia	SRQ	SI/NO
Estado civil (padres)	Situación que es determinada por las relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco que establece ciertos derechos y deberes.	Estado Civil	Declarado por el encuestado.	Solteros, casados, unión libre, divorciados, viudo(a).
Funcionalidad familiar	Es la capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.		Adaptabilidad, participación, crecimiento, afecto, recursos.	Familia funcional, Familia disfuncional

9.3 TEST SRQ

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



SALUD MENTAL DE LOS ALUMNOS DE BACHILLERATO DE LA UNIDAD EDUCATIVA TÉCNICO SALESIANO Y DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR, CUENCA, ECUADOR, 2016.

Señor, Señorita estudiante: este cuestionario debe ser llenado en su totalidad. Cada pregunta debe responder con 1 sola respuesta. Marque con X la respuesta que considere correcta. Gracias

NOMBRE _____ **EDAD (en años cumplidos)** _____ **N°** _____

PROCEDECIA (REGIÓN): Insular Costa Sierra Oriente

SEXO: Masculino Femenino

Estado Civil de sus Padres: Solteros Casados Unión libre Divorciados Viudo(a)

Encuesta	SI	NO
1. ¿Tienes frecuentes dolores de cabeza?		
2. ¿Tienes mal apetito?		
3. ¿Duermes mal?		
4. ¿Te asustas con facilidad?		
5. ¿Sufres de temblor de manos?		
6. ¿Te sientes nervioso, tenso o aburrido?		
7. ¿No puedes pensar con claridad?		
8. ¿Te sientes triste?		
9. ¿Sufres de mala digestión?		
10. ¿Lloras con mucha frecuencia?		
11. ¿Tienes dificultad en disfrutar de tus actividades diarias?		
12. ¿Tienes dificultad para tomar decisiones?		
13. ¿Tienes dificultad en hacer tu trabajo - sufres con tu trabajo?		
14. ¿Eres incapaz de desarrollar un papel útil en tu vida?		
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?		
16. ¿Sientes que eres una persona útil?		
17. ¿Has tenido la idea de acabar con tu vida?		
18. ¿Te sientes cansado todo el tiempo?		
19. ¿Tienes sensaciones desagradables en tu estómago?		
20. ¿Te cansas con facilidad?		
21. ¿Sientes que alguien ha tratado de herirte en alguna forma?		
22. ¿Eres tú, una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		
23. ¿Has notado interferencias o algo raro en tu pensamiento?		
24. ¿Oyes voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		
25. ¿Has tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas, con mordedura de lengua o pérdida del conocimiento?		
26. ¿Alguna vez le ha parecido a tu familia, tus amigos, tu médico o a tu sacerdote que estás bebiendo demasiado?		
27. ¿Alguna vez has querido dejar de beber pero no has podido?		
28. ¿Has tenido alguna vez dificultades en tu trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio o faltar a ellos?		
29. ¿Has estado en riñas o te han detenido estando borracho?		
30. ¿Te ha parecido alguna vez que bebías demasiado?		

**9.4 APGAR FAMILIAR****UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS****SALUD MENTAL DE LOS ALUMNOS DE BACHILLERATO DE LA UNIDAD EDUCATIVA TÉCNICO SALESIANO Y DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR, CUENCA, ECUADOR, 2016.**

Señor, Señorita estudiante: este cuestionario debe ser llenado en su totalidad. Cada pregunta debe responder con 1 sola respuesta. Marque con X la respuesta que considere correcta. Gracias.

	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA
Estoy contento de pensar que puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa.			
Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de cómo compartimos los problemas.			
Me agrada pensar que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección.			
Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y cómo responde a mis emociones, como cólera, tristeza y amor.			
Me satisface la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos.			



9.5 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Cuenca,

Señor padre de familia.

Nosotros Doménica Alejandra Figueroa Martínez y Pedro José Alemán Iñiguez estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca, estamos realizando una investigación titulada “SALUD MENTAL DE LOS ALUMNOS DE BACHILLERATO DE LA UNIDAD EDUCATIVA TÉCNICO SALESIANO Y DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR, CUENCA, ECUADOR, 2016”

El objetivo principal es determinar estados de salud mental y a su vez, identificar patrones de disfuncionalidad familiar en estudiantes de bachillerato diversificado de la Unidad Educativa Técnico Salesiano. Utilizaremos la escala APGAR familiar y el test SRQ (Self Reporting Quest).

La presente investigación no representara daño para el alumno/a; ni costo alguno para la institución o los padres de familia (representantes).

Es preciso recalcar que los datos obtenidos serán manejados con estricta confidencialidad.

Si UD. Está de acuerdo que su hijo/a forme parte de esta investigación le solicitamos colaborar con una firma en el presente documento, así como consignar su número de cédula de identidad.

Agradecemos su participación y colaboración que será para beneficio directo de los y las estudiantes.

NOMBRES Y APELLIDOS

C.I

FIRMA

REPRESENTANTES:

Doménica Alejandra Figueroa Martínez C.I 0104397518

Pedro José Alemán Iñiguez C.I 0105500342

PEDRO JOSÉ ALEMÁN I.
DOMÉNICA ALEJANDRA FIGUEROA M.



9.6 AUTORIZACIÓN

Cuenca, 20 de mayo del 2016

Ing. Omar Álvarez.

Representante legal del Unidad Educativa Técnico Salesiano.

De mis consideraciones:

Yo, Pedro Alemán con cédula de identidad 0105500342 y Doménica Figueroa con cédula de identidad 0104397518 en calidad de estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca, por medio de la presente nos dirigimos a Ud. con el fin de solicitarle tenga a bien autorizarnos la realización de una encuesta necesaria como fuente de datos para el Trabajo de Investigación titulado: SALUD MENTAL DE LOS ALUMNOS DE BACHILLERATO DE LA UNIDA EDUCATIVA TÉCNICO SALESIANO Y DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR, CUENCA, ECUADOR, 2016.; el mismo que constituye un requisito básico para graduarse de médico general.

Esperando su buena acogida, anticipamos nuestros agradecimientos.

Atentamente:

PEDRO ALEMÁN

C.I 0105500342

DOMÉNICA FIGUEROA

C.I 0104397518



9.7 TABLAS

9.7.1 TABLA N° 3

Distribución de 414 estudiantes del Colegio Técnico Salesiano, según variables de trastornos psicopatológicos y sexo. Cuenca, 2016.

		SEXO				TOTAL
		MASCULINO		FEMENINO		
		n	%	n	%	
DEPRESIÓN	SÍ	50	14.84	20	25.97	70
	NO	287	85.16	57	74.03	344
	TOTAL	337	100	77	100	414
ANSIEDAD	SÍ	54	16.02	23	29.87	77
	NO	283	83.98	54	70.13	337
	TOTAL	337	100	77	100	414
SÍNTOMAS PSICÓTICOS	SÍ	314	93.18	75	97.40	389
	NO	23	6.82	2	2.60	25
	TOTAL	337	100	77	100	414
EPILEPSIA	SÍ	23	6.82	3	3.90	26
	NO	314	93.18	74	96.10	388
	TOTAL	337	100	77	100	414
ALCOHOL	SÍ	73	21.66	10	12.99	83
	NO	264	78.34	67	87.01	331
	TOTAL	337	100	77	100	414

Fuente: formulario de recolección de datos
Autores: Pedro Alemán, Doménica Figueroa.

**9.7.2 TABLA N° 4**

Distribución de 414 estudiantes del Colegio Técnico Salesiano, según APGAR familiar y sexo. Cuenca, 2016.

		SEXO				TOTAL
		MASCULINO		FEMENINO		
		n	%	n	%	
APGAR FAMILIAR	MUY FUNCIONAL	210	62.31	35	45.45	245
	MODERADAMENTE DISFUNCIONAL	86	25.52	27	35.06	113
	GRAVE DISFUNCIÓN	41	12.17	15	19.48	56
	TOTAL	337	100	77	100	414

Fuente: formulario de recolección de datos
Autores: Pedro Alemán, Doménica Figueroa.