

RELACION ENTRE DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS Y PRIVADAS. MUNICIPIO LIBERTADOR. MERIDA-VENEZUELA

RELATIONSHIP BETWEEN DEPRESSION AND FAMILY FUNCTIONALITY IN TERN PUBLIC SCHOOLS AND PRIVATE. MUNICIPIO LIBERTADOR. MÉRIDA - VENEZUELA

Ana Salinas¹; Sara Alonso²; Olga Quintero³, Morelia Hernández⁴, Luis Molina⁵; Rebeca Lozada;⁶ Vanessa Agreda⁷.

¹Médico Familia, Hospital.Tovar, e-mail: anasalinass@hotmail.com / ²Medico Psiquiatra Infantil, Universidad de Los Andes, e-mail.saraalonso@hotmail.com / ³Profesora agregada. Universidad de Los Andes, e-mail: olgaquintero@hotmail.com / ⁴Médico de Familia, Amb Venezuela, e-mail: moreliahernandez@yahoo.com / ⁵Medico del Adolescente, e-mail. luismolina@hotmail.com / ⁶Bachiller.Ciencias, Recolectora. Información, e-mail: rebecalozada@yahoo.com / ⁷Estudiante Diseño Grafico, Recolectora.Informacion.e-mail: annessaagredah@hotmail.com.

Resumen

Es un estudio descriptivo y transversal realizado en 1082 estudiantes adolescentes, la mayoría entre 14-19 años de edad inscritos en dos instituciones de educación secundaria. Grupo A constituido por 524 alumnos (48,4%) de un instituto público (U.E Rómulo Betancourt). Grupo B 558 alumnos (51.6%) de una institución privada (U.E. Arzobispo Silva) del Municipio Libertador de Mérida-Venezuela. Objetivo; Establecer la relación existente entre depresión y funcionalidad familiar en adolescentes de un Instituto Público y privado. Se aplicó la Escala de Graffar Modificado para establecer el estrato socioeconómico. Escala de Beck para detectar depresión y Test de Apgar Familiar para establecer la funcionalidad familiar. Resultados. En el Grupo A la mayoría de los adolescentes pertenecen al sexo masculino, ubicados en el estrato IV pobreza extrema y Media baja. Alrededor del 40% posee una alta funcionalidad familiar y no registró depresión. En el Grupo B la mayoría de los adolescentes pertenecen al sexo femenino, ubicados en el estrato II Media Alta. Alrededor de un 40% posee una alta funcionalidad familiar y el 30% no registró depresión. Se concluye que los adolescentes, no poseen trastornos afectivos tipo depresión, tienen buena adaptabilidad, participación, desarrollo, afectividad y resolución, que se traduce en alta funcionalidad familiar y no existen diferencias estadísticamente significativas al relacionar los niveles de depresión con funcionalidad familiar.

Palabras Clave: Adolescentes. Depresión

Abstract

It is a descriptive cross-sectional study conducted in 1082 adolescent students, most between 14-19 years of age enrolled in two institutions of secondary education. A group consisting of 524 students (48.4%) of a public high school (U.E. Romulo Betancourt). 558 Group B (51.6%) of a private institution (U.E. Archbishop Silva) of Libertador Municipality of Mérida/Venezuela. Objective, establish the relationship between depression and family functioning in adolescents from a public school and private amended Graffar scale was applied to establish the socioeconomic strata. Beck Scale for depression and Family Apgar test to establish the familiar functionality Results: the sample was obtained private school (51.6%) was higher than public school (48.4%). In Group A: Most of the adolescents were males, relative to the social strata are located in stratum IV extreme poverty and low class Media. Almost 40% no registration depression and the same percentage has high family functioning. In Group B: Most adolescents are female, compared to the social strata are located in stratum II Mid High. Slightly more than 30% no registration depression and almost 40% have high family functioning. It is concluded that adolescents do not possess affective disorders depression type, have good adaptability, involvement, development, affection and resolution, which results in high family functioning, but no statistically significant differences in relation to levels of depression family functioning differences.

Key Words: Teen Depression.

Recibido: 07-05-2013 / Aprobado: 09-10-2013

Introducción

La adolescencia es un período transitorio de la vida donde ocurren múltiples cambios nunca antes observables, se caracteriza por la crisis de identidad que pueden manifestarse de forma muy variada, puede precipitarse por las separaciones y ruptura de lazos afectivos con los padres, con los amigos de la infancia, por las desarmonías evolutivas, los duelos y la discordancia entre sus ideales y sus realidades. Con frecuencia experimentan cambios de humor, aburrimiento y morosidad (Cornella y col 2009.)

Santos-Palazo y col (2007) estima que la depresión será el problema de mayor impacto en la salud de la población de países en vías de desarrollo en el año 2020 y es la psicopatología con mayor intento de suicidio en jóvenes. Existe suficiente evidencia de la continuidad del trastorno depresivo a lo largo de la adolescencia y su prolongación durante la etapa adulta, resultando en altos índices de hospitalizaciones psiquiátricas, problemas laborales y de relación. También, el trastorno depresivo se encuentra asociado al abuso de alcohol y drogas, trastornos alimentarios, conductas de riesgo, promiscuidad sexual, conductas delictivas y a hiper-agresividad, lo que nos hace entender que la depresión en la adolescencia, además del coste personal, acarrea un grave coste social, por la repercusión comunitaria que genera. La enfermedad depresiva durante la adolescencia, con frecuencia no recibe la atención debida. Los adolescentes deprimidos no reciben atención de los padres, además no buscan ayuda en ellos y son reticentes a consultar a un profesional de la salud. Cuando recurren a la atención médica, lo hacen con quejas primariamente somáticas.

La depresión es una entidad infra-diagnosticada, que acarrea un mayor número

de complicaciones y co-morbilidades, así como aumento del riesgo de cronicidad o de la aparición de enfermedades psiquiátricas en la edad adulta. (Cabases y col 2012.)

El tratamiento de la depresión en niños y adolescentes sigue siendo, una cuestión polémica y confusa. El trastorno depresivo en menores fue reconocido oficialmente en 1970, en el cuarto congreso de la Unión Europea de Paidopsiquiatras (Beck 1998) Hasta ese momento la concepción psicoanalítica, impidió aquel reconocimiento. Además, sigue vigente la discusión acerca de si los criterios diagnósticos de depresión mayor son aplicables al niño. (Toro-Trallero,2006).

La dinámica familiar se caracteriza por el uso adecuado de los recursos que posee la familia para ofrecer apoyo a sus miembros. La adaptación, participación, crecimiento, afectividad y resolución de los problemas familiares ofrecen herramientas claves para desarrollar estrategias con la tendencia de propiciar una mejor relación familiar y soporte social que les permita una interacción sana (Smilkstein, 1998).

Las clases sociales y la pobreza son determinantes sociales fundamentales que influyen en la aparición de muchas enfermedades. Las clases sociales más desfavorecidas y las personas o áreas geográficas más pobres tienen peores indicadores de salud que la población de las clases sociales más privilegiadas o zonas geográficas con mayor riqueza (Mendez-Castellano 1998).

El objetivo de la presente investigación consiste en relacionar el nivel de depresión y la funcionalidad familiar en adolescentes pertenecientes a una institución educativa pública U:E Rómulo Gallegos) y una privada (U.E. Arzobispo Silva). en el Municipio Libertador de Mérida-Venezuela.

Pacientes y métodos

Tipo de Estudio: descriptivo y transversal realizado en 1082 adolescentes de 2 instituciones educativas. Grupo A: 524 estudiantes de una institución pública (U:E Rómulo Gallegos: 48,4%) y Grupo B: 558 estudiantes de una institución privada (U:E: Arzobispo Silva:51,6%).se aplico un formato

de trabajo para recopilar la información, se utilizó la Escala de Estratificación Social de Graffar Modificado por Méndez-Castellano (1998). Escala de Beck de niveles de depresión (1984) y Test de Apgar familiar de Smilkstein(1998) .Se relacionó la funcionalidad familiar con el nivel de depresión y se aplicó chi cuadrado para comparar la muestra.

RESULTADOS

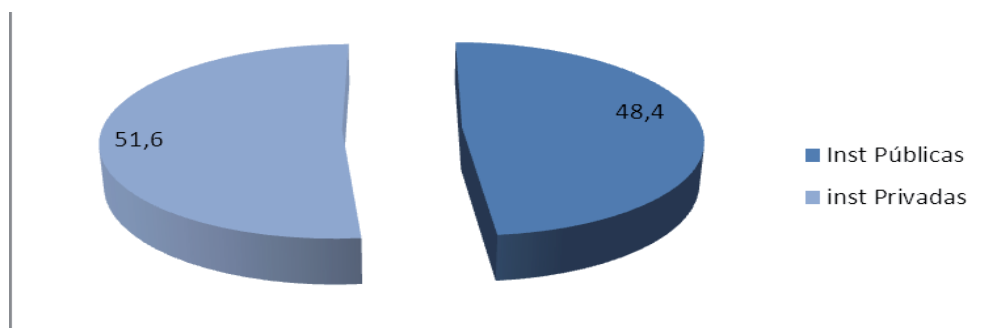


Figura 1.-: Distribución de los adolescentes en Instituciones públicas y privadas.

En la figura 1 se aprecia que el 51,6% de los adolescentes están ubicados en las instituciones públicas y un 48,4% en instituciones privadas.

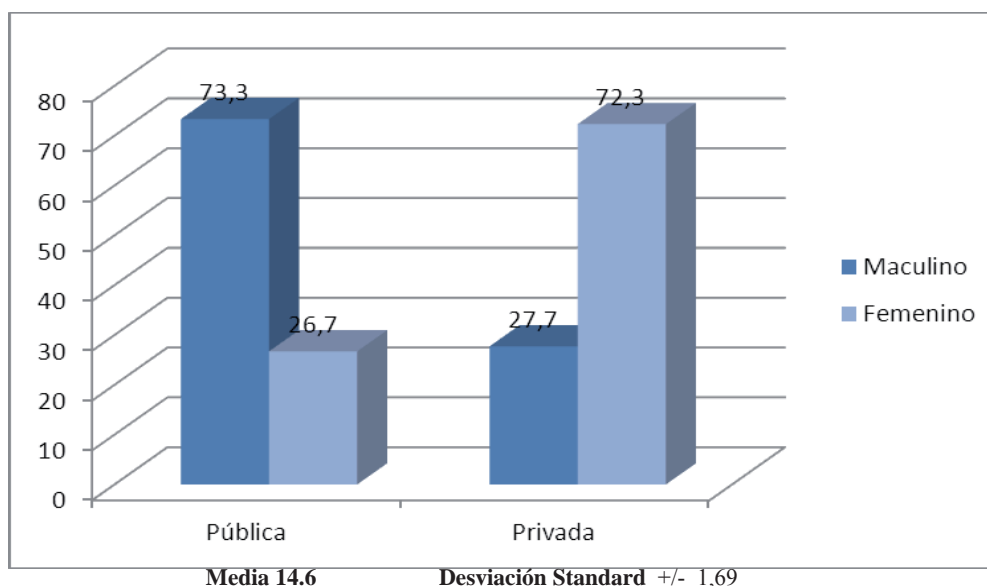


Figura 2.-Distribución de los adolescentes según sexo en las Instituciones públicas y privadas.

En la figura 2 se muestra que en las instituciones públicas predominan los adolescentes del sexo masculino 73,3% mientras que los femeninos el 26,7% y en las instituciones privadas predominan los femeninos con un 72,3% mientras que los masculinos ocupan el 27,7%.

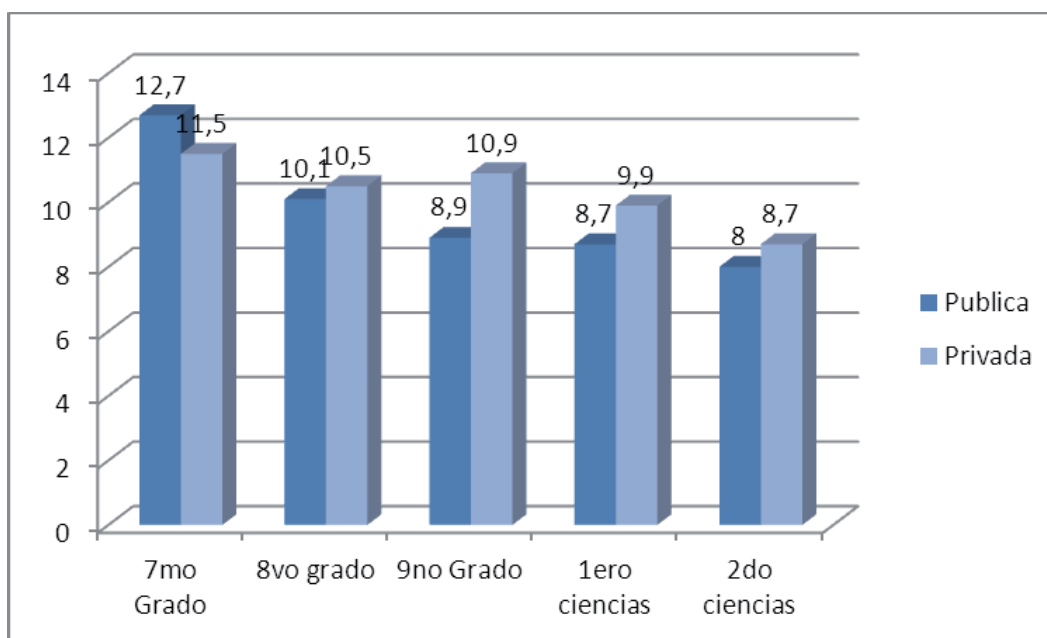


Figura 3.-Concentracion de la población adolescente según el grado que cursa.

En la figura 3 se reporta que la mayoría de los adolescentes de instituciones públicas y privadas, están concentrados en el séptimo grado con un 12,7% en las instituciones públicas y 11,5% en las privadas

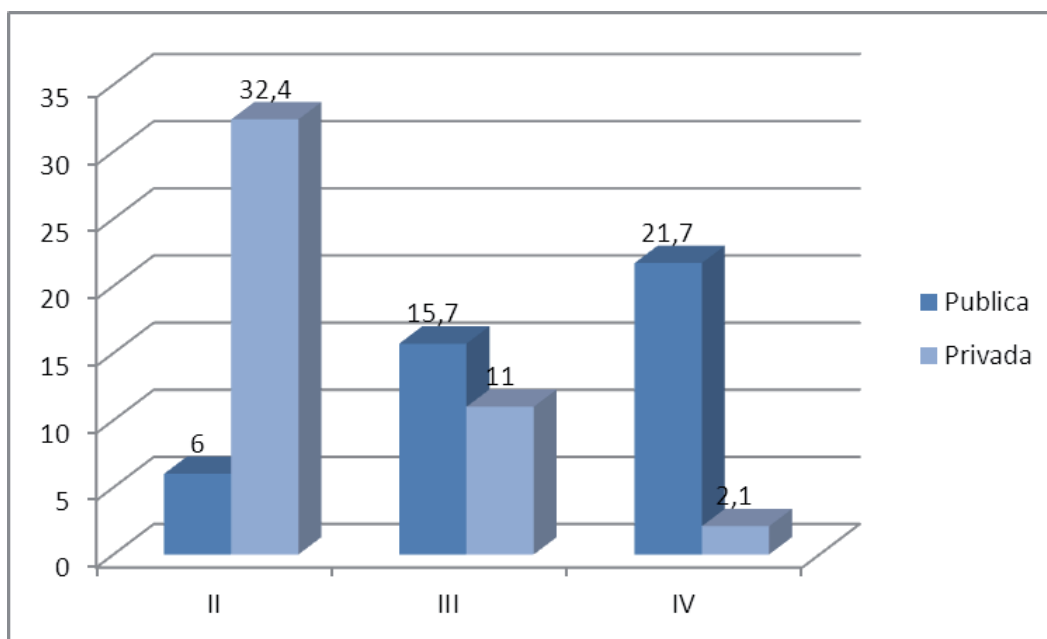


Figura 4.-Distribución del estrato socioeconómico según Escala de Graffar Modificado.

En las instituciones privadas predomina el estrato social II (clase Media Alta), mientras que en las instituciones públicas la mayoría se encuentra en pobreza extrema con un 21,7% y clase Media Baja con un 15%.

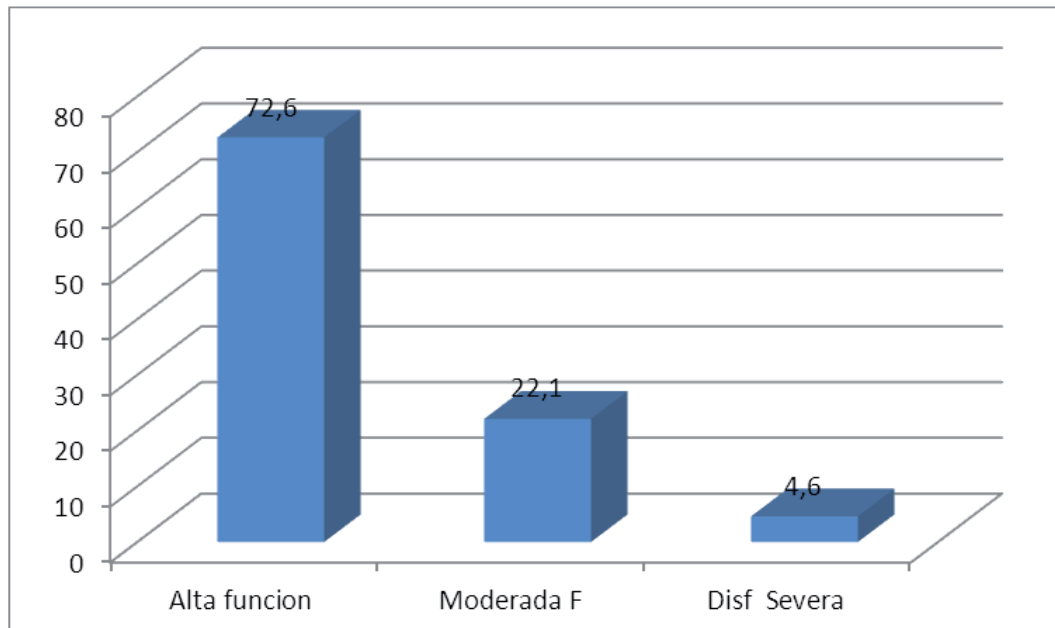


Figura 5.-Niveles de funcionalidad familiar de los adolescentes de instituciones públicas y privadas.

La mayoría de los adolescentes exhiben una alta función familiar con un 72,6%, moderada funcionalidad familiar 22,1% y disfunción severa el 4,6%.(Figura 5).

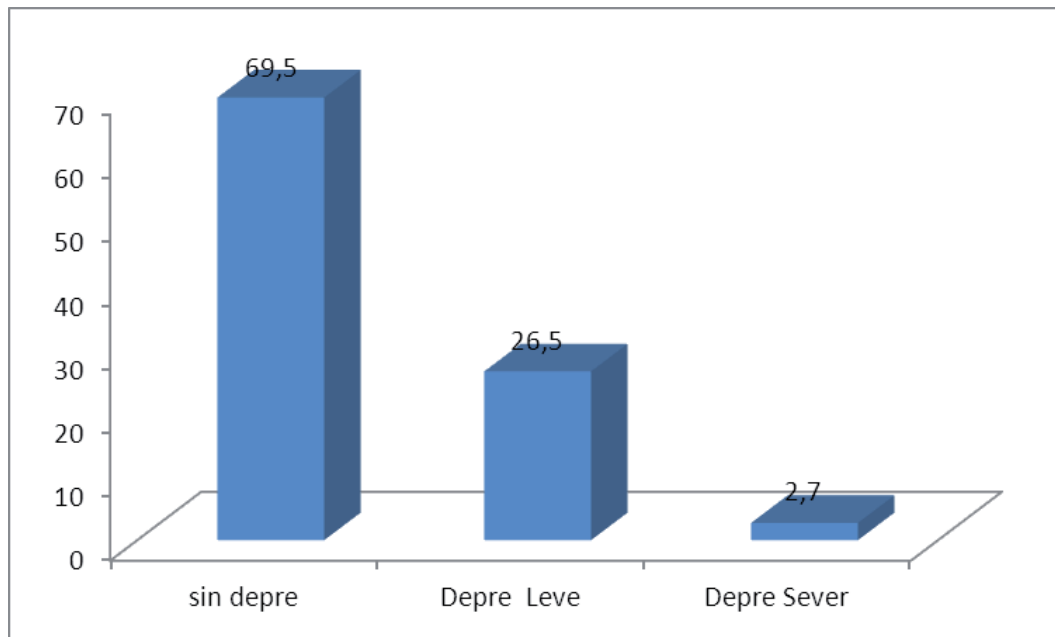
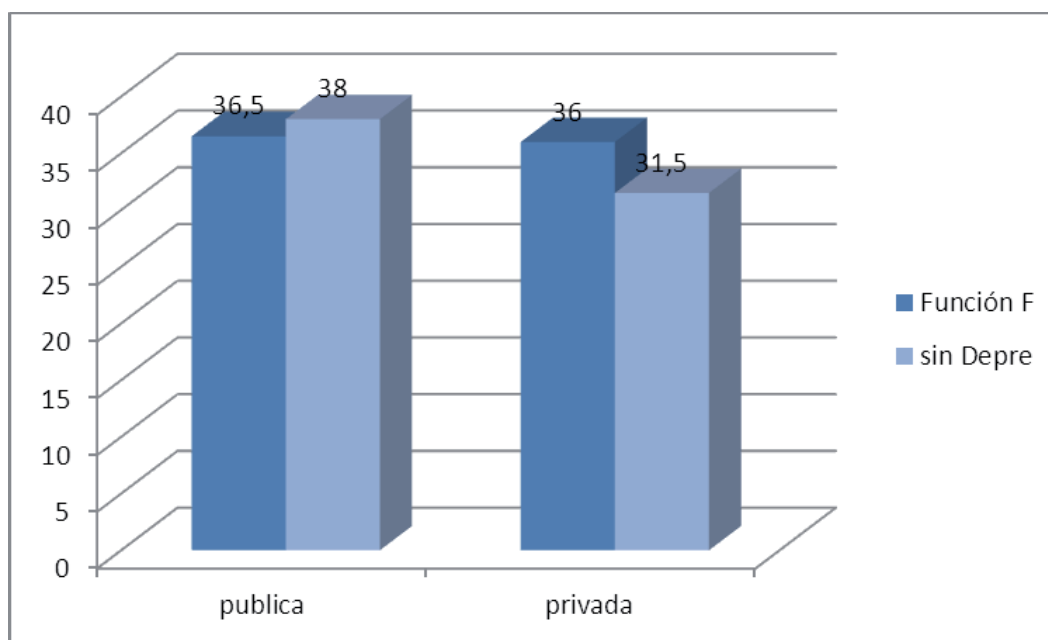


Figura 6.-Niveles de depresión de acuerdo a la Escala de Depresión de Beck.

La mayoría de los adolescentes no presenta depresión, con un 69,5%. Con depresión leve 26,55 y severa 2,75 (Figura 6).



Chi cuadrado $P < 0,005$

Figura 7.-Relación entre funcionalidad familiar y depresión en adolescentes de una institución pública y privada.

En ambas instituciones públicas y privadas existe una alta funcionalidad familiar 36% para la privada y 36,5% para la pública; no hay diferencias estadísticamente significativas en relación a la disfunción familiar moderada fue superior en el instituto público en el cual si existen diferencias estadísticamente significativas en relación con el instituto privado.

En relación a la Escala de Beck, sin depresión en la institución pública fue de 38% y 31,5% en la privada, estos dos últimos resultados no fueron estadísticamente significativos.

Discusion

En el presente estudio al comparar una institución pública con una privada, la funcionalidad familiar alta ocuparon el 72,6% con una disfunción leve de 22,1% y severa 4,6%, casi el 70% de los adolescentes, la depresión leve ocupó el 26,5% y la severa 2,7%. No hubo diferencias estadísticamente significativas, resultados diferentes obtuvo

Perez-Milena y col (2007) practicaron un estudio en 386 adolescentes, El estudio se realizó en 2 institutos de educación secundaria uno en una zona urbana y otro en una zona semi-rural, con un entorno socioeconómico medio y medio-bajo con una edad media de 14,3 años. La estructura familiar nuclear fué predominante. La función familiar es normal en el 54,5 %, con disfunción leve en el 38,3 y disfunción grave en el 7,2%. Los estados depresivos se ubicaron en un 74,1 % hay más síntomas depresivos cuanto más intensa es la disfunción familiar ($p < 0,01$, test de la χ^2). Se concluye al igual que en el presente estudio que la estructura no condiciona la función familiar durante la adolescencia.

Garibay-López (2008) realizó un estudio en adolescentes del sexo masculino, edad (16-19 años). Perteneciente a una familia nuclear en un 65%. Había disfunción familiar en todos los adolescentes, con alteraciones de la conducta, de la comunicación, conducta antisocial, destructiva o violenta. En relación

a la funcionalidad familiar, se encontró menor disfunción en el afecto y el apoyo, que se convierte en un factor protector para evitar el consumo de drogas.

Santos -Palazzo y col (2001) estudiaron la prevalencia de la depresión en adolescentes entre 13 y 19 años. Se utilizó el CET-DE para medir la depresión. La prevalencia fue del 26,5% .Las quejas estuvieron dispersas en el campo somático y de la sexualidad. Éstos resultados coinciden con el presente estudio en el cual se obtuvo un 26,5% de depresión leve.

Feria-Raposo (2011) realizó un ensayo clínico aleatorio con dos grupo de adolescentes de 12-18 años de edad con sintomatología de depresión leve a moderada y / o ansiedad. Se utilizan varias escalas para medir ansiedad (HADS-A), depresión (CES-D) y riesgo de suicidio (BDI-II) en los que se practicó intervención psicológica vía internet logrando mejorar sus trastornos afectivos, La práctica está centrada en sus prioridades en la vida, preocupaciones actuales, listado de problemas y forma de resolverlos y listado de problemas sin solución como la muerte de un ser querido y finalmente se les enseña técnicas de solución de problemas, con ejercicios prácticos y de pensamiento positivo y motivándolos a expresar sentimientos sobre sus duelos.

Olmedilla-Zafra (2012) recomienda la práctica regular del ejercicio físico para reducir los niveles de ansiedad y depresión en los adolescentes

Se concluye que los adolescentes que no tienen depresión y buena funcionalidad familiar se consideran emocionalmente bien ajustados y que los pocos casos de disfunción leve están en relación con la crisis de identidad propia de la adolescencia.

Conclusiones

- En las instituciones públicas, la muestra fue de 48,4% y en las privadas 51,5% en relación al sexo la población masculina es más numerosa en las instituciones públicas y la población femenina en las instituciones privadas, en ambas instituciones, la mayoría de los adolescentes están concentrados en séptimo grado.

- En relación al estrato socioeconómico, los adolescentes de las instituciones públicas registraron distribución de la clase social grado IV pobreza extrema y de Clase Media Baja, mientras que en los institutos privados la clase media alta ocupó el mayor porcentaje.

- La mayoría de los adolescentes, casi el 70% no presentaron depresión y la funcionalidad familiar es alta.

- Se concluye que los adolescentes de los primeros grados tienen buena funcionalidad familiar, no tienen depresión y que no existe relación entre la funcionalidad familiar y el estrato socioeconómico en la incidencia de la depresión

Bibliografía:

Beck A.T. y Beamesderfer A. Assessment of depression: The Depression Inventory. Psychological Measurements in Psychopharmacology.1984. 7, 151-169.

Cabasés J.S.S. Manzanero-Estopiñan. Tratamiento de la depresión en el niño y en el adolescente.2009. Unidad de psiquiatría del niño y el adolescente. Hospital Ramón y Cajal. España.

- Cornellà J. Canals A. Guillaumet L. Protocolo diagnóstico y terapéutico del insomnio y la ansiedad en el adolescente. *Medicine*. 2009. Vol. 09 (61).
- Feria- Raposo I. Prevención de depresión y ansiedad en adolescentes con un programa de resolución de problemas a través de internet- *Enfermería Clínica*. 2011 21(3).
- Garibay-López L. Martínez-Martínez ML. Funcionalidad familiar en adolescentes de una escuela de bachilleres de Querétaro, México. *Funcionalidad familiar en adolescentes de una escuela de bachilleres de Querétaro, México. Atención Primaria* .2008. 40(6).
- Méndez-Castellano H. Escala de Estratificación Social de Graffar Modificado. 1998. *Fundacredesa*.
- Olmedillo-Zafra A. Ortega-Toro E. Protocolo de actividad física y ansiedad en mujeres. *Revista Argentina de clínica psicológica*. 2012. (XXI).
- Pérez-Milena A, Perez-Milena R, Martínez-Fernández M, Leal Helmling FJ, Mesa Gallardo I, Jiménez Pulido I. Estructura y funcionalidad de la familia durante la adolescencia: relación con el apoyo social, el consumo de tóxicos y el malestar psíquico *Atención Primaria* .2007. Vol. 39. Núm. 02.
- Santos-Palazzo L, Umberto-Beria J, Alonso-Fernández, Tomasi E. Depresión en la adolescencia en centros de atención primaria: importancia de un problema oculto en salud colectiva. *Atención Primaria*. 2001. Vol. 28.(8).
- Smilkstein G. Family APGAR analyzed. *Family Med*. 1998; 25:293-4
- Toro-Trillero J. Depresión en el adolescente: ¿Psicofármacos o psicoterapia? *FMC. Formación médica continuada en atención primaria*. 2006.13 (9).