

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Psicólogo Clínico

TRABAJO DE TITULACIÓN

**DEPRESIÓN EN LA FAMILIA DE LOS ADOLESCENTES
CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS DEL PROGRAMA
AMBULATORIO INTENSIVO DEL CENTRO DE SALUD URBANO
PUYO, PERIODO DICIEMBRE 2016 – MAYO 2017**

AUTORA: Myrian Fernanda Peña Romero

TUTORA: Mgs. Lilian Granizo

Riobamba – Ecuador

2017

ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL

Los miembros del tribunal de graduación del proyecto de investigación de título: ““DEPRESIÓN EN LA FAMILIA DE LOS ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS DEL PROGRAMA AMBULATORIO INTENSIVO DEL CENTRO DE SALUD URBANO PUYO, PERIODO DICIEMBRE 2016 – MAYO 2017”. Presentado por la Señorita: Myrian Fernanda Peña Romero dirigida por la Mgs. Lilian Granizo

Una vez realizado el informe final del proyecto de investigación escrito con fines de graduación en el cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remite la presente para uso y custodia en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de Salud de la Universidad Nacional de Chimborazo.

Para constancia de lo expuesto firman:

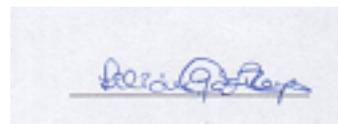
Mgs. Cristina Procel

Delegada del Decano

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Cristina Procel", is written over a horizontal line.

Mgs. Lilian Granizo

Tutora

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Lilian Granizo", is written over a horizontal line.

Mgs. Juan Pablo Mazón

Miembro del Tribunal

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Juan Pablo Mazón", is written over a horizontal line.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICADO

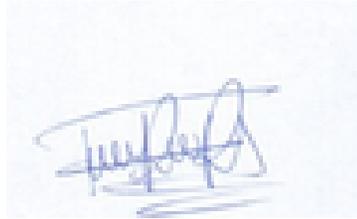
Se certifica que la señorita: Myrian Fernanda Peña Romero con C.I. 1600645707, egresados de la carrera de Psicología Clínica, revisado el informe final del proyecto de investigación escrito, en el cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, se encuentra apta para presentarse a la defensa pública de su tema de proyecto de investigación: **“DEPRESIÓN EN LA FAMILIA DE LOS ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS DEL PROGRAMA AMBULATORIO INTENSIVO DEL CENTRO DE SALUD URBANO PUYO, PERIODO DICIEMBRE 2016 – MAYO 2017”**

Riobamba, 26 de Junio de 2017

Mgs. Lilian Granizo

DERECHO DE AUTORÍA

La responsabilidad del contenido de este proyecto de investigación, corresponde exclusivamente a Myrian Fernanda Peña Romero y a la directora del proyecto Mgs. Lilian Granizo y el patrimonio intelectual de la misma a la Universidad Nacional de Chimborazo.



Myrian Fernanda Peña Romero

1600645707

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios quien fue que me dio la sabiduría y fuerza para que esto sea posible, a mi familia, en especial a mis padres, hermanos y mis pequeños amores por haberme apoyado en todo momento, por su amor, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante, por darme a fuerza necesaria para iniciar y concluir exitosamente esta etapa de mi vida.

A los amigos que me brindaron gratos momentos y la ayuda necesaria en mi carrera universitaria y a esa persona que creo que me apoyo mentalmente CD.

También agradezco a la Universidad Nacional de Chimborazo. De igual manera a los docentes quienes con sus conocimientos aportaron a mi formación académica. A la tutora de tesis Mgs Lilian Granizo, por brindar a través de sus conocimientos, motivación y directrices el aporte necesario para realizar un trabajo impecable.

Fernanda Peña R.

DEDICATORIA

A mis padres Luis Peña y Olga Romero, quienes han sido el cimiento principal en mi desarrollo personal y académico, con sus conocimientos y ejemplo de vida me han guiado de la manera correcta a seguir luchando para alcanzar mis metas, a mis hermanos Verónica y Alberto quienes siempre han estado junto a mi brindándome amor y apoyo para mantenerme en pie y finalmente a mis tres traviesos Dylan, Valentina y Dominic por haberme motivado durante mi formación profesional.

Son muchas las personas que forman parte de mi vida a quienes quisiera agradecer, algunas están junto a mí y otras en mis recuerdos y en mi corazón, quiero agradecerles por todo lo que me han brindado y sus bendiciones.

Fernanda Peña R.

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO	Pág.
PORTADA.....	i
REVISIÓN DEL TRIBUNAL.....	ii
CERTIFICADO DEL TUTOR.....	iii
DERECHOS DE AUTORÍA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
DEDICATORIA.....	vi
ÍNDICE GENERAL.....	vii
ÍNDICE DE TABLAS.....	ix
RESUMEN.....	x
ABSTRAC.....	xi
1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Problema de la Investigación.....	2
1.2 Justificación.....	5
2. OBJETIVOS.....	7
2.1 Objetivo General.....	7
2.2 Objetivos Específicos.....	7
3. ESTADO DEL ARTE.....	8
3.1 Antecedentes de la Investigación.....	8
3.2 Depresión.....	10
3.2.1 Conceptualización de la depresión.....	10
3.2.2 Niveles de Depresión.....	12
3.3 Familia.....	14
3.3.1 Tipos de Familia.....	15
3.3.2 Funciones de la Familia.....	16
3.4 Familia de Consumidores de Sustancias.....	17
3.5 Definición de Términos Básicos.....	19

4. METODOLOGÍA.....	21
4.1 Tipo de Investigación.....	21
4.2 Diseño de la Investigación.....	21
4.3 Nivel de la Investigación.....	21
4.4 Población y Muestra.....	22
4.4.1 Población.....	22
4.4.2 Muestra.....	22
4.5 Técnicas e instrumentos.....	23
4.5.1 Técnicas.....	23
4.5.2 Instrumentos.....	23
4.5.2.1 Inventario de Depresión de Beck (Beck y cols, 2011).....	23
4.5.2.2 Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL).....	24
4.5.3 Técnicas para Procesamiento e Interpretación de Datos.....	25
5. RESULTADOS Y DISCUSIONES.....	26
5.1 Resultados.....	26
5.1.1 Inventario de Depresión de Beck.....	26
5.1.2 Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL).....	26
5.1.3 Relación entre el nivel de depresión y el tipo de familia.....	28
5.2 Discusiones.....	29
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	31
6.1 Conclusiones.....	31
6.2 Recomendaciones.....	32
7. BIBLIOGRAFÍA.....	33
8. ANEXOS	36
8.1 Anexo N°1 Autorización para realizar la investigación.....	36
8.2 Anexo N°2 Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL).....	37
8.3 Anexo N°3 Cuestionario de Beck para la Depresión.....	38
8.4 Anexo N°4 Consentimiento informado.....	41

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1 Resultados de la variable Depresión.....	26
TABLA 2 Resultados de la variable Tipos de familia.....	26
TABLA 3 Relación de las variables.....	28

RESUMEN

La presente investigación se realizó en el Programa Ambulatorio Intensivo del Centro de Salud Urbano Puyo, periodo diciembre 2016 – mayo 2017, su objetivo principal fue analizar el nivel de depresión en la familia de los adolescentes consumidores de sustancias, que acudieron a la institución antes mencionada. El diseño empleado fue transversal y no experimental; el tipo de investigación fue de campo y bibliográfico; el nivel de la investigación fue descriptiva. Se trabajó con una población de 30 padres o madres de familia, entre 30 a 50 años de edad, con una muestra no probabilística de 20 padres o madres, tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, considerando la validez de la escala. Los instrumentos utilizados para la recopilación de datos fue: Inventario de Depresión de Beck para determinar niveles de depresión y el Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) de Ortega, T., De la Cuesta, D. y Días, C., para determinar tipos de familia. El análisis estadístico utilizado para estas variables cuantitativas fue una descripción de frecuencias y porcentajes para determinar qué nivel de depresión y tipo de familia existe; los resultados obtenidos de la aplicación del Inventario de Depresión de Beck, el cual mide niveles de depresión son: 9 padres o madres de familia corresponde al 45% de la población presentan un nivel de depresión leve, 8 padres o madres de familia corresponden al 40% de población presentan un nivel de depresión moderada y 3 padres o madres de familia corresponden al 15% de población presentó un nivel de depresión grave. En el Cuestionario de funcionamiento familiar (FF-SIL) el cual mide tipos de familia corresponden al 45% de la población pertenecen a una familia disfuncional, el 25% de la población pertenecen a una familia funcional, el 20% de la población pertenecen a una familia moderadamente funcional, el 10% de la población pertenecen a una familia severamente disfuncional. En conclusión se pudo determinar que la mayor parte de padres de familia de los adolescentes consumidores de sustancias presentan un nivel de depresión leve (45%) y mediante el cuestionario se obtuvo que el (45%) de adolescentes consumidores tiene un tipo de Familia Disfuncional.

ABSTRACT

The present investigation was carried out in the Intensive Ambulatory Program of the Puyo Urban Health Center, from December 2016 to May 2017; its main objective was to analyze the level of depression in the family of adolescents who used substances, who attended the aforementioned institution. The design used was transversal and not experimental; the type of research was field and bibliographical; the level of research was descriptive. We worked with a population of 30 fathers or mothers, between 30 and 50 years old, with a non-probabilistic sample of 20 parents, taking into account the inclusion and exclusion criteria, considering the validity of the scale. The instruments used for the data collection were Beck Depression Inventory to determine levels of depression and the Family Functioning Questionnaire (FF-SIL) of Ortega, T., De la Cuesta, D. and Díaz, C., to determine types of family. The statistical analysis used for these qualitative variables was a description of frequencies and percentages to determine what level of depression and type of family exists; The results obtained from the application of the Beck Depression Inventory, which measures depression levels are: 9 parents corresponds to 45% of the population present a level of mild depression, 8 fathers or mothers correspond to 40 % Of the population present a moderate level of depression and 3 parents correspond to 15% of the population presented a level of severe depression. In the family functioning questionnaire (FF-SIL) which measures family types correspond to 45% of the population belong to a dysfunctional family, 25% of the population belong to a functional family, 20% of the population belong to a moderately functional family, 10% of the population belong to a severely dysfunctional family. In conclusion, it was possible to determine that the majority of parents of adolescent substance abusers present a level of mild depression (45%) and through the questionnaire it was obtained that (45%) of adolescent consumers have a type of Dysfunctional Family .

Reviewed by: Solís, Lorena
Language Center Teacher



1. INTRODUCCIÓN

En el presente proyecto de investigación se describe que el nivel de depresión puede llegar a presentarse en uno o más de los familiares de los pacientes atendidos en el Programa Ambulatorio Intensivo del Centro de Salud Urbano Puyo, del distrito de salud 16D01. El programa ambulatorio intensivo se inició en octubre del 2016 el principal objetivo de este programa es reducir los riesgos y daños del uso y consumo problemático de alcohol, tabaco y otras drogas en adolescentes y jóvenes pertenecientes al área de influencia del distrito, a través de grupos preventivos. También se determinan factores psicosociales de riesgo y de protección, además de sensibilizar sobre las principales problemáticas que impactan en los pacientes y su familia, de igual manera utilizar herramientas psicoeducativas y apropiar el concepto de una salud preventiva a los familiares, referentes para una organización comunitaria. (Ministerio de Salud Pública, 2016)

Entre las actividades que se realiza están la conformación de grupos preventivos comunitarios de pacientes, para el trabajo de prevención de uso y consumo problemático de alcohol, tabaco y otras drogas, también creación de un espacio óptimo para la interacción entre los pacientes, el desarrollo de actividades formativas, lúdicas (cultura, arte, deporte), donde los pacientes desarrollan habilidades, asimismo explorar nuevas dimensiones vinculadas a la problemática del consumo de drogas a partir de las aportaciones del grupo participativo. El programa de tratamiento brinda atención profesional de psicólogos clínicos, los cuales deben realizar evaluaciones completas a los pacientes que asisten, si el paciente no lograr superar la problemática, los pueden derivar a un tratamiento residencial. Como parte del tratamiento, a los familiares de los pacientes se les proporciona acompañamiento familiar, soporte emocional y se les da a conocer el plan terapéutico donde se llega a un acuerdo, que actividades deben realizarse en casa.

La Unicef, 'Niñez y Adolescencia (2015) el estudio precisa que casi 1 de cada 4 adolescentes (24%) alguna vez se ha embriagado y el 29% ha visto usar drogas a estudiantes del colegio. El 15% de los consultados confesó que sería fácil conseguir marihuana; el 8%, heroína; el 6%, cocaína; el 4%, éxtasis, y el 3%, pasta base.

Según la Organización Mundial de la Salud, (OMS, 2014) define a la depresión como: “Un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.”

La importancia de la investigación radica como un aporte a la familia de los adolescentes consumidores de sustancias los mismos que ayudaran en la recuperación de sus hijos, y no, solo verlo como un acompañante del paciente, esto será de gran ayuda para los demás integrantes de la familia.

1.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El presente problema surgió en el período de realización de las prácticas pre-profesionales, en el centro de salud urbano Puyo, en la sala del programa ambulatorio intensivo; debido a la gran incidencia de casos reportados de consumo de sustancias, situación que afecta a los jóvenes de hoy en día, lo que representa una preocupación para nuestra sociedad y a la familia de cada uno de los jóvenes. En esta investigación nos centraremos en la familia de los adolescentes consumidores de sustancias, de qué forma afecta esta situación en el núcleo familiar. Los casos que se presentan son derivaciones del DECE (Departamento de consejería estudiantil) al Programa Ambulatorio Intensivo.

La mayoría de los adolescentes han tenido alguna experiencia con bebidas alcohólicas y con otras drogas. Lo experimentan un poco y dejan de usarlas, o las usa ocasionalmente sin

tener problemas significativos. Algunos seguirán usándolas regularmente por varios niveles como: problemas físicos (mal formaciones, amputaciones, aumento o pérdida de peso, etc.), emocionales (aislamiento, bajo autoestima, agresividad, rebeldía, depresión, ansiedad conflictiva en la relación a la identidad y la orientación sexual, etc.) y sociales (fracaso escolar, muerte de algún amigo, ruptura sentimental, etc.). Algunos desarrollarán una dependencia y actuarán por años de manera destructiva hacia sí mismos y hacia otros, algunos eventualmente dejan de las drogas. Lo que esto ocasiona en la familia y especialmente en los padres, niveles de depresión por la impotencia de no saber cómo ayudar a sus hijos y ver como este problema va destruyendo su vida y por ende esto altera su entorno familiar. La depresión en los padres es un grave problema para la familia, ya que, ellos son el pilar fundamental de esta sociedad parental, si uno de ellos no funciona bien la familia se vendría a pique y esto también influenciaría de manera negativa para el adolescente consumidor a sentirse culpable lo que ocasionaría que consuma más.

Las estimaciones de la OMS (2015) indican que la depresión es frecuente en todas las regiones del mundo. Un estudio reciente respaldado por la OMS reveló que alrededor del 5% de las personas residentes en la comunidad han padecido depresión durante el último año con un resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Es decir, a nivel mundial afecta a 121 millones de personas y es la cuarta causa de discapacidad, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las mujeres muestran el doble de probabilidades de padecer los síntomas depresivos.

La Universidad Central del Ecuador (2014) en un reciente estudio de posgrado de Psiquiatría llegó a la conclusión de que en la capital se reporta una prevalencia del episodio depresivo mayor del 13,4% (por 100 habitantes adultos en 12 meses), muy por encima de la media de la región del 4,9%. Para la investigación se tomó una muestra de 1 800 habitantes de zonas urbana y rural. Dimitri Barreto, psiquiatra del Centro de Salud del Comité del Pueblo, explica que la depresión mayor no tiene un desencadenante externo, es decir, un sufrimiento, pérdida, fracaso; más bien existe una predisposición en el desarrollo neurológico y psicológico de la persona.

En el caso de Quito esta dolencia afecta más a viudos, en unión libre, y muy por detrás, a casados y jóvenes. Asimismo, hay un mayor impacto en los adultos, entre los 40 y 59 años. Además del elevado número de casos, preocupa que la incidencia (nuevos pacientes) está en ascenso. En Psiquiatría del Hospital Eugenio Espejo es la principal causa de atención, seguida de los trastornos de ansiedad, adaptación y situacional. En el 2011 representó el 19% de todas las consultas y en los primeros cinco meses de este año se elevó al 24,4%.

El Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes (Consep, 2015), La presencia se cumplió en el marco del análisis del proyecto de Ley de Prevención de Drogas, la muestra fueron jóvenes encuestados, abarca todas las edades, todos los niveles educativos, con la presencia del 50% de género masculino y femenino. Informó que en comparación con el año 2005, 2008 y 2012, se ve un decremento en la declaración del uso y consumo de alcohol y cigarrillo, así como en el comparativo de los estudios de la región.

El motor en que se ha retrasado la edad de inicio de consumo de drogas, a excepción de pasta base de cocaína, en el 2005 era 14.5 años; en el 2012 de 14.3 años, es decir, que los chicos que declararon haber usado estas sustancias lo hicieron a edad más temprana, indicador relevante por cuanto la pasta base tiene una composición nociva para la fisiología humana.

Al referirse a los datos demográficos dijo que la encuesta fue realizada en 23 capitales de provincia y en ciudades que superan los 10 mil habitantes, en zona urbana; a estudiantes de 12 a 17 años, aproximadamente 30 mil encuestas que significa a 514 mil 962 estudiantes.

Representa el 75% de los estudiantes de todo el país, que están registrados en esa edad; el porcentaje por género fue 52% masculino, 45% femenino y no se obtuvieron respuestas del 3%. El 78% fue realizado en colegios públicos y fiscales; 7% en colegios privados; el 14% en fiscomisionales y el 1% municipales. El 76% fue realizado en jornada de estudio matutino y el 24% en vespertina. En cuanto a las edades, el 33.4% corresponde a chicos de 14 a 15 años; el 31.3% de 12 a 13 años, el 29.1% de 16 a 17 años; y, más de 17 años, el 5.8%.

Según Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas CONSEP (2009), La Tercera Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población General, refiere que alrededor de un 4.9% de la población de la ciudad de Riobamba, asegura haber consumido algún tipo de sustancia alguna vez en la vida, siendo las drogas de mayor prevalencia vida la marihuana (4.3%), la cocaína (1.3%) y la pasta base (0.8%). Este patrón es repetitivo, a nivel de la región Sierra, las drogas de mayor prevalencia de vida son la marihuana (3.4%). Además, sumado a esto, que la edad promedio del primer consumo en el caso del tabaco es de 18.01 años y para el caso del alcohol es entre los 15 y 19 años. La problemática del consumo, y obviamente el fenómeno del tráfico, ha crecido en un sin número de variantes, afectando a niños, adolescentes, jóvenes y adultos de esta ciudad.

Según el informe de la Secretaria Técnica de Drogas (2015) sobre el consumo de drogas en estudiantes de 12 a 17 años, se tiene que el consumo de alcohol arroja un porcentaje sobre el 26% en la ciudad del Puyo; con respecto al consumo de cigarrillos, el uso ocasional supera el porcentaje más alto en la ciudad del Puyo (13%), el uso de estupefacientes en una forma frecuente es de 3.50% y el uso intenso es de 1.70% en los estudiantes. Las drogas más utilizadas son la marihuana, después la cocaína.

1.2 JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se realizó con el objetivo de determinar si existe algún tipo de depresión en los familiares de los adolescentes consumidores de sustancias del programa ambulatorio intensivo del Centro de salud Urbano Puyo

El consumo de sustancias es uno de los problemas que aqueja a la sociedad ecuatoriana de forma general, las personas por su desarrollo evolutivo inician la adolescencia, y se encuentran con una gran disponibilidad de distintas drogas, tienen que decidir si van o no a consumir las mismas y, si las llegan a probar, si van a continuar o no con dicho consumo, las variedades de drogas existentes en nuestro medio son (alcohol, tabaco, heroína, cocaína, hachís, drogas de síntesis, etc.), con lo que las posibilidades de acceso a distintas sustancias psicoactivas se da en distintos lugares como en casa, institución educativa o ambiente social y las posibilidades de adicción a unas y a otras es mayor hoy en día, que en otras épocas.

La familia es el núcleo fundamental de la sociedad y elemental para el desarrollo sostenible del bienestar de sus integrantes. El buen funcionamiento de la familia debe ser uno de los principales requisitos para el proceso de desintoxicación del consumidor porque evita una posible recaída del mismo. Por lo cual es importante fomentar la unión familiar, de una manera que esta pueda formar como parte de ayuda para el paciente, en donde los lazos de apegos de padres a hijos promuevan el cambio en su hijo, para que el mismo asuma su adicción de una manera consiente y responsable y que sea, el mismo el que tome la decisión sin sentirse obligado a buscar ayuda profesional.

El estudio es factible porque se cuenta con la aceptación por parte de las autoridades de la Institución para realizar la presente investigación, además de la colaboración y participación de los padres de familia de adolescentes consumidores de sustancias del programa ambulatorio intensivo del Centro de Salud Urbano Puyo, además de bibliografía, test psicológicos, recursos económicos, materiales para el desarrollo del proyecto de investigación.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

- Analizar el nivel de depresión en la familia de los adolescentes consumidores de sustancias del programa ambulatorio intensivo del Centro de Salud Urbano Puyo, periodo diciembre 2016 – mayo 2017.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de depresión que predomina en las familias de los consumidores de sustancias.
- Determinar el tipo de familia de los consumidores de sustancias atendidos en el programa ambulatorio intensivo de los adolescentes consumidores de sustancias del programa ambulatorio intensivo del Centro de Salud Urbano Puyo.
- Asociar el nivel de depresión y el tipo de familia de los adolescentes consumidores de sustancias del programa ambulatorio intensivo del Centro de Salud Urbano Puyo.

3. ESTADO DEL ARTE

3.1 Antecedentes de investigaciones

De la exploración realizada ligada con la depresión se ha logrado determinar que algunas investigaciones mantienen relación con otras variables tales como:

González Sánchez, J.D., García Aurrecochea, V.R., y Córdova Alcaráz, A., (2004) publicaron un Informe de investigación con el tema *Uso de sustancias entre adolescentes y su asociación con síntomas de depresión y percepción de sus relaciones familiares, en México, Centro Integral Juvenil A.C., Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación*. Se logró identificar algunos resultados:

Este estudio se realizó con el fin de identificar algunos factores familiares asociados al consumo de drogas entre adolescentes usuarios, participaron adolescentes entre 12 y 18 años, los cuales fueron sometidos a pruebas, un modelo predictivo de la ansiedad, depresión, consumo de alcohol y drogas entre los pacientes adolescentes atendidos, a partir de la percepción de las relaciones diádicas de la familia nuclear y el consumo de alcohol y drogas de los padres. De esta forma se obtuvo información de 110 adolescentes, con un promedio de edad de 15.8 años ($DE \pm 1.56$), 70 hombres (63.6%), más de la mitad con estudios de secundaria (58.2%) y un porcentaje similar con el estudio como principal ocupación. Entre los varones, 57.1% tenía estudios de educación secundaria y la mitad se dedicaban a estudiar (52.9%). Referente a las mujeres, 60.0% tenían estudios de secundaria y dos de cada tres estudiaban (67.5%). Así mismo, se entrevistaron 108 madres de familia, con un promedio de edad de 41.8 años ($DE \pm 6.65$); solamente 26.4% cuenta con estudios de secundaria y casi la mitad eran amas de casa (47.3%). Se recuperó información de 105 padres de familia, con un promedio de edad de 44.08 años ($DE \pm 7.08$); 54.3% con estudios de primaria o secundaria, 39.0% empleado, 21.8% obreros y 20.0% comerciantes. Se llegó a la conclusión que la depresión y la percepción de la intrusividad de la madre por parte del paciente fueron los principales predictores del consumo de drogas y alcohol del paciente.

Nunes Baptista M., De Aquino Lemo V., Munhoz Carneiro A. y Morais R. (2013). *Percepción del apoyo familiar en los consumidores de drogas y su relación con trastornos psiquiátricos*. Este estudio menciona:

Analizar las relaciones entre la percepción del apoyo familiar, los síntomas depresivos, ansiedad y desesperanza en las personas dependientes de alcohol o drogas. La muestra fue de 97 pacientes en tratamiento, de edades comprendidas entre 18 y 58 años, de ambos sexos de seis instituciones privadas para el tratamiento de la drogodependencia, ubicado en Santos - SP / Brasil. Los participantes respondieron al Inventario de Percepción de Apoyo a la Familia, IPSF, el Inventario de Depresión de Beck-BDI, el Inventario de Ansiedad de Beck, BAI, Escala de Desesperanza - Beck y criterios para el abuso o dependencia de sustancias en el DSM-IV TR. Los resultados indican que de todos los pacientes que fueron tomados como muestra, existe un 72% de correlaciones negativas entre el apoyo familiar percibido y los niveles de depresión, ansiedad y desesperanza. El apoyo familiar resultó ser un factor como una variable condicionada por los niveles de ansiedad y depresión. Estos resultados indican que la percepción del apoyo familiar puede ser un importante apoyo social para el paciente con dependencia al alcohol o drogas.

Rivera Rivera L., Rivera Hernandez P., Pérez Amanezcua B., Legua López A. y de Castro F. (2015) publicaron un artículo con el tema: *Factores individuales y familiares asociados con sintomatología depresiva en adolescentes de escuelas públicas de México*, basados en:

Un estudio transversal con muestra representativa de 9 982 estudiantes de 14 a 19 años. Se estimaron modelos de regresión logística para obtener razones de momios (RM), con intervalos de confianza a 95%. La proporción fue mayor en mujeres (34%) que en hombres (18%). Factores asociados: sexo femenino (RM=2.25 IC95% 1.86-2.71); baja autoestima (RM=2.77 IC95% 2.41-3.19); consumo de alcohol (RM=1.72 IC95% 1.46-2.02); consumo de tabaco (RM=1.57 IC95% 1.31-1.88); consumo de drogas (RM=1.63 IC95% 1.29-2.05); violencia intrafamiliar (RM=2.05 IC95% 1.77-2.39); baja comunicación padres e hijos (RM=1.78 IC95% 1.59-2.00).

Se llegó a la conclusión que La sintomatología depresiva en estudiantes de nivel medio superior es un problema de salud pública en México.

Seijo, D, Novo M, Carracedo S. Fariña F. (2010) publica *Efectos de la ruptura de los progenitores en salud física y psicoemocional de los hijos*.

En el estudio de una muestra de 125 hijos mayores de 18 años, 63 padres separados y 63 familias intactas se encontraron que la experiencia del divorcio de los padres se relacionaba con una mayor incidencia de alteraciones emocionales. Además se constató que los hijos de padres separados, en comparación con los que se mantienen con familias intactas, habían recibido más atención psiquiátrica y psicológica a lo largo de su vida.

3.2 DEPRESIÓN

3.2.1 Conceptualización de la depresión

Los trastornos del ánimo se clasifican de la misma forma para niños y adultos, teniendo sólo algunas variaciones en cuanto al tiempo de evolución. De acuerdo a la Asociación Americana de Psiquiatría (2002), los trastornos del ánimo en todas las etapas evolutivas, se clasifican en: Trastornos Depresivos unipolares (Trastorno Depresivo Mayor, Distimia, Trastorno Depresivo no especificado) y Trastornos Bipolares (Trastorno Bipolar 1, Trastorno Bipolar 2 y Trastorno Bipolar mixto). En Chile se utilizan principalmente dos sistemas de clasificación diagnóstica el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM- IV- TR] y a través de la Clasificación Internacional de Enfermedades y otros problemas relacionados con la Salud [CIE – 10] (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1992). Por una parte, el DSM- IV- TR, no presenta criterios específicos para las etapas del desarrollo, empleando los mismos criterios para los trastornos depresivos en adultos, excepto dos anotaciones. En primer lugar, el estado de ánimo en niños y adolescentes puede ser irritable como un equivalente al ánimo deprimido, y en segundo lugar, más que apreciar pérdida o aumento de peso se valora el fracaso en lograr el aumento de peso esperado (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2002). La Asociación Americana de Psiquiatría (2002), fijó como criterios de

depresión, tanto para adultos como en niños, la existencia de: Humor disfórico (ánimo depresivo o irritable) y presencia de al menos 4 de los siguientes síntomas: Mal apetito o pérdida de peso; aumento del apetito o ganancia de peso; dificultad para dormir o exceso de sueño, falta de energía, agitación psicomotora o retardo, pérdida de interés o agrado en actividades usuales, tendencia constante al autorreproche o exceso de culpas, disminución subjetiva u objetiva de la capacidad de concentración y pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas. Este ánimo depresivo o irritable es casi todos los días y durante la mayor parte del día, por al menos dos semanas. Su curso es episódico y altera el desarrollo y desempeño normal del niño o adolescente, generando una discapacidad de sus funciones sociales, escolares, familiares y emocionales (APA, 2002). La Organización Mundial de la Salud a través del CIE – 10, señala que la anomalía principal en la depresión es una alteración del humor o de la afectividad, junto a cambios en el nivel general de actividad. Los otros síntomas ocupan un lugar secundario a estas alteraciones del humor y de la vitalidad o pueden ser comprendidos en su contexto. Este trastorno tiende a ser recurrente y el inicio de cada episodio suele estar en relación con acontecimientos o situaciones estresantes (OMS, 1992)

Es una enfermedad que se caracteriza por un sentimiento de profunda tristeza, decaimiento anímico, pérdida de interés por todo e imposibilidad de experimentar placer o capacidad de disfrutar de cualquier experiencia. Se prolonga por un extenso periodo de tiempo, afectando el orden de la vida cotidiana y relaciones sociales; tanto es así que es la segunda enfermedad mental más incapacitante en cuanto al grado de discapacidad y el gasto social que origina.

(Rojas 2006) dice que “Las depresiones son un conjunto de enfermedades psíquicas hereditarias o adquiridas, con una sintomatología determinada, a la que se asocian cambios negativos de tipo somático, psicológico, conductual, cognitivo y asertivo.”

Ocasionalmente, todos nos sentimos melancólicos o tristes, pero estos sentimientos, por lo general, son pasajeros y desaparecen en unos días. Cuando una persona tiene un trastorno

depresivo, este interfiere con la vida diaria y el desempeño normal y causa dolor tanto para quien padece el trastorno como para quienes se preocupan por él o ella. La depresión es una enfermedad común pero grave y la mayor parte de quienes la padecen necesitan tratamiento para mejorar. (National Institute of Mental Health, 2009)

Los síntomas incluyen: anhedonia, fatiga, deterioro de la capacidad de concentración (World Health Organization, 1992, citado por Moratos, et als., 2008), pero también se caracteriza por una disminución de la autoestima y sentimientos de culpa. En los casos extremos puede desencadenar intentos de suicidio y hasta la consumación del mismo. Los síntomas se agrupan en cuatro tipos (afectivos, cognitivos, conductuales y físicos). Dentro de los síntomas afectivos se encuentran el humor bajo, desánimo y tristeza. Dentro de los síntomas cognitivos se presentan los pensamientos negativos sobre sí mismo, el mundo y el futuro. En los síntomas conductuales hay una disminución de la actividad social y conductas que solían ser habituales, también se presenta una lentitud al andar y al hablar, desgano o una agitación motora. Y por último, los síntomas físicos que pueden variar en cuanto a la disminución o incremento, pero estarían los relativos al sueño, apetito, falta de energía, etc. (Pérez Álvarez y García Monto, 2001)

APA Diccionario conciso de psicología (2009, p127). Fluctuación en el estado normal que va desde desdicha y descontento a un sentimiento extremo de tristeza, pesimismo y desaliento.

3.2.2 Niveles de depresión

Organización mundial de la salud, CIE-10 (2002), describe a la depresión como:

En los episodios depresivos típicos de cada una de las tres formas descritas a continuación, leve (F32.0), moderado (F32.1), o grave (F32.2 y F32.3), por lo general el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) La disminución de la atención y concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o autoagresiones.
- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias síntomas obsesivos persistentes o por preocupaciones hipocondríacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de por lo menos dos semanas, aunque periodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

1.- F32.0 Episodio depresivo leve

El ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente. Ninguno de los síntomas debe estar presentes en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tienen alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social aunque es probable que no las deje por completo.

- F32.1 Episodio depresivo moderado

Deben estar presentes dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodios descritos leves (F32.0) así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten. El episodio depresivo debe durar al menos de dos semanas.

Un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollándose su actividad social, laboral o doméstica.

- F32.2 Episodio depresivo grave

Un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación por sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves.

Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotrices, el enfermo suele estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas, pero sí los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas.

Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado.

3.3 FAMILIA

Desde una concepción tradicional, se puede observar que “la familia ha sido el lugar primordial donde se comparten y gestionan los riesgos sociales de sus miembros” (Carbonell, José et al 2012. p.4)

Desde su origen, la familia tiene varias funciones que podríamos llamar universales, tales como: reproducción, protección, la posibilidad de socializar, control social,

determinación del estatus para el niño y canalización de afectos, entre otras. La forma de desempeñar estas funciones variará de acuerdo a la sociedad en la cual se encuentre el grupo familiar. (Pérez. A. y Reinoza. D. 2011. p. 629).

La sociedad más antigua de todas, y la única natural, es la de una familia; y aún en esta sociedad los hijos solo perseveran unidos a su padre todo el tiempo que le necesitan para su conversación. Desde el momento en que cesa esta necesidad, el vínculo natural se disuelve (Rosseau, J. 2008.p.9).

3.3.1 Tipos de familia

Según la Constitución de la República del Ecuador en el Art. 67 señala lo siguiente: “Se reconoce la familia en sus diversos tipos. El estado la protegerá como núcleo fundamental de la sociedad y garantizará condiciones que favorezcan integralmente la consecución de sus fines. Estas se constituirán por vínculos jurídicos o de hecho y se basaran en la igualdad de derechos y oportunidades de sus integrantes” (Constitución 2008)

Ángela Quintero en su obra “Trabajo social y procesos familiares” (2007) manifiesta algunos tipos de familia como:

- **Familias tradicionales**

- Familia nuclear, integrada por padres e hijos.

- Familias extensas, además de tres generaciones, otros parientes tales como tíos, tías, primos o sobrinos viven en el mismo hogar.

- Familia ampliada, de deriva de la extensa con la diferencia que permite la presencia de miembros no consanguíneos, que interactúen funciones de forma temporal o definitiva.

- **Familias del nuevo tipo**

- Familia reconstituida, que viven de otros matrimonios o cohabitación de personas que tuvieron hijos con otras parejas.

-Familias uniparentales o monoparentales, se forman tras el fallecimiento de uno de los cónyuges, el divorcio, la separación, el abandono o la decisión de no vivir juntos.

-Familias homosexuales, conformada por una relación estable y de afecto entre dos personas del mismo sexo.

Formas de convivencia diferente a la familia

-Díadas conyugales o parejas, se compone únicamente de dos personas que se han unido porque comparten los mismos intereses y situaciones.

-Estructura unipersonal, ciclo individual u hogar unipersonal, adultos que viven solos, que no comparten vivienda como personas solteras, separadas o viudas.

-Hogar o unidad doméstica, los miembros de la familia tienen un mismo fin, el de aumentar el número de perceptores económicos.

-Familia de origen, formada por la familia nuclear siempre será la misma.

3.3.2 Funciones de la familia

Cada persona tiene necesidades que deben satisfacer y que son muy importantes para su calidad de vida. La familia es el primer lugar en donde el niño aprende a satisfacer esas necesidades que, en el futuro, le servirán de apoyo para integrarse a un medio y a su comunidad. Una de las funciones más importantes de la familia es, en este sentido, satisfacer las necesidades de sus miembros.

Según (Minuchin. S., 1986, citado por Arés. P., 2002), todas las personas, especialmente los niños, necesitan que la familia a la que pertenecen cumpla con estas funciones. Es tarea de cada miembro de la familia hacer todo lo posible para lograr esto.

- La función biológica, que se cumple cuando una familia da alimento, calor y subsistencia.
- La función económica, la cual se cumple cuando una familia entrega la posibilidad de tener vestido, educación y salud.

- La función educativa, que tiene que ver con la transmisión de hábitos y conductas que permiten que la persona se eduque en las normas básicas de convivencia y así pueda, posteriormente, ingresar a la sociedad.
- La función psicológica, que ayuda a las personas a desarrollar sus afectos, su propia imagen y su manera de ser.
- La función afectiva, que hace que las personas se sientan queridas, apreciadas, apoyadas, protegidas y seguras.
- La función social, que prepara a las personas para relacionarse, convivir, enfrentar situaciones distintas, ayudarse unos con otros, competir, negociar y aprenderá relacionarse con el poder.
- La función ética y moral. Que trasmite los valores necesarios para vivir y desarrollarse en armonía con los demás.

3.4 FAMILIA DE CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS

Hay familias que tienen problemas de adicción. Dentro de este tema se podría ver que es bastante amplio el tipo de adicciones, puede ser la adicción a las sustancias químicas legales (alcohol, tabaco, medicamentos, azúcares), adicción a sustancias químicas ilegales (cocaína, marihuana). El adicto sería en estos casos, el patrón con una conducta constante, pero al mismo tiempo la situación afecta a toda la familia. (González, 2012).

Se podrá observar que la adicción de un componente de la familia es algo que se vuelve una adicción a toda la familia, por esta razón se puede ver que siempre es necesario una rehabilitación. Dentro de estas familias adictogénicas es también muy probable que lleguen a ser adictos de alguna forma otros miembros de la familia. Esto muestra la necesidad de no solo trabajar con el adicto en una familia, sino con toda la familia para poder salir de los círculos viciosos en los cuales viven.

Secades y Fernández Hermida (2001, p62) definen como factores de riesgo “aquellas circunstancias o características personales o ambientales que, combinadas entre sí, podrían resultar predisponentes o facilitadoras para el inicio o mantenimiento del uso y

abuso de drogas. Los factores de protección se definen como aquellas variables que contribuyen a modular o limitar el uso de drogas”.

Algunos autores que han escrito acerca de la drogadicción y sus causas (Berjano y Musitu, 1987; García, 1991; Kumpfer y Turner, 1991; Newcomb y Félix-Ortiz, 1992) coinciden al pensar, que no existe un único motivo que pueda considerarse responsable de la adicción a las drogas de abuso, sino que es la suma o interacción de diversos factores lo que puede determinar la incidencia y prevalencia de la adicción a una droga.

Según Kumpfer, Olds, Alexander, Zucker y Gary (1998), proponen el siguiente listado de correlatos familiares del abuso de drogas en los adolescentes:

- Historia familiar de problemas de conducta, incluyendo: modelo de los padres o hermanos de valores antisociales y de consumo de drogas, actitudes favorables hacia el uso de drogas, personalidad antisocial, psicopatología o conducta criminal de los padres.
- Prácticas pobres de socialización, incluyendo fallos para promover un desarrollo moral positivo, negligencia para enseñar habilidades sociales y académicas y para transmitir valores prosociales y actitudes desfavorables al uso de drogas en los jóvenes.
- Supervisión ineficaz de las actividades, compañías, etc. de los/as hijos/as.
- Disciplina ineficaz: laxa, inconsistente o excesivamente severa. Sobre control o bajo control de los/as hijos/as. Expectativas y demandas excesivas o no realistas y castigo físico severo.
- Relaciones pobres entre padres e hijos/as: ausencia de lazos familiares, negatividad y rechazo de los padres hacia el/la hijo/a o viceversa, escasez de tareas compartidas y de tiempo juntos, interacciones mal adaptativas entre padres e hijos/as.
- Conflicto familiar excesivo, con abusos verbales, físicos o sexuales.
- Desorganización familiar y estrés, con frecuencia provocados por la ausencia de habilidades de manejo familiar eficaces.

- Problemas de salud mental, como depresión, que pueden causar puntos de vista negativos sobre las conductas de los/as hijos/as, hostilidad hacia estos o disciplina demasiado severa.
- Aislamiento familiar y ausencia de una red de apoyo familiar eficaz.
- Diferencias familiares en el grado de culturización o pérdida de control de los padres sobre el adolescente debido a un menor grado de culturización.

3.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Adicto: Estado de dependencia psicológica, física (o ambas) del uso del alcohol u otras drogas. Para describir este estado se prefiere el termino dependencia de sustancias porque se refiere de manera más explícita a los criterios de diagnóstico, que incluyen tolerancia, retraimiento, pérdida del control y consumo compulsivo de la sustancia. Las sustancias químicas con potencial significativo para producir dependencia se conocen como drogas adictivas. Incluyen al alcohol, las anfetaminas y otros estimulantes del SNC, depresores del SNC, cocaína y crack, alucinógenos, inhalantes y opioides. (APA, 2010)

Diada: una pareja de individuos en una situación interpersonal. (APA, 2010)

Trastorno: grupo de síntomas que involucran conductas o condiciones fisiológicas anormales, aflicción persistente o intensa o una alteración del funcionamiento fisiológico. (APA, 2010)

Generaciones: el acto o proceso de reproducción. La prole que se encuentra en la misma etapa de descendencia de un ancestro común. El intervalo promedio del nacimiento de los padres y el nacimiento de sus vástagos. (APA, 2010)

Homosexualidad: es la orientación sexual que manifiesta una interacción, una atracción de tipo sexual, emocional, sentimental y afectiva hacia los individuos del mismo sexo.

Pérdida de apetito: Cuando existe carencia en la alimentación del aporte calórico básico necesario en cada persona. No todas las personas precisan el mismo aporte luego el cálculo de necesidades se debe hacer para cada una y su actividad diaria. Lo que para una persona es un aporte equilibrado para otra puede ser muy bajo. (Feldman M 2007)

Psicofármacos: Fármaco o sustancia química que actúa sobre el Sistema Nervioso Central (y parcialmente sobre el SNV) y que se usa para el tratamiento de los trastornos de la salud mental. (OMS 2014)

Síntoma: es una señal que aparece en el organismo en respuesta a una enfermedad. Una enfermedad es generalmente responsable de varios síntomas, que pueden ser idénticos de una patología a otra, de ahí el interés de hacer coincidir todos los síntomas y utilizar los llamados exámenes complementarios para permitir un estudio más detallado de éstos y las posibles causas responsables. (APA 2010)

Drogadicción: la enfermedad que puede padecer cualquier ser humano y que consiste en la dependencia de la ingesta de sustancias que afectan directamente al sistema nervioso central, sus principales funciones, en lo que hace a lo estrictamente sensorial y también en lo que respecta a los estados de ánimo. (APA, 2010)

Vínculo afectivo: que se siente por otras personas y el placer de tenerlo cerca, tocarlo o tocarla, soñar con él o con ella y otras acciones que resultan muy estimulantes. La forma más efectiva de los vínculos afectivos es el amor. (Quintero, A. 2009)

4. METODOLÓGIA

4.1 Tipo de investigación

De campo: La presente investigación se llevó a cabo en el Programa ambulatorio intensivo del centro de salud urbano puyo, lugar en el cual se centra se presenta el problema de manera natural, y de este modo se logró conseguir la situación lo más real posible.

Bibliográfica: para extraer y recopilar información relevante, se obtendrán datos científicos de libros, revistas, folletos, los mismos que servirán de sustento para esta investigación.

4.2 Diseño de la investigación

Trasversal: Los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. (Sampieri, 2010, p.151). Por lo antes mencionado la presente investigación es de tipo transversal, ya que se efectúa en un periodo de tiempo concreto que abarca un lapso de seis meses (diciembre 2016- mayo de 2017).

No experimental: La investigación no experimental es aquel estudio en el que no se realiza manipulación deliberada de variables y en el que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos. En un estudio no experimental no se busca crear ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, las cuales no son provocadas intencionalmente en la investigación por quien la realiza (Hernández Sampieri, 2014).

4.3 Nivel de la investigación

Descriptiva

Un estudio descriptivo consiste en detallar fenómenos, situaciones, contextos y sucesos; esto es, cómo son y se manifiestan. El objetivo de los estudios descriptivos busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos,

comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas. (Sampieri, 2014).

4.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

4.4.1 Población

La presente investigación tiene como objetivo principal analizar el nivel de depresión en los tipos de familia, trabajando con población mixta (masculino y femenino); mismos que presentan signos y síntomas claros de la depresión, ocasionados por sus hijos adolescentes consumidores de sustancias que son atendidos en el programa ambulatorio intensivo del centro de salud urbano puyo, en el periodo determinado para la investigación. Con un total de 30 padres o madres de familia que acudieron a mencionada institución durante el periodo de evaluación.

4.4.2 Muestra

La muestra es no probabilística, porque no se requirió el uso de una fórmula estadística, esta fue seleccionada de acuerdo al criterio de la investigadora, en función de la presencia de Depresión luego de los datos proporcionados por el Programa Ambulatorio Intensivo del Centro de salud urbano puyo, cuya muestra corresponde a 20 padres o madres de familia que acompañan a sus hijos que se atiendan al centro de salud.

Criterios de inclusión

- 20 Padres o madres de Familia que acompañan a sus hijos para que se atiendan al centro de salud.

Criterios de exclusión

- 8 Padres o madres de Familia que no acompañan a sus hijos para que se atiendan al centro de salud.
- 2 Personas que están atravesando un periodo de duelo.

4.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

4.5.1 Técnicas

Instrumentos de Evaluación Psicológica: Son las técnicas a través de las cuales se obtienen los datos referentes a las características psicológicas de las personas en estudio. Estos instrumentos constituyen la base sobre la cual reposan los fundamentos de la exploración y el análisis del comportamiento del hombre, sirve para evaluar las diferencias humanas. Los instrumentos psicológicos se construyen en base a teorías psicológicas que intentan explicar el comportamiento humano (González, 2007).

Observación clínica: La observación es el método básico usado para la recogida de datos, a través de la planificación de los objetivos concretos que nos permita hacer supuestos, a la vez no existe manipulación, solo se trata de describir para analizar un determinado comportamiento.

4.5.2 Instrumento

4.5.2.1 Inventario de Depresión de Beck (Beck y cols, 2011)

Es un cuestionario autoaplicado de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos, se sistematizan 4 alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad / intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa. Ni la numeración de las alternativas de respuesta, ni los enunciados de los distintos ítems deben aparecer en el formato de lectura del cuestionario, ya que al dar una connotación clínica objetiva a las frases pueden influir en la opción de respuesta del paciente.

Tiempo de administración: 5 a 10 minutos

Población: adultos y adolescentes de 13 años o más.

Cálculo de las puntuaciones directas

Se obtienen una puntuación mínima y máxima de 0 y 63, de sumando los 21 ítems, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico. Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad/ severidad son los siguientes:

No depresión:	0-13 puntos
Depresión leve:	14-19 puntos
Depresión moderada:	20-28 puntos
Depresión grave:	≥ 29 puntos

Consigna

Se solicitan a las personas evaluadas que elijan las afirmaciones más características que cubren el marco temporal de las últimas dos semanas, incluido el día de hoy, para ser consistente con los criterios del DSM-IV para la depresión mayor.

4.5.2.2 Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL)

Este instrumento denominado FF-SIL, es un test de funcionamiento familiar de Ortega, T., De la Cuesta, D. y Días, C., que mide el grado de funcionalidad basados en 7 variables: cohesión, armonía, comunicación, afectividad, roles, adaptabilidad y permeabilidad, permite al identificar el factor relacionado causante del problema familiar y así intervenir más eficaz y efectivamente en este. El FF-SIL, cuestionario de funcionamiento familiar, tiene sólo 14 ítems.

De 70 a 57 puntos. Familias funcional

De 56 a 43 puntos. Familia moderadamente funcional

De 42 a 28 puntos. Familia disfuncional

De 27 a 14 puntos. Familia severamente disfuncional

Número de pregunta y las Situaciones Variables que mide:

1 y 8..... Cohesión

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

4.5.3. Técnicas para procesamiento e interpretación de datos.

Los resultados obtenidos de los instrumentos aplicados fueron analizados mediante la estadística básica en el programa Excel; los resultados fueron representados a través de las tablas para posteriormente elaborar conclusiones.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 Resultados

5.1.1 Inventario De Depresión De Beck.

Tabla 1

Estrato	Frecuencia	Porcentaje
Leve	9	45%
Moderado	8	40%
Grave	3	15%
Total	20	100%

Resultados de la variable Depresión

En la Tabla 1 posterior a la aplicación de la Escala de Depresión de Beck en un total de 20 padres o madres de familia, correspondiente al 100% de la población, se termina que el 45% de la población (9 padres o madres) presentan un nivel de depresión leve, el 40% de la población (8 padres o madres) presentan un nivel de depresión moderado y que el 15% de la población (3 padres o madres) presentan un nivel de depresión grave.

Tabla N°2

Resultados de la variable Tipos de familia

Estrato	Frecuencia	Porcentaje
Familia funcional	5	25%
Familia moderadamente funcional	4	20%
Familia disfuncional	9	45%
Familia severamente disfuncional	2	10%
Total	20	100%

5.1.2 Cuestionario De Funcionamiento Familiar (FF-SIL)

En la Tabla 2 se encontraron los siguientes resultados a la aplicación del cuestionario del funcionamiento familiar (FF-SIL) en un total de 20 padres o madres de familia, correspondiente al 100% de la población, se encontró que el 25% de la población (5 padres o madres) presentan un tipo de familia funcional, el 20% de la población (4 padres o madres) presentan un tipo de familia moderadamente funcional, el 45% de la población (9 padres o madres) presentan un tipo de familia disfuncional y el 10% de la población (2 padres o madres) presentan un tipo de familia severamente disfuncional.

5.1.3 Relación entre el nivel de depresión y tipo de familia

Tabla N°3

Relación entre nivel de depresión y tipo de familia

N. Depresión	T. Familia Funcional		Familia moderadamente funcional		Familia disfuncional		Familia severamente Funcional	
	N.	Porcentaje	N.	Porcentaje	N.	Porcentaje	N.	Porcentaje
Leve	3	15%	3	15%	3	15%	0	0
Moderado	2	10%	1	5%	4	20%	1	5%
Grave	0	0%	0	0	2	10%	1	5%
Total	5	25%	4	20%	9	45%	2	10%

En la tabla 3 se encontraron los siguientes resultados: el 25% de la población corresponde a las familias funcionales, de las cuales el 15% de ellas presentan un nivel de depresión leve y el 10% de las mismas presentan un nivel de depresión moderado; en lo que respecta a las familias moderadamente funcionales tenemos un total del 20%, donde se evidencia que el 15% de estas presentan un nivel de depresión leve y el 5% un nivel de depresión moderada; el 45% de la población pertenece a las familias disfuncionales, en las que, el 15% presentan un nivel de depresión leve y el 20% un nivel de depresión moderada y por último el 10% de la población evaluada corresponde a las familias severamente funcionales, donde el 5% de ellas muestran tener un nivel de depresión leve y el otro 5% un nivel de depresión moderada.

5.2 Discusión

Rojas (2006) menciona que “Las depresiones son un conjunto de enfermedades psíquicas hereditarias o adquiridas, con una sintomatología determinada, a la que se asocian cambios negativos de tipo somático, psicológico, conductual, cognitivo y asertivo”, a pesar que es un punto muy importante de estudio no existen investigaciones sobre la Depresión en los familiares de los adolescentes consumidores de sustancias.

Se han encontrado investigaciones anteriores como la de Nunes Baptista M., De Aquino Lemo V., Munhoz Carneiro A. y Morais R. (2013) *Percepción del apoyo familiar en los consumidores de drogas y su relación con trastornos psiquiátricos*, de acuerdo con la investigación realizada las personas que tienen familias disfuncionales presentan problemas con el consumo de sustancias, estos resultados indican que la percepción del apoyo familiar puede ser un importante apoyo social para el paciente con dependencia al alcohol o drogas, por lo cual los padres de los adolescentes con esos problemas presentan un nivel de depresión Leve, que se caracteriza por la pérdida de interés, capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, lo cual se da en unos de los dos padres de los adolescentes consumidores de sustancias. Por otro lado, se ha podido evidenciar un nivel de depresión Moderado presentes en ocho padres, los mismos que presentan dificultades para poder continuar desarrollándose en sus actividades sociales, laborales, familiares y un nivel de depresión Grave en tres padres manifestando considerable angustia o agitación, von características marcadas y una pérdida de estimación por sí mismo con sentimientos de inutilidad y riesgo de suicidio.

Por otro lado en la investigación de Seijo, D, Novo M, Carracedo S. Fariña F. (2010) publicó *Efectos de la ruptura de los progenitores en salud física y psicoemocional de los hijos*, se constató que los hijos de padres separados, en comparación con los que se mantienen con familias intactas, habían recibido más atención psiquiátrica y psicológica a lo largo de su vida, de acuerdo a la investigación realizada predomina el tipo de Familia Disfuncional, a la que se considera un comportamiento inadecuado o inmaduro de uno de los padres el mismo que va inhibir en el crecimiento de la individualidad y la capacidad de

relacionarse sanamente con los miembros de la familia, no solo la separación de los padres puede ser un factor, se la puede considerar como una familia disfuncional sino también, la ruptura sentimental entre los padres, la mala relación con los hijos, falta de comunicación, o la rivalidad entre hermanos, por lo tanto, la estabilidad emocional y psicológica de los padres es fundamental para el buen funcionamiento de la familia, ya que esto ayudara de manera importante para la rehabilitación de sus hijos.

Finalmente los resultados obtenidos presentan relación con los estudios internacionales citados sin embargo es necesario tomar en cuenta que no solo el consumo de sustancias puede predecir al desarrollo de una depresión ya que existen factores biopsicosociales como que también pueden estar asociados a la depresión.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

A partir de los datos recabados, se concluye mencionando que:

- Posterior a la investigación realizada en una población total de 20 padres o madres de familia que acompañan a sus hijos al Programa Ambulatorio Intensivo del Centro de Salud Urbano Puyo, correspondiente al 100% de la población, se determina que, el nivel leve de depresión predomina en uno de los padres de los adolescentes consumidores de sustancias, con un 45% (9 padres o madres) presenta un nivel de depresión Leve, con un 40% (8 padres o madres) muestran un nivel de depresión Moderado y un nivel Grave un 15% (3 padres o madres).
- A partir de los datos obtenidos del Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) de un total de 20 madres o padres de familia que acompañan a sus hijos al Programa Ambulatorio Intensivo en el periodo diciembre 2016 – mayo 2017 correspondiente al 100% de la población, se determina que el 45% de la población (9 Familias) pertenecen a un tipo de Familia Disfuncional , el 25% (5 familias) pertenecen a un tipo de Familia Funcional, 20% (4 familias) pertenecen a un tipo de Familia Medianamente Funcional, 10% (2 familias) pertenecen a un tipo de Familia Severamente Funcional.
- Después de obtener los resultados finales, se puede concluir el 25% de la población corresponde a las familias funcionales, de las cuales el 15% de ellas presentan un nivel de depresión leve y el 10% de las mismas presentan un nivel de depresión moderado; en lo que respecta a las familias moderadamente funcionales tenemos un total del 20%, donde se evidencia que el 15% de estas presentan un nivel de depresión leve y el 5% un nivel de depresión moderada; el 45% de la población pertenece a las familias disfuncionales, en las que, el 15% presentan un nivel de depresión leve y el 20% un nivel de depresión moderada y por último el 10% de la población evaluada corresponde a las familias

severamente funcionales, donde el 5% de ellas muestran tener un nivel de depresión leve y el otro 5% un nivel de depresión grave.

6.2 Recomendaciones

Una vez culminada la investigación se recomienda lo siguiente:

- Implementar la evaluación de Depresión a los padres de los adolescentes consumidores de sustancias del Programa Ambulatorio Intensivo del Centro de Salud Urbano Puyo, con la finalidad de brindar un tratamiento óptimo e integral a los adolescentes.
- Se recomienda al Programa Ambulatorio Intensivo del Centro de Salud Urbano Puyo, que se integre al equipo de trabajo a personal para actividades de ocio cómo bailoterapia, manualidades, teatro, y etc. Donde el familiar pueda tener un espacio de relajación y disfrute mientras espera a su hijo.
- Es necesario trabajar con un equipo multidisciplinario, como psiquiatras, trabajadores sociales, psicólogos clínicos, psicoterapeutas, médico, en los casos que se pueda ver afectada la salud del padre de familia del adolescente.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APA. (2010). *Diccionario conciso de Psicología*. México D.F: Editorial El Manual Moderno

Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento*. Zaragoza: COMETA S.A.

Baeza, C., Bulbena, A., Fénérier, C., & Gély, M.-C. (2011). *Trastornos psicosomáticos y su relación con alexitimia, ansiedad, depresión y demanda de ayuda psicológica*. En P. y. Salud.

Consuegra, N. (2010). *Diccionario de Psicología*. Recuperado de https://clasesparticularesenlima.files.wordpress.com/2015/05/diccionario_psicologia.pdf

VandenBos, G. (2010). En *Diccionario Conciso de Psicología* (pág. 18). México D.F: El Manual Moderno.

Diario Últimas Noticias. (16 de Noviembre de 2010). *Las Drogas más Consumidas*.

Courtwright, D. (2002). *Las Drogas y la formación del Mundo Moderno*. España: Paidós.

Nunes Baptista M., De Aquino Lemo V., Munhoz Carneiro A. y Morais R. (2013). *Percepción del apoyo familiar en los consumidores de drogas y su relación con trastornos psiquiátricos*. *Adicciones*, 25,(3), p220-225. Recuperado de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/49/48>.

Alonso-Fernández, F. (2011).

Salud Mental. Díaz De Guíjarro, Citado por Frode Gómez, K. (2007) *Derecho Procesal familia*. México.

Bogaert García., Huberto. (2012). *La Depresión: Etiología Y Tratamiento*. Ciencia y Sociedad, XXXVII, 2, pp. 183-197 Instituto Tecnológico de Santo Domingo, República Dominicana Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/jusju/v10n1/v10n1a02.pdf>

Pérez Lo Presti, A y Reinoza Dugarte, M. (2011) *El educador y la familia disfuncional*. En: Revista Educere. Ediciones Universidad de los Andes. Facultad de Humanidades y Educación. 15, 22. Septiembre-diciembre de 2011. Mérida, Venezuela

Seijo, D, Novo M, Carracedo S. Fariña F. (2010) *Efectos de la ruptura de los progenitores en salud física y psicoemocional de los hijos*. Revista Galega de Cooperación Científica Iberoamericana, 19, p16-21. Recuperado de file:///C:/Users/hp/Downloads/245-875-1-PB%20(1).pdf

Vargas. H., (2014) *Tipo de familia y ansiedad y depresión*. Revista Médica Herediana. Lima, 25, p57-59. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2014000200001&script=sci_arttext

El Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes (Consep, 2015), *La presencia se cumplió en el marco del análisis del proyecto de Ley de Prevención de Drogas*. Recuperado de http://www.ecuadorinmediato.com/index.php?module=Noticias&func=news_user_view&id=2818775459.

Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (Consep 2009), *La Tercera Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población General*. Recuperado de http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/savia/PDF/2012_plan_preveni%C3%B3n.pdf.

Hinostroza-Gastelú L, Huashuayo-Vega C, NavarroGómez S, Torres-Deza C, Matos-Retamozo L. (2011). *Dinámica familiar y manifestaciones de depresión en escolares*. Rev Enferm Herediana.; 4 (1): p12-19. Recuperado de file:///C:/Users/hp/Downloads/245-875-1-PB%20(1).pdf.

González Sánchez, J.D., García Aurrecochea, V.R., y Córdova Alcaráz, A., (2004) publicaron un Informe de investigación con el tema *Uso de sustancias entre adolescentes y su asociación con síntomas de depresión y percepción de sus relaciones familiares, en México, Centro Integral Juvenil A.C., Dirección de Investigación y Enseñanza,*

Subdirección de Investigación. Recuperado de <http://www.cij.gob.mx/Programas/Investigacion/pdf/04-03.pdf>

Pérez Milena A. et al. (2009). *Estructura y funcionalidad de la familia en la adolescencia: relación con el apoyo social, el consumo de tóxicos y el malestar psíquico*. Atención primaria; 39: p61-7. Recuperado de [file:///C:/Users/hp/Downloads/245-875-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/hp/Downloads/245-875-1-PB%20(1).pdf).

Rivera Rivera L., Rivera Hernandez P., Pérez Amanezcua B., Legua López A. y de Castro F. (2015). *Factores individuales y familiares asociados con sintomatología depresiva en adolescentes de escuelas públicas de México*. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000300010.

8. ANEXOS

8.1 Anexo N°1 Autorización para realizar la investigación

Puyo, 12 de enero del 2017

Psicóloga Clínica

Yajaira Miranda

Responsable del Programa Ambulatorio Intensivo (PAI)

PRESENTE.-

Reciba un cordial saludo a la vez deseándole éxitos en la función que usted muy acertadamente desempeña. Yo **Fernanda Peña Romero con C.I. 1600645707** estudiantes de Décimo Semestre de la Carrera de Psicología Clínica de la UNACH solicito de la manera más comedida me permita realizar en su prestigiosa el proyecto de investigación que se titula **“DEPRESIÓN EN LA FAMILIA DE LOS ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS DEL PROGRAMA AMBULATORIO INTENSIVO DEL CENTRO DE SALUD URBANO PUYO PERIODO DICIEMBRE 2016 – MAYO2017”** que se desarrollara en el área de salud y se aplicaran las normas éticas psicológicas necesarias.

Seguros de que nuestra petición será favorablemente aceptada de antemano reiteramos nuestros más sinceros agradecimientos

Atentamente

Fernanda Peña

1600645707

Autorizado
Recuerdo
12-Enero-2017

Ministerio de
Salud Pública
Ps.Cl. Yajaira Miranda
Libro 4, Folio 110, # 329

8.2 Anexo N°2

CUESTIONARIOS DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

A continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Ud. Clasifique, PUNTÚE su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

Casi nunca (1). Pocas veces (2) A veces (3).

Muchas veces (4). Casi siempre (5)

	SITUACION	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1	Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia					
2	En mi casa predomina la armonía					
3	En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8	Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor					
12	Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

8.3 Anexo N°3

CUESTIONARIO DE BECK PARA LA DEPRESIÓN

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. *Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de la elección.*

1. 0 No me siento triste
 1 Me siento triste
 2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo
 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo

2. 0 No me siento especialmente desanimado respecto al futuro
 1 Me siento desanimado respecto al futuro
 2 Siento que no tengo que esperar nada
 3 Siento que el futuro es desesperanzador y que las cosas no van a mejorar

3. 0 No me siento fracasado
 1 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas
 2 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso
 3 Me siento una persona totalmente fracasada

4. 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes
 1 No disfruto de las cosas tanto como antes
 2 Ya no obtengo una satisfacción auténtica con las cosas
 3 Estoy insatisfecho o aburrido de todo

5. 0 No me siento especialmente culpable
 1 Me siento culpable en bastantes ocasiones
 2 Me siento culpable en la mayoría de las situaciones
 3 Me siento culpable constantemente

6. 0 Creo que no estoy siendo castigado
 1 Siento que puedo ser castigado
 2 Siento que estoy siendo castigado
 3 Quiero que me castiguen

7. 0 No me siento descontento conmigo mismo
 1 Estoy descontento conmigo mismo
 2 Me avergüenzo de mí mismo
 3 Me odio

8. 0 No me considero peor que cualquier otro
1 Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores
2 Continuamente me culpo de mis faltas
3 Me culpo por todo lo malo que me sucede
9. 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio
1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo haría
2 Desearía suicidarme
3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad
10. 0 No lloro más de lo que solía
1 Ahora lloro más que antes
2 Lloro continuamente
3 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera
11. 0 No estoy más irritado de lo normal en mí
1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes
2 Me siento irritado continuamente
3 No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solía irritarme
12. 0 No he perdido el interés por los demás
1 Estoy menos interesado en los demás que antes
2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás
3 He perdido todo el interés por los demás
13. 0 Tomo decisiones más o menos como siempre lo he hecho
1 Evito tomar decisiones más que antes
2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes
3 Ya me es imposible tomar decisiones
14. 0 No creo tener peor aspecto que antes
1 Estoy preocupado porque parezco mayor o poco atractivo
2 Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
3 Creo que tengo un aspecto horrible
15. 0 Trabajo igual que antes
1 Me cuesta un esfuerzo trabajar igual que antes
2 Tengo que obligarme para hacer todo
3 No puedo hacer nada en absoluto
16. 0 Duermo tan bien como siempre
1 No duermo tan bien como antes
2 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir
3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir
17. 0 No me siento más cansado de lo normal

- 1 Me canso más fácilmente que antes
 - 2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa
 - 3 Estoy demasiado cansado para hacer nada
18. 0 Mi apetito no ha disminuido
- 1 No tengo tan buen apetito como antes
 - 2 Ahora tengo mucho menos apetito
 - 3 He perdido completamente el apetito
19. 0 Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada
- 1 He perdido más de 2 kilos y medio
 - 2 He perdido más de 4 kilos
 - 3 He perdido más de 7 kilos

Estoy a dieta para adelgazar: SÍ NO

20. 0 No estoy preocupado por mi salud más que lo normal
- 1 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento
 - 2 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más
 - 3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa
21. 0 No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- 1 Estoy menos interesado por el sexo que antes
 - 2 Ahora estoy mucho menos interesado por el sexo
 - 3 He perdido totalmente mi interés por el sexo

8.4 Anexo N°4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DECLARACIÓN DE VOLUNTAD Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, con número de cédula de identidad _____, de ___ años de edad por mis propios derechos, en pleno uso de mis capacidades legales y mentales, de manera libre y voluntaria, luego de recibir la información correspondiente sobre esta encuesta acerca de Depresión, otorgo mi permiso para que se haga uso de la información derivada de éste instrumento de evaluación para fines académicos, renunciando a cualquier acción judicial que pueda devenir del otorgamiento de la información proporcionada, misma que servirá para la investigación **“Depresión en la familia de los adolescentes consumidores de sustancias del programa ambulatorio intensivo del centro de salud urbano puyo, periodo diciembre 2016 – mayo 2017”**, de la Srta. Fernanda Peña

En la ciudad de Puyo, a los días ___ del mes de _____ del año 2017.

Firma

CI _____