

Depresión en adolescentes y desestructuración familiar en la ciudad de Guayaquil, Ecuador

Ricardo Morla Boloña¹

Emma Saad de Janon²

Julia Saad³

Resumen

Introducción: la familia es la célula y unidad fundamental de la sociedad que forma un pueblo; si esta célula se destruye, se corre el riesgo a su vez de ver destruido un país y un legado cultural y social muy caro. *Objetivos y métodos:* en el presente estudio se llevó a cabo una revisión de 1.045 historias clínicas de adolescentes que fueron atendidos en el Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce de la ciudad de Guayaquil. *Resultados:* las patologías más frecuentes fueron encontradas en adolescentes provenientes de familias desestructuradas y correspondieron a los diferentes trastornos depresivos (22,9%), y la relación de estos trastornos según el género correspondió a 3:1 para los adolescentes de sexo femenino, además, variables como sexo y escolaridad son prácticamente dependientes a todo nivel de significación estadística. *Conclusiones:* los trabajadores de la salud mental en Ecuador tenemos un reto frente al problema que nos plantea la cada vez más frecuente desestructuración familiar, especialmente con los niños y jóvenes, que son el futuro de nuestro país, y ese desafío debe ser abordado aquí y ahora, pues la familia y Ecuador no pueden esperar.

Palabras clave: depresión, adolescencia, familia.

Title: Depression in Adolescents and Family Disintegration in the City of Guayaquil, Ecuador

Abstract

Introduction: Family is the fundamental unit of society, and if destroyed, we run the risk of seeing a country also destroyed as well as a very dear cultural and social legacy. *Objectives and Methods:* 1045 clinical histories of adolescents seen at the Lorenzo Ponce Psychiatric Hospital of the city of Guayaquil were reviewed for this study. *Results:* The most frequent pathologies were found in adolescents from unstructured families and corresponded to different depressive disorders (22.9%). The relation of these disorders according to gender was 3:1 for adolescent females; in addition, variables such as sex and schooling were statistically significant. *Conclusions:* As mental health workers of Ecuador, we must face the problems that arise specially in children and youngsters, from family disintegration which is becoming more and more frequent in our country. That challenge must be addressed here and now.

Key words: Depression, adolescence, family.

.....
¹ Médico psiquiatra, Pontificia Universidad Católica, Santiago de Guayaquil.

² Médica psiquiatra, Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce, Guayaquil.

³ Biofísica, Escuela Superior Politécnica del Litoral, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

Introducción

En la última década, el porcentaje de familias desestructuradas ha ido en vertiginoso aumento en el mundo entero, y de manera especial en los países en vías de desarrollo y subdesarrollados. Las causales principales de este fenómeno psicosocial son la crisis económica y el creciente desempleo, lo que conlleva además a la emigración de uno o ambos progenitores en busca de mejores fuentes de trabajo que oferten mayores ingresos.

En los procesos de desestructuración del núcleo familiar influyen, además, las condiciones que obligan a que ambos cónyuges trabajen fuera del hogar, pues de esta manera el sistema extrafamiliar puede crear o exacerbar los conflictos entre la pareja.

Dentro de un proceso de disolución familiar, el subsistema que se ve más afectado es el filial. Estas alteraciones se manifiestan principalmente en las esferas emocional y psíquica, que se acentúan especialmente cuando los afectados se encuentran en la etapa de la pubertad o adolescencia que, como es de conocimiento general, es una fase de cambios en todos los aspectos en el individuo.

El presente trabajo tiene como objetivo principal investigar la relación existente entre la desestructuración de la familia y diferentes formas de depresión de los adoles-

centes. Para ello estudiamos a todos los pacientes atendidos en el Pabellón de Adolescentes del Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce, de la ciudad de Guayaquil (tanto en Consulta Externa como en Hospitalización), en el período comprendido entre el 1 de enero de 2000 y el 31 de enero de 2001.

La investigación sobre la estructura familiar en relación con la enfermedad mental de adolescentes es un tema aún no estudiado en forma estructurada en Ecuador. El presente trabajo se realiza por primera vez en la ciudad de Guayaquil. El enfoque del estudio es desde el punto de vista médico-psiquiátrico, de tipo retrospectivo, que se vale de métodos estadísticos específicos. El tema de la investigación se ha planteado en función de las siguientes interrogantes:

1. ¿Son más frecuentes las patologías psiquiátricas en los adolescentes provenientes de familias desestructuradas?
2. ¿Son las diferentes formas de depresión las patologías psiquiátricas más frecuentes en adolescentes provenientes de familias desestructuradas?
3. ¿Qué influencia tienen la edad, el sexo, la escolaridad y la procedencia en el desarrollo de las depresiones en los adolescentes atendidos en el Hospital Lorenzo Ponce?

Y basándose en las hipótesis alternativas:

1. La incidencia de patologías psiquiátricas es mayor en los adolescentes provenientes de familias desestructuradas que en aquellos que provienen de hogares constituidos.
2. Las depresiones, en sus diferentes formas, son las patologías psiquiátricas más frecuentes en los adolescentes provenientes de familias desestructuradas

Se trata de un estudio no experimental, descriptivo, multivariado, muestreo por conveniencia.

Este estudio posee valor documental teórico, pues permite describir resultados propios para Ecuador, así como implicaciones prácticas, al ayudar a entender mejor los factores familiares asociados con la incidencia de depresiones en adolescentes, y de esta forma elaborar estrategias de prevención e intervención para afrontar este problema psicosocial, lo cual le otorga al estudio relevancia en la comunidad.

El sistema internacional de clasificación de las patologías psiquiátricas utilizado para la investigación es el CIE-10, por ser el método más empleado en el mundo. El estudio se basa en una perspectiva estructural de la familia, sin considerar aspectos de tipo funcional o evolutivos de la familia. Se denominan *familias desestructuradas* a aquellas donde por lo menos uno de los miembros del subsistema parental no vive en el sistema familiar. En este caso se hace referencia a todas

aquellas formas de familia diferentes a la familia nuclear tradicional.

Generalidades demográficas de Ecuador

Ecuador tiene actualmente una población estimada en 12,6 millones de habitantes, de los cuales el 49% son hombres y el 50,3% son mujeres. La densidad poblacional es de 35,5 habitantes por km² y una tasa anual de crecimiento del 1,8 % anual (1).

La provincia más poblada de Ecuador, con un 30% de la población, es la provincia de Guayas y su capital es Guayaquil, ciudad y puerto principal con 2.700.000 habitantes. La situación crítica por la que atraviesa actualmente el país se desarrolla en un contexto de alta y creciente pobreza: el número de personas que vive en hogares cuyo consumo es inferior al valor de la línea de pobreza aumentó del 34% en 1995 al 46% en 1998 y finalmente al 56% en 1999, es decir, al terminar la década, 6 de cada 10 ecuatorianos pertenecían a hogares carentes de satisfacciones básicas de alimentación, vivienda, educación y salud (2).

La extrema pobreza o indigencia también ha aumentado significativamente y en la actualidad es del 21% en todo el país, con lo que 1 de cada 5 ecuatorianos vive en hogares que ni siquiera logran cubrir sus necesidades elementales (2).

La crisis económica en el país provocó que miles de personas en su edad más productiva se afecten, en especial el grupo comprendido entre los 12 y los 24 años de edad. La tasa de desempleo en los hombres subió del 7%, en 1997, al 11%, en 1999; en tanto que la tasa de desempleo en las mujeres aumentó del 13% al 20% en el mismo período.

La situación socioeconómica de estos hogares obliga a muchos niños, niñas y adolescentes a aportar a la economía del hogar y a descuidar las oportunidades de educación existentes: el 45% de los niños y adolescentes entre 10 y 17 años de edad están incorporados a la población económicamente activa. En 1997 las tres cuartas partes de los niños y las niñas que trabajaban entregaban sus ingresos a sus padres o parientes (1).

A partir de esto se sumó la emigración de, por los menos, 800.000 ecuatorianos que han salido del país en busca de fuentes de trabajo en Europa (España, Italia y Alemania), en Estados Unidos y en América del Sur.

Cada una de estas razones agrava el hecho de que en Ecuador el 35% de las familias son monoparentales, generalmente a cargo de una mujer sola. La incidencia de embarazo y la maternidad en las adolescentes es un indicador de los aspectos disfuncionales de una sociedad que sufre rápidos cambios sociales y culturales. Entre 1994 y

1998 el número de jóvenes de 15 a 19 años de edad que se encontraban embarazadas pasó del 8% al 10%, respectivamente (2).

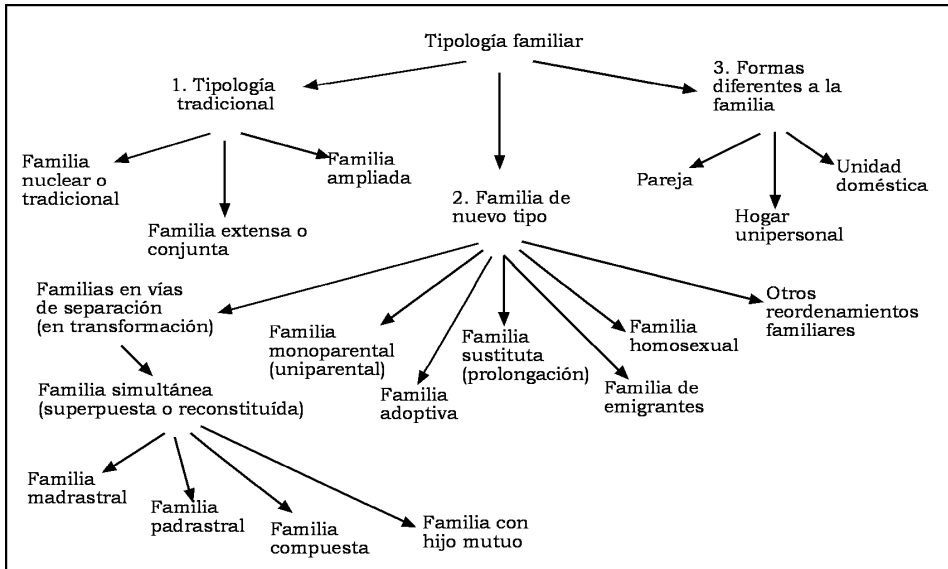
Otros de los indicadores importantes de la problemática de los adolescentes en Ecuador son el lugar y la actividad en que distribuyen su tiempo libre; la calidad de su vivienda y el hacinamiento en el que conviven el 31,6% de los hogares del Ecuador; el consumo de alcohol, que constituye un hábito muy difundido en nuestra sociedad y que alcanza a 1 de cada 4 adolescentes antes de cumplir 15 años, y cerca del 6% de adolescentes entre 12 y 17 años de edad que han consumido algún tipo de droga (3). Así mismo, debemos anotar que la asignación del Estado en el sector salud alcanza tan sólo 8 dólares por habitante.

Tipología familiar

No existe un modelo topográfico para definir y diagnosticar a la familia, así como lo hay para las enfermedades psíquicas (DSM-IV o CIE-10); por lo tanto, la familia no debe ser considerada y analizada únicamente en su forma exterior, sino de acuerdo con sus propias emociones, pensamientos y conductas. Para cada disciplina científica la familia conlleva diferentes significados. En el ámbito clínico familiar se ve a la familia como la vida conjunta de individuos pertenecientes, por lo general, a dos o más generaciones: la

de los padres (biológicos, adoptivos, sustitutos o padrastros) y la de los hijos (biológicos, adoptivos, sustitutos o hijastros) (4).

Diagrama 1. Tipología familiar



Familias de nuevo tipo

Familias en vías de separación (en transformación): son aquellas familias que están en el proceso de disolución del vínculo conyugal y donde los hijos son los afectados. Esta disolución tiene tres etapas (5):

1. Etapa de ambivalencia: en la que los hijos presentan síntomas de ansiedad y miedo.
2. Etapa de separación: en la que los hijos se sienten inseguros, abandonados y solos.
3. Etapa de postseparación: que dura hasta la llamada *separación psicológica* y en la que los hijos muestran muchas veces trastor-

nos profundos y síntomas crónicos para evitar el dolor, el duelo y la despedida.

Familias simultáneas (antes denominadas superpuestas o reconstituidas): están integradas por una pareja donde uno de ellos o ambos vienen de tener otras parejas y de haber disuelto un vínculo marital. Se sugieren diferentes tipologías para este tipo de familias de acuerdo con el sexo, la custodia, el estado civil previo, el número de hijos, etc. Según Krähenbühl, existen cuatro subtipos (5):

1. Familia madrastral.
2. Familia padrastral.
3. Familia compuesta (ambos miem-

bros llevan hijos a la familia simultánea de sus relaciones anteriores).

4. Familias con un hijo mutuo.

Familias monoparentales (uniparental): ocurre cuando en los casos de separación, abandono, divorcio, muerte o ausencia por motivos forzados de uno de los padres, el otro se hace cargo de los hijos y convive con ellos. Entre más hijos hay, peor es la situación social, tanto así que muchas de ellas se aíslan socialmente.

Generalidades de la salud mental en adolescentes

Es difícil diferenciar en los adolescentes los problemas psíquicos y de comportamiento que se pudieran considerar normales y aquellos que entran dentro del rango de lo patológico. La evaluación debe hacerse de acuerdo con el grado de evolución y desarrollo en cada ciclo de la adolescencia (temprano, medio y tardío) y con la forma de manifestarse los diferentes síntomas.

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

éstos continuará con secuelas en su vida adulta.

En una escala por edades se puede apreciar cómo el evento familiar llamado *divorcio* o *separación física* de los padres afecta con diferente intensidad a los hijos de estas parejas. Así, tenemos que:

0 a 6 años: perciben el divorcio como una separación física e incluso llegan a pensar que con su conducta han influido en la separación de sus padres.

6 a 8 años: saben lo que significa el divorcio y aprecian el conflicto que existe entre sus padres. Aunque ya no piensan en que su conducta pudo haberlo provocado, tienen un conflicto de lealtad, porque quieren por igual a padre y madre y no saben a quién de los dos elegir.

9 a 12 años: tienen una comprensión psicológica del divorcio. Ya saben que el problema es de sus padres, pero tienden a alinearse con alguno de los dos.

12 a 14 años: entran en un período en el que ya es difícil que se les engañe con el tema del divorcio.

15 a 18 años: lo que intentan es quitarse de en medio y desmarcarse de esa situación.

Todas estas reacciones son consideradas “normales”, aunque a largo plazo, y rebasada la mayoría de edad, pueden aparecer alteraciones. Tanto para los padres como para los profesionales de la salud mental, lo más importante es saber diferenciar entre lo “normal” y lo “enfermizo”,

para no someter al niño y al adolescente en cuestión a una valoración que pudiera resultar traumática para él.

Problemas psíquicos más comunes entre los jóvenes

Hasta el 20% de todos los adolescentes, antes de los 18 años, se han visto afectados en alguna etapa de su niñez, pubertad o adolescencia por algún trastorno de tipo psíquico o emocional. De ellos, solamente el 40% ha recibido atención especializada y el otro 60% corre el riesgo de que sus alteraciones psíquicas se vuelvan crónicas o de presentar alteraciones más graves en su desarrollo emocional.

El reconocimiento de la depresión en la infancia y la adolescencia ha supuesto un largo camino en la historia de la psiquiatría infantil. La prevalencia y la incidencia de este grupo de enfermedades varían mucho entre los estudios realizados en el mundo. Así, tenemos que en la población general se dan cifras de 0,3% en la edad preescolar (6), 1,8% de depresión mayor y 6,4% de trastorno distímico en escolares (7) y 4,9% en adolescentes de 14 a 16 años (6), por lo que se puede observar una tasa de depresión con aumento progresivo en función de la edad.

En los trastornos afectivos se alteran importantes funciones reguladas por el sistema límbico, lo que según Whybrow y cols. (8) puede

presentarse con los siguientes cambios en el adolescente:

1. Cambios en el estado de ánimo a lo largo del día.
2. Trastornos del ritmo sueño-vigilia y anomalías en la estructura del electroencefalograma (EEG).
3. Alteraciones del apetito y de la libido.
4. Modificaciones en la capacidad para sentir placer con las experiencias agradables de la vida diaria.
5. Perturbación en los ritmos biológicos circadianos (duración de 24 horas): temperatura corporal, descanso-actividad, niveles de cortisol y otras hormonas y de los ritmos biológicos de más larga duración como la menstruación.
6. Trastornos en la actividad psicomotriz.
7. Trastornos en los mecanismos reguladores de retroalimentación de las hormonas corticotropa, tirotrópica y gonadotropinas.
8. Alteraciones en el metabolismo de las aminas biógenas.

Los mecanismos básicos de todas estas funciones probablemente radiquen en el cerebro medio y compartan mecanismos comunes de neurotransmisión. De la misma manera, hay que considerar que dichas funciones son susceptibles y pueden modificarse tanto por factores externos como internos, bien se trate del humor del sujeto o de circunstancias familiares y sociales.

Además de lo dicho, los estilos educativos de los padres y el modelo de interacción padres-hijos han sido estudiados como un posible factor etiopatogénico para la depresión. En los adolescentes que sufren de depresión suele encontrarse como parte de la historia vital de ellos una relación poco satisfactoria desde el punto de vista emocional con los padres, hermanos y otros familiares; algo similar ocurre con los compañeros. A esto hay que añadir que muchos de estos jóvenes tienen un padre o una madre que también padece un trastorno afectivo, con claras repercusiones en la interacción familiar, y durante la adolescencia los conflictos con los padres aumentan, con actitudes de rebeldía, conductas opositoras y dificultades en la socialización.

Otros factores de riesgo son el comienzo precoz del trastorno afectivo en los padres, el divorcio o la separación y la muerte de uno de ellos. La depresión en uno de los padres suele significar para el hijo falta de apoyo emocional, falta de estímulos físicos positivos y escasa comunicación interpersonal.

La investigación futura en este campo deberá tener en cuenta los siguientes factores de riesgo:

1. Detección de factores de riesgo para padecer depresión.
2. Desarrollo de nuevos y mejores instrumentos de evaluación y diagnóstico.
3. Determinación de probables subtipos de depresión.
4. Evaluación rigurosa de las intervenciones terapéuticas, farmacológicas y de psicoterapia, mediante estudios controlados.
5. Estudios post mortem del cerebro, sobre todo de aquellos que han cometido suicidio.

Una atención especializada y oportuna les permite a los adolescentes afectados desarrollar su potencial y llevar una vida productiva, libre de sufrimientos y patologías psíquicas. Los problemas psíquicos de la infancia o adolescencia más comunes se pueden agrupar en cuatro categorías principales, pero no se descarta la posibilidad de que muchas veces éstas puedan aparecer en forma combinada.

La disolución del subsistema conyugal es uno de los factores más estresantes de la vida y tiene consecuencias psíquicas profundas en los hijos, al producirse en ellos efectos a corto y largo plazo. Las reacciones entre los hijos pueden variar; sin embargo, algunas son características, como (9):

- a. Miedo y ansiedad.
- b. Autorrecreminaciones.
- c. Baja autoestima y sensación de ser rechazado.
- d. Rabia e irritabilidad.
- e. Depresión (en sus diferentes formas).
- f. Baja tolerancia a la crítica.
- g. Sensación de ser diferente a sus coetáneos.
- h. Vergüenza y aislamiento social.

Estas reacciones se muestran, por lo general, a través de cambios en el comportamiento, especialmente después de ocurrida la separación de los padres. Según estudios, estos cambios son más frecuentes en individuos que se encuentran entre los 10 y 13 años de edad.

Se pueden presentar problemas de conducta en la escuela, como agresiones, falta de concentración, inquietud y bajo rendimiento académico. El tipo de reacciones depende del sexo de los hijos. Las mujeres tienden a deprimirse de manera melancólica y a somatizar estos síntomas; mientras los varones muestran su depresión con agresión e irritabilidad, así como con manifestaciones graves de trastornos en su conducta, consistentes en problemas de adaptación social y fracaso escolar.

Las reacciones psíquicas de los hijos están condicionadas a la edad de ellos. Entre los 9 y 10 años, los hijos (varones y mujeres) se identifican fuertemente con el padre de su mismo sexo, y ante la separación de sus padres presentan ansiedad, preocupación, soledad y rabia hacia ambos padres por haberse separado (10).

Aunque los adolescentes podrían estar mejor preparados para procesar intelectualmente la separación de sus padres, también ellos tienen reacciones emocionales ante esta situación: ira, dolor y miedo al futuro. La ruptura conyugal produce en esta etapa de la vida ries-

go para la independencia e identidad del adolescente y cambios abruptos en la relación entre padres e hijos.

Materiales y métodos

Para el presente estudio se revisaron un total de 1.045 historias clínicas, correspondientes a los pacientes atendidos en el Pabellón de Adolescentes del Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce de la ciudad de Guayaquil, tanto en el servicio de Consulta Externa como de Hospitalización, en el período comprendido entre el 1 de enero de 2000 al 31 de enero de 2001. Para efectos de esta investigación se tomaron en cuenta solamente las historias clínicas de pacientes que consultaban por primera vez, a efectos de obtener una muestra homogénea.

Dentro de las historias clínicas revisadas se encontraban, además de los pacientes con diagnósticos correspondientes a los capítulos V y XXI de la CIE-10 (diagnósticos de tipo psiquiátrico y psicosocial), aquéllos con diagnósticos pertenecientes a otros capítulos de esta clasificación internacional de enfermedades (mayoritariamente del capítulo VI) y que no nos eran útiles para el estudio planteado desde el enfoque médico-psiquiátrico y familiar (11). Por lo tanto, para cumplir con el objetivo de nuestra investigación, el análisis se centró solamente en los pacientes que presentaban diagnósticos

incluidos en los capítulos V (F) y XXI (Z). La muestra entonces quedó reducida a un número de 711 casos que incluían pacientes provenientes tanto de hogares constituidos como aquéllos pertenecientes a familias desestructuradas.

Los datos recolectados fueron codificados en una tabla diseñada especialmente para las siguientes variables utilizadas:

1. *Patologías psiquiátricas en adolescentes*: codificadas según la CIE-10 como método de clasificación internacional.
2. *Desestructuración familiar*: considerando familias desestructuradas a aquellas formas diferentes a la familia nuclear o tradicional según la tipología familiar desde la perspectiva estructural.
3. *Edad*: pacientes comprendidos entre las edades de 12 años a 18 años de edad cumplidos.
4. *Sexo*: variable dicotómica.
5. *Escolaridad*: con una paleta que iba desde ninguna instrucción (analfabetismo) pasando por primaria incompleta y completa hasta secundaria incompleta y completa. En algunos casos existió educación especial.
6. *Procedencia*: consideramos la provincia y ciudad de proveniencia y la zona de ubicación de la vivienda, que podía ser urbana, rural o marginal.

La única variable numérica fue la edad, que se midió como años

cumplidos. Las otras variables fueron categorizadas. Posteriormente se extrajo la muestra para centrar nuestro estudio en aquellos adolescentes provenientes de familias desestructuradas que presentaban alguna forma de depresión.

La investigación fue realizada por dos médicos psiquiatras que durante la investigación trabajaban en el Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce de la ciudad de Guayaquil y por una biofísica especializada en estadística, miembro del Centro de Investigaciones Económicas (CIEC) de la Escuela Superior Politécnica del Litoral (Espol).

El estudio estadístico se realizó en dos partes: la parte univariada (descriptiva), donde se hizo análisis de frecuencias relativas y absolutas, así como de medidas de tendencia central (por ejemplo, media y moda, que en algunos casos es más representativa). La segunda parte consistió en un análisis bivariado, utilizando la prueba chi cuadrado (χ^2) para comparar proporciones observadas en grupos independientes (12). Además, se hicieron *pruebas de correlación* con variables ordinales con el propósito de medir el grado de relación existente entre dos o más variables y, finalmente, *análisis de homogeneidad* para investigar la forma en que se relacionaban determinadas variables. Para ello se hizo uso del programa SPSS 8.0 (*Statistical Package for Social Science*) (13).

Resultados

En primer lugar, presentamos los hallazgos del análisis descriptivo, donde se consideró la frecuencia y el porcentaje obtenido en las diferentes variables. En el presente estudio, de acuerdo con los criterios establecidos, se analizaron 1.045 historias clínicas de pacientes atendidos en el Pabellón de Adolescentes del Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce de Guayaquil, entre el 1 de enero de 2000 y el 31 de enero de 2001.

Como se explicó en el apartado anterior, nuestra investigación se centró en los adolescentes que presentaban diagnósticos correspondientes únicamente a los capítulos V (F) y XXI (Z) de la CIE-10. Así se obtuvo una muestra de 711 casos,

dentro de los cuales la moda de las patologías presentadas fue F45.8 (otros trastornos psicósomáticos) (11), con una frecuencia de 88 casos, que corresponde al 12,4%.

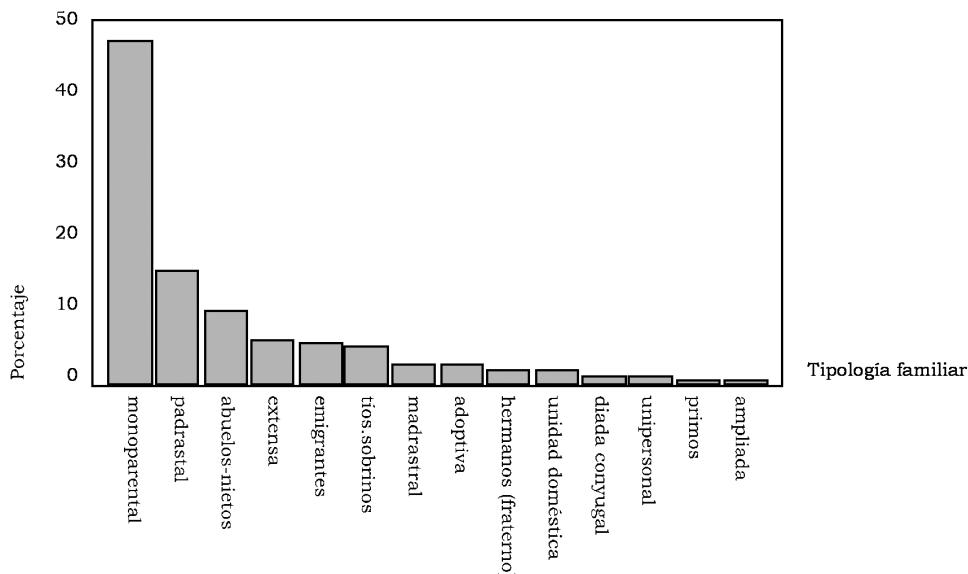
Se hizo un análisis descriptivo de la tipología familiar en estas 711 historias clínicas, cuyo resultado indica que 436 adolescentes pertenecían a familias desestructuradas, lo que corresponde a un 61,5%.

Finalmente, se extrajo una muestra tomando solamente para nuestro estudio descriptivo únicamente a aquellos adolescentes pertenecientes a familias desestructuradas. Como indica la Tabla 1 y el Gráfico 1, dentro de las familias desestructuradas la de mayor frecuencia fue la de tipo monoparental (204 casos igual al 46,8 %).

Tabla 1. Tipología familiar en adolescentes con depresión

Tipología familiar	Frecuencia	Porcentaje
Padrastral	66	15,1
Madrastral	12	2,8
Abuelos-nietos	44	10,1
Monoparental	204	46,8
Extensa	26	6,0
Tíos-sobrinos	22	5,0
Hermanos (fraterno)	8	1,8
Emigrantes	25	5,7
Adoptiva	11	2,5
Primos	1	0,2
Unidad doméstica	8	1,8
Unipersonal	3	0,7
Ampliada	1	0,2
Diada conyugal (sep.)	5	1,1
Total	436	100,0

Grafico 1. Tipología familiar en adolescentes con depresión



La patología de mayor frecuencia en estos 436 casos fue F45.8 (otros trastornos psicósomáticos) (11), con una frecuencia de 57, casos equivalentes al 13,07 %; seguida de F91.0 (trastornos del comportamiento social limitado al ámbito familiar) (11), cuya frecuencia fue de 43 casos, que representan el 9,86%. En tercer lugar encontramos el diagnóstico F32.11

(episodio depresivo moderado con síntomas somáticos) (11), cuya frecuencia fue de 37 casos, que significan el 8,49%. Sin embargo, el hallazgo más relevante fue que 100 casos, equivalentes al 22,9%, fueron la suma de los diferentes tipos de trastornos depresivos (F32.00, F32.01, F32.10, F32.11, F32.2, F32.3, F33.11 y F34.01) (11), así como se señala en la Tabla 2.

Tabla 2. Diagnóstico en adolescentes con depresión

Diagnóstico	n
F 32.00	6
F 32.01	33
F 32.10	2
F 32.11	37
F 32.2	16
F 32.3	2
F 33.11	1
F 34.01	3

En esta muestra de 100 casos se analizó, además, las frecuencias y los porcentajes del sexo, edad, nivel de escolaridad, lugar de procedencia y el sector de ubicación de la vivienda. Así, encontramos que el 75% (75 casos) fueron mujeres, y 25% (25 casos), hombres (véase Tabla 3).

La edad promedio de los adolescentes provenientes de familias desestructuradas que presentaron alguna forma de depresión fue de 14,3 años y la moda 16,5 años cumplidos.

El nivel de secundaria incompleta se dio en estos pacientes con una frecuencia de 64 casos, equivalentes al 64%. La origen de la mayoría de estos 100 pacientes era la provincia de Guayas: 79 casos, que re-

presentan el 79%, específicamente de la ciudad de Guayaquil (69%).

La mayoría de los pacientes provenientes de familias desestructuradas tenían su vivienda ubicada en el sector urbano: 58 casos (58%). Presentamos ahora el análisis bivariado, para lo cual utilizamos la prueba de independencia con la distribución chi cuadrado (χ^2). En esta prueba nos planteamos como hipótesis nula: las variables analizadas son independientes, y en contraposición la hipótesis alternativa: existe dependencia entre las variables.

En la primera prueba de independencia se encontró asociación entre las variables estructura familiar y formas de depresión ($\chi^2 = 121,246$, $p = 0,083$), así como lo ilustra la Tabla 5.

Tabla 3. Distribución por género en pacientes adolescentes con depresión

Sexo de los pacientes	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	75	75,0
Masculino	25	25,0
Total	100	100,0

Tabla 5. Prueba de χ^2 (prueba de independencia entre estructura familiar y depresión)

Variable	Valor	Df	Asymp. sig. (2-colas)
Pearson χ^2	121,246	101	0,083
Likelihood ratio	146,638	101	0,002
Linear-by-Linear Association	0,119	1	0,731
N of valid cases	100		

Por medio de una tabulación cruzada, la Tabla 6 presenta las diferentes formas de depresión y su frecuencia con respecto al sexo.

La siguiente prueba de independencia muestra la asociación entre las variables sexo y formas de depresión. Se obtuvo: $\chi^2 = 119,409$ y $p = 0,004$.

Tabla 6. Diferentes formas de depresión y frecuencia

Diagnóstico	Femenino	Masculino	Total
F 32.00	4	2	6
F 32.01	24	9	33
F 32.10	1	1	2
F 32.11	28	9	37
F 32.2	13	3	16
F 32.3	2	...	2
F 33.11	1	...	1
F 34.01	2	1	3
F 45.8	43	14	57
F 91.0	18	25	43
Total	136	64	200

Existe dependencia entre la escolaridad y diferentes formas de depresión ($\chi^2 = 634,773$, $p = 0,000$). Con respecto a la dependencia de la zona de ubicación de la vivienda y dichas patologías, encontramos una dependencia ($\chi^2 = 205,295$, $p = 0,016$).

Discusión de los resultados

Al inicio del trabajo nos habíamos planteado si las patologías psiquiátricas eran más frecuentes en adolescentes provenientes de familias desestructuradas que en aquellos que procedían de familias estructuradas (familias nucleares). Con base en esto formulamos una prueba de hipótesis para proporciones, donde planteamos como hipótesis nula el hecho de que la proporción de adolescentes de familias estructuradas y de familias desestructuradas que presentaban patologías psiquiátricas era igual. Como hipótesis alternativa propusimos que la incidencia de patologías psi-

quiátricas es mayor en los adolescentes provenientes de familias desestructuradas que en aquellos que provienen de hogares constituidos.

Después del análisis estadístico (prueba Z) se confirma la hipótesis alternativa planteada, en todos los niveles de significancia estadística. Al responder al segundo interrogante encontramos que las patologías más frecuentes en adolescentes provenientes de familias desestructuradas fueron las diferentes formas de trastornos depresivos (100 casos, equivalentes al 22,9%), es decir, la suma de F32.00, F32.01, F32.10, F32.11, F32.2, F32.3, F33.11 y F34.01 (11). La relación en los trastornos depresivos entre el sexo femenino y masculino en adolescentes provenientes de familias desestructuradas es de 3:1.

Finalmente, al analizar las pruebas de independencia realizadas entre las otras variables con relación a las depresiones en los adolescentes estudiados provenien-

tes de familias desestructuradas, encontramos que las variables sexo y escolaridad son prácticamente dependientes en todo nivel de significación estadística.

Conclusiones

La desestructuración familiar es un fenómeno evidente en la ciudad de Guayaquil. En los niños y los adolescentes esto representa uno de los acontecimientos más estresantes de la vida.

La investigación presentada hace hincapié en la relación entre la desestructuración familiar y la sintomatología depresiva en adolescentes. Así, se encuentra que el 61,5% de los adolescentes estudiados que presentaba patologías psiquiátricas provenía de familias donde por lo menos uno de los progenitores se encontraba fuera del sistema familiar. La modalidad más frecuente fue la familia monoparental, lo que confirma que el proceso de ruptura conyugal es el motivo más frecuente de separación de los hijos de sus respectivos padres, lo cual provoca cambios fundamentales en los ámbitos familiar, social y psíquico, que afectan así la percepción que el adolescente tiene del mundo circundante y generan crisis psicológicas y emocionales en ellos.

El estudio realizado demostró la influencia de la desestructuración familiar en la génesis de las enfermedades psiquiátricas durante la adolescencia, específicamente de las

diferentes formas de depresión. Sin embargo, estamos seguros de que los resultados obtenidos hubieran sido más drásticos y evidentes de haber considerado como variable la perspectiva funcional familiar y no la estructural, pues existen familias que desde el punto de vista de su estructura se consideran nucleares, pero en la interacción de sus miembros son claramente disfuncionales, lo cual influye naturalmente en los mecanismos etiopatogénicos de los trastornos psíquicos en los adolescentes.

En los pacientes atendidos en el Pabellón de Adolescentes del Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce, de Guayaquil, en el período escogido para nuestra investigación y que provenían de familias no nucleares, se confirmaron los datos conocidos en el ámbito internacional: el mayor porcentaje de depresiones en todas sus formas y de trastornos psicósomáticos se presentó en adolescentes del sexo femenino; mientras que el trastorno del comportamiento social apareció con mayor frecuencia en el sexo masculino, lo que podría tener un valor pronóstico respecto a la evolución posterior en este grupo de pacientes. Del mismo modo, es sabido por estudios realizados en diferentes partes del mundo que la incidencia de las patologías psiquiátricas en las familias desestructuradas es mayor en las zonas urbanas y marginales de las grandes ciudades.

La edad en la que más frecuentemente se presentaron trastornos

depresivos en los adolescentes investigados provenientes de familias no tradicionales fue de 16,5 años cumplidos. El nivel de escolaridad de mayor porcentaje fue la secundaria incompleta. En las respectivas pruebas de independencia entre cada una de estas variables, frente a las diferentes formas de depresión en adolescentes de familias desestructuradas, se demostró que existía una alta relación de dependencia.

Este hallazgo nos muestra que la mayoría de los adolescentes estudiados de hogares no estructurados se hallaban en la etapa conocida como *adolescencia media* (14 a 18 años cumplidos), en la que el nivel de escolaridad frecuentemente es el ciclo de especialidad de la secundaria (cuarto a sexto curso). Durante esta etapa sabemos que los adolescentes aún son emocionalmente dependientes de sus padres y que, precisamente, en esta época de sus vidas necesitan reglas claras y consecuentes de conducta social que son determinadas esencialmente por ambos padres, con el fin de asegurar la armonía familiar.

Es la etapa en que se adquiere la identidad propia y definitiva, incluida la de tipo sexual. Corresponde a una fase en que el desarrollo intelectual del adolescente atraviesa procesos de cambio y es cuando se desarrolla la capacidad de juicio y raciocinio, del pensamiento abstracto y se crea una conciencia clara sobre

el pasado y las expectativas futuras. Por lo tanto, en este proceso es importante la participación activa de ambos padres, para crear en el adolescente la idea de la realidad que se vive y despertar en ellos sensibilidad hacia los sentimientos ajenos (9).

Por ello, en esta etapa, un proceso de desestructuración del subsistema conyugal, en que se considere el nivel académico e intelectual, hace que estos adolescentes constituyan un grupo de alto riesgo, con mayor vulnerabilidad a padecer trastornos psíquicos y emocionales, en especial de tipo depresivo. Esta situación se confirma en la investigación expuesta.

Naturalmente, nuestro trabajo tiene, como muchos estudios en el mundo sobre el mismo tema, limitaciones metodológicas, por ejemplo, considerar a todas las familias desestructuradas un grupo homogéneo, sin tener en cuenta otras variables, como son el motivo de la desestructuración, la duración de este proceso, los conflictos previos, las características de la relación de los hijos con el miembro ausente del subsistema conyugal, al igual que las características de la interacción de los adolescentes con el progenitor que permanece en el sistema familiar.

Además, las familias desestructuradas tienen complejidades que deberán ser profundizadas, como la disminución en los ingresos, la redistribución de roles y la posible parentalización del adolescente.

Por último, la muestra proviene de un centro de remisión psiquiátrico. Reconocemos esta limitante para generalizar nuestro estudio a la población general. Sin embargo, a pesar de estas limitaciones, nos permite conocer y entender, desde la perspectiva médico-psiquiátrica, la relación en nuestro medio de los procesos de desestructuración familiar y la génesis de las patologías de depresión en los adolescentes, y nos motiva a seguir estudiando estos temas complejos. Sus resultados tienen relevancia teórica y práctica para nuestra comunidad, así como validez científica, pues reflejan los resultados conocidos de estudios internacionales.

Referencias

1. Peña V, Toral M, Barriga T. Proyecto de orientación y apoyo a familias en riesgo de desintegración familiar. Guayaquil: Universidad Católica de Guayaquil; 2001. p. 9-18.
2. Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE).
3. Sistema Ecuatoriano de Vigilancia Integral para la Prevención de la Droga-Ministerio de Educación y Cultura (SEVIP-MEC); 1998.
4. Junta de Beneficencia de Guayaquil. Revista Médica de Nuestros Hospitales. 2001 Sep; 25:74-94.
5. Cierpka M. Handbuch der familiendiagnostik. Berlín: Springer Verlag; 1996.

6. Kashani JH, Sherman DD. Childhood depression: epidemiology, etiological models, and treatment implications. *Integr Psychiatry*. 1988;6:1-8.
7. Polaina-Lorente A, Doménech E. La depresión en niños españoles. Barcelona: Geygi; 1988.
8. Whybrow PC, Akiskal HS, McKinney Jr. WT. Mood disorders: toward a new psychobiology. New York: Plenum; 1984.
9. Parmelee D. Psiquiatría del niño y del adolescente. Madrid: Harcourt Brace; 1998.
10. Quintero AM. Trabajo social y procesos familiares. Buenos Aires: Lumen; 1997. 7
11. WHO. Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10). Göttingen: Verlag Hans Huber; 1992. 12
12. Walpole R, Myers R, Myers S. Probabilidad y estadística para ingenieros. México: Prentice Hall; 1998. 13
13. Statistical Package for Social Science (SPSS) Base 8.0 Applications Guide. Chicago: SPSS Inc.; 1998. 14

Bibliografía complementaria

1. Kass F, Oldham J, Prades H. Das grosse Handbuch der seelischen Gesundheit. Weinheim: Quadriga Verlag; 1996. 8
2. Mardomingo MJ. Psiquiatría del niño y del adolescente. Madrid: Díaz de Santos; 1994. 11
3. Margraf J. Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 2. Berlin: Springer Verlag; 1996. 9
4. Rotthaus W. Stationäre systemische Kinder-und Jugendpsychiatrie. Dortmund: Verlag Modernes Lernen; 1998. 10
5. Saad E, Morla R. Patologías psiquiátricas en adolescentes y desestructuración familiar en nuestro medio [disquete]. Quito; 2002. 15

Recibido para evaluación: 18 de noviembre de 2005

Aceptado para publicación: 28 de marzo de 2006

Correspondencia
Ricardo Morla Boloña
Hospital Clínica Kennedy,
Sección GAMA, 1er. piso # 104
Avenida San Jorge y Calle Juan Bautista Altuve,
Guayaquil, Ecuador
Correo electrónico: ricmorla@hotmail.com