



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**Estructura familiar y niveles de
depresión en estudiantes de
bachillerato de la UNAM.**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)
Nely Guadalupe Colin Hernández

Directora: Dra. **Maricela Osorio Guzmán**

Dictaminadores: Dra. **Georgina Eugenia Bazán Riverón**

Lic. **Carlos Prado Romero**



Los Reyes Iztacala, Edo de México, mayo 2021.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE.

Introducción.	1
1. PSICOLOGÍA DE LA SALUD	3
1.1. Antecedentes.....	3
1.2. Definición.....	7
1.3. Modelo biopsicosocial.	9
2. FAMILIA	12
2.1. Definición.....	12
2.2. Tipos de familia.	13
2.3. Ciclo Vital Familiar.	14
2.4. Funcionamiento familiar.	16
2.5. Escalas que evalúan el sistema familiar.	20
3. ADOLESCENCIA	23
3.1. Etapas en la adolescencia.	24
3.2. Factores de desarrollo.	26
3.3. Relación padres-adolescente.	28
3.4. Riesgos en la adolescencia.	31
4. DEPRESIÓN	33
4.1. Definición.....	33
4.2. Depresión en adolescentes.	35
4.3. Niveles de depresión.	39
4.4. Evaluación y Diagnóstico de la depresión.	40
4.5. Tratamiento de la depresión.	46
5. ESTRUCTURA FAMILIAR Y NIVELES DE DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE BACHILLERATO DE LA UNAM	52
5.1 Objetivo general.	52
5.2 Objetivos específicos.	52
Método.	52
Participantes.....	52
Diseño de investigación.	53
Instrumentos.....	53
Procedimiento.	54

Análisis de datos	54
6. RESULTADOS	55
Descripción de los participantes:.....	55
Análisis de fiabilidad de los instrumentos.	57
Análisis descriptivo de las puntuaciones de los instrumentos.	57
Comparación entre las variables.....	60
Correlaciones entre las variables.....	63
7. CONCLUSIONES	64
8. Referencias bibliográficas	72
9. Anexos	81
9.1. Cuestionario de datos sociodemográficos	81
9.2. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)	82

Introducción

La familia ha sido objeto de estudio de diversas disciplinas desde hace décadas, las cuales se han interesado en este grupo que se considera base de la sociedad. Se ha obtenido información respecto a su estructura, unión, flexibilidad, comunicación, la importancia que tienen todos los integrantes en el ambiente familiar, así como las problemáticas que podrían presentarse de forma grupal e individual si este ambiente no lo perciben como favorable o tienen una relación complicada. Entre las consecuencias que pueden presentarse en los miembros -si no hay un funcionamiento familiar satisfactorio- es el desarrollo de ciertos trastornos emocionales tales como la depresión.

Hoy en día la depresión es un trastorno bastante común que afecta a personas de cualquier edad. Hasta hace algunos años se tenía la creencia popular de que niños y adolescentes no podían presentar un trastorno depresivo, los niños porque “son pequeños” y los jóvenes se encuentran en “la plenitud de la vida”. Lo anterior complicaba el diagnóstico oportuno y un tratamiento eficaz. Por ello, es de suma importancia consolidar la investigación del tema en este grupo etario en población mexicana y evaluar la influencia de la familia en esta área.

Por lo anterior surgió el interés por elaborar un trabajo de investigación con el objetivo de analizar la relación del funcionamiento familiar con los niveles de depresión en una muestra de estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades de la UNAM.

Se eligió esta población debido a que los adolescentes del Colegio de Ciencias y Humanidades se encuentran en una etapa considerada de riesgo, y los planteles donde estudian se ubican en la CDMX y el estado de México, lo que indica una diversidad de las características en las que crecen, por lo tanto, el tipo de familia en el que se desarrollan es distinto.

Por lo cual, en el marco teórico se desarrollan temas que fundamentan el objetivo de la investigación, en el capítulo 1 se mencionan los antecedentes de la psicología de la salud, su definición, el modelo biopsicosocial y cómo se relaciona con la familia.

En el capítulo 2 se define a la familia, los tipos de familia que se encuentran en la actualidad, las funciones principales que cumplen y las hacen distintas de otros grupos

sociales, el Ciclo Vital Familiar por el que la mayoría de las familias pasan, el funcionamiento familiar que explica el Modelo Circumplejo de Sistemas Maritales y Familiares (Olson, 1989) que es uno de los más utilizados y completos en cuanto a teoría y bibliografía, además bajo este modelo se han diseñado diversos instrumentos que evalúan la estructura del sistema familiar.

En el capítulo 3 se explican las etapas de la adolescencia de acuerdo a distintos autores, los factores que comúnmente influyen en el desarrollo de los jóvenes, la importancia de la relación padres-adolescente y los riesgos que se presentan en esta etapa.

En el capítulo 4 se define a la depresión, se exponen las características de esta problemática en adolescentes, los niveles, la evaluación de la misma a través de los instrumentos o herramientas que se utilizan para este trastorno. El diagnóstico y el tratamiento, tanto terapéutico como farmacológico.

Posteriormente se expone el proyecto general y la metodología que se llevó a cabo para la realización de la investigación, se muestran detalladamente los resultados obtenidos y las conclusiones.

1. PSICOLOGÍA DE LA SALUD.

1.1. Antecedentes

El surgimiento de la Psicología de la Salud se debió a la necesidad de contribuir con conocimientos teóricos a la formación de los profesionales de la salud y como resultado de las controversias y limitaciones del modelo biomédico tradicional. El fracaso de los sistemas sanitarios por una concepción restrictiva y descontextualizada de la salud y la posibilidad de comprender variables sociales y psicológicas (creencias, conductas, emociones, actitudes, apoyo social, etc.) que mediatizan los problemas de salud, como factores desencadenantes, facilitadores o moduladores del proceso salud-enfermedad (Hernández & Grau, 2005).

Los orígenes de la Psicología de la Salud se remontan al Análisis Experimental de la Conducta y al Análisis Conductual Aplicado, pilares fundamentales que la sustentan teórica y metodológicamente (Bazán, 2003).

En 1920, según Green, Meagher y Millon (1982) la psicología tuvo lugar en los programas de los estudiantes de medicina, con la finalidad de tuviesen una formación más holística. Poco a poco los psicólogos se fueron sumando a la facultad de medicina, pero fue hasta 1930 que un pequeño grupo de psicólogos participó en centros médicos para trabajar en proyectos básicos y aplicados de investigación neurológica y psicofisiológica. Para 1960 la participación de psicólogos en el ámbito de la salud seguía siendo restringida, ya que tenían oportunidades limitadas por el lado económico, pero esto cambió cuando empezaron a optimizar el trabajo de los médicos intercambiando funciones, tanto psicólogos como psiquiatras, hasta que, para la mitad de esta década el psicólogo se separa del trabajo del psiquiatra dando a conocer su actividad por medio de tres aspectos:

- a) Demostración de la existencia de un campo fértil por medio de trabajos sobre retroalimentación y psicología familiar,
- b) Detección de la relación entre enfermedad y estilos de vida y
- c) Evidencia de que los conceptos psicodinámicos son oscuros y no proporcionan una alternativa.

Para la década de los años 70, en la Universidad de Minnesota, se propuso un programa doctoral en psicología con el nombre de “Health-Care Psychology” (psicología de la salud), de la misma forma, para 1974 en una de las universidades de California, el psicólogo George Stone proponía un nuevo currículum en psicología haciendo referencia a los términos de Health Psychology. Estos hechos llamaron la atención en un grupo especializado en la investigación de la Salud de la American Psychological Association (APA) coordinado por William Shofield, quien realizó un análisis de los artículos psicológicos publicados de 1966-1973 y llegó a la conclusión de que los psicólogos no estaban realizando investigaciones respecto a los problemas de salud y enfermedad, la prevención de la enfermedad y el sistema de prestación de cuidados. Para agosto de 1975, había un grupo de 500 psicólogos interesados en la investigación de la salud. Ese mismo año se discutió la propuesta para organizarse como sección dentro de la División 18 (Psychologists in Public Service) con 150 Miembros, y en poco tiempo se logró la división dentro de la propia APA debido al interés y al crecimiento de los miembros, en 1978, después de algunas reuniones encabezadas por Weiss, Matarazzo y Stone, surgió la división 38: Health Psychology de la APA, siendo elegido Matarazzo como su primer presidente y Clayman como secretario. A partir de este entonces, la psicología de la salud comenzó a desarrollarse rápidamente ya que el número de miembros aumento considerablemente, la revista Health Psychology publicaba avances en su disciplina y el número de suscriptores aumentaba (Hernández & Grau, 2005).

A finales de los sesentas, se propuso reconocer a la psicología como una profesión sanitaria, debido a que se observaba que la conducta del ser humano puede ser decisiva tanto en el mantenimiento de la salud como en el origen y evolución de la enfermedad. Principalmente hay tres razones que se plantearon como causas particulares que propiciaron el surgimiento de la psicología de la salud:

1. A mediados del siglo XX, hay un cambio en la preocupación sanitaria que se ha desplazado desde las enfermedades infecciosas hasta los trastornos de carácter crónico de etiología pluricausal que se relacionan a los estilos de vida de las sociedades industrializadas, por lo cual, el incremento de estas “nuevas” enfermedades son consecuencia de los hábitos poco saludables de las personas.

2. Este tipo de enfermedades crónicas con las cuales el paciente tiene que convivir muchos años, generalmente suelen llevar una serie de cambios importantes en la calidad y estilo de vida de los individuos.
3. Las limitaciones del modelo médico o biomédico el cual entiende a la enfermedad en términos de desórdenes biológicos o químicos, también asume el dualismo mente-cuerpo entendiendo que el cuerpo y la mente son dos entidades separadas. Esta perspectiva no fue suficiente para entender y tratar los problemas de salud crónicos que comenzaban a emerger en la sociedad a lo largo del siglo XX (Amigo, Fernández & Pérez, 1998).

Por otro lado, en América Latina, el origen de la Psicología de la salud inició tiempo antes que en Estados Unidos, por lo cual se considera que fue en Latinoamérica el nacimiento de esta disciplina, exactamente en Cuba, en los años 60, ya que los cambios sociales en esta época determinaron que el Ministerio de Salud Pública considerara necesario y oportuno crear condiciones para que la psicología como ciencia y disciplina pudiese contribuir a la mejora de la salud de la población desde un contexto de medicina preventiva. En 1969, se crea el Grupo Nacional de Psicología de la Salud con funciones normativas, de asesoría técnica y metodológica, entonces los psicólogos no solo se encontraban en psiquiatría, sino también se ubicaban en otros sistemas de Salud que les permitían asentar a la Psicología de la Salud en la práctica institucional en el sector salud. Justo cuando Stone proponía el término “Health Psychology”, un gran número de psicólogos trabajaba con este perfil en instituciones cubanas y en 1974 se funda la Sociedad Cubana de Psicología de la Salud, seis años antes de que se publicara la definición de Psicología de la Salud de Matarazzo. Esta sociedad vino a reforzar la identidad profesional del psicólogo en el campo de la salud, no solo en Cuba, sino también en otros países como Colombia, Brasil, México, Venezuela (Hernández & Grau, 2005).

Existen diferentes disciplinas que se desarrollaron con antelación o paralelamente a la psicología de la salud, a continuación, se revisarán algunas de ellas.

La medicina psicosomática tuvo como objetivo central el describir y explicar las relaciones que existen entre la enfermedad física y la vida emocional. Surgieron ciertos

modelos que trataron de sustentar y explicar este tipo de relación, pero, la práctica de la medicina psicosomática solo se restringía al reconocimiento de un vínculo entre la vida emocional y orgánica de una persona, quedando así sólo una concepción dualista y una deficiencia teórico-metodológica (Flórez, 1991).

Esto dio pie a que surgiera la “psicología médica”, que según su autor Asken (1979, en Amigo, Fernández & Pérez, 1998) su objetivo es “el estudio de los factores psicológicos relacionados con cualquiera de los aspectos de la salud física, la enfermedad y su tratamiento a nivel del individuo, el grupo y los sistemas. La psicología médica no representa una orientación teórica particular; los problemas de la misma pueden ser conceptualizados desde cualquiera orientación deseada. La psicología médica tiene, además, como foco, todas las áreas de interés académico: investigación, intervención, aplicación y enseñanza” (p. 30).

Según Gil Roales-Nieto (1996, en Amigo, Fernández & Pérez, 1998) la psicología médica tomaba parte de la medicina psicosomática y se aceptó el uso de técnicas psicológicas para la evaluación de la enfermedad física. Pese a esto, la psicología médica no engloba todo el ámbito de trabajo que si toma en cuenta la psicología de la salud ni tampoco pone en primer plano a la salud como intervención, así como olvida el papel de otras profesiones dentro del ámbito de salud.

Por otro lado, surge la “medicina conductual”, en 1973 cuando eran sus primeras apariciones en libros, el término se refería a la acción de curar enfermedades mediante el uso de procedimientos comportamentales, para 1977, en la Universidad de Yale hubo una conferencia sobre medicina conductual, juntando a destacados científicos de las ciencias comportamentales y biomédicas de diferentes partes del mundo para así poder definir un objetivo y campo de acción para esta disciplina, así pues, quedó definida como el campo interdisciplinario relacionado con el desarrollo y con la integración del conocimiento científico y de las técnicas emanadas de las ciencias conductuales y de las ciencias biomédicas, que resulten relevantes para la atención de la salud y de la enfermedad, y con la aplicación, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación, por lo cual, este campo multidisciplinario se interesa en los aspectos conductuales y sociales de las condiciones médicas de un individuo en específico (Flórez, 1991).

Debido a que la medicina conductual se refería exclusivamente a la parte del análisis experimental de la conducta para el tratamiento de algunas enfermedades, surgió la “salud conductual” que se definía como “un campo interdisciplinario dedicado a promocionar una filosofía de la salud que acentúe la responsabilidad del individuo en la aplicación del conocimiento y las técnicas de las ciencias comportamental y biomédica, para el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad y la disfunción, mediante una variedad de actividades auto-iniciadas, individuales o compartidas” (Matarazzo, 1980, en Oblitas, 2000, p. 813). Por lo cual, esta disciplina se focalizó en el uso de técnicas conductuales para mantenimiento y la prevención de la salud de las personas, en este contexto aparece la Psicología de la Salud en 1980, que toma en cuenta todos los aspectos de las áreas anteriores.

1.2. Definición

Antes de definir a la psicología de la salud, hay que comenzar con la definición de la salud. Una de las definiciones más utilizadas de salud es “la salud es la ausencia de la enfermedad” aunque suele ser una definición muy general y limitada (Oblitas, 2008).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948, en Díaz, 2016) la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p. 179), esta definición es un preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud.

En la actualidad, existe evidencia respecto a que la salud se ve influenciada por la conducta de cada individuo, como hábitos sanos e insanos, cuidados médicos, entre otros, así como los pensamientos y sentimientos, los cuales pueden tener efectos positivos o negativos en el bienestar físico y también en cómo las relaciones sociales pueden ser de ayuda en situaciones estresantes (Oblitas, 2008).

Matarazzo (1980) define a la psicología de la salud como: la suma de aportaciones docentes y de educación, profesionales y científicas específicas de la disciplina de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de las enfermedades y disfunciones afines y para el análisis y mejoramiento del sistema para el cuidado de la salud, así como para la configuración de las políticas sanitarias (p. 815).

Carrobles (1993) plantea que: la psicología de la salud es el campo de la especialización de la psicología que centra su interés en el ámbito de los problemas de salud, especialmente físicos y orgánicos, con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar o rehabilitar éstos en caso de que tengan lugar, utilizando para ello la metodología, los principios y conocimientos de la actual psicología científica sobre la base de que la conducta constituye, junto con las causas biológicas y sociales, los principales determinantes tanto de la salud como de la mayor parte de las enfermedades y problemas humanos de la salud existentes en la actualidad (p. 17).

Por su parte, Simón (1993) describe a la psicología de la salud como: confluencias de las contribuciones específicas de las diversas parcelas del saber psicológico (psicología clínica, psicología básica, psicología social, psicobiología) tanto a la promoción y mantenimiento de la salud como a la prevención y tratamiento de la enfermedad (p. 19).

Oblitas (2006, en Oblitas, 2008) define a la psicología de la salud como: la disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta a la evaluación, el diagnóstico, la prevención, la explicación, el tratamiento y/o la modificación de trastornos físicos y/o mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar (p. 10).

A pesar de que existen muchas definiciones de psicología de la salud, la de Matarazzo es de las más aceptadas por los psicólogos de todo el mundo porque abarca las cuatro líneas de trabajo fundamentales del psicólogo de la salud, primero: destaca la promoción y el mantenimiento de la salud, segundo: enfatiza la importancia de la prevención y el tratamiento de las enfermedades, la necesidad de modificar los hábitos poco saludables para prevenir enfermedades, así como enseñar a la gente a adaptarse mejor a su nueva situación y a seguir los regímenes de su tratamiento, tercero: esta rama de la psicología también se centra en el estudio de la etiología y correlatos de la salud, enfermedad y las disfunciones, así pues, en este contexto, la etiología hace referencia al estudio de las causas (conductuales y sociales) de la salud y de la enfermedad, cuarto: hace mención de la competencia de la psicología de la salud en el ámbito del sistema sanitario y la formulación de una política de salud en la cual

se trataría de analizar el impacto de las instituciones sanitarias y de los profesionales de la salud sobre el comportamiento de la población y desarrollar recomendaciones para la mejora de la salud (p. 28) (Amigo, Fernández & Pérez, 1998).

1.3. Modelo biopsicosocial

Según Engel (1977, en Amigo, Fernández & Pérez, 1998) este modelo médico tiene dos supuestos básicos, el primero es la doctrina del dualismo mente-cuerpo, el cual se entiende como que el cuerpo es una entidad física y la mente es parte del dominio espiritual, el segundo supuesto es del reduccionismo, esto, asume que todo el proceso de la enfermedad se limita a una cuestión de reacciones físicas y químicas. Por lo tanto, este modelo aborda la enfermedad atendiendo únicamente a sus aspectos físicos y olvidando que la persona que se encuentra enferma tiene respuestas a este nuevo estado que van a influir en el curso de la patología.

Así mismo, este modelo constituye la base conceptual de la medicina científica moderna, en la cual, el cuerpo humano es fragmentado y analizado desde el punto de vista de cada una de sus partes, la enfermedad se percibe como el funcionamiento defectuoso de los mecanismos biológicos o químicos, entonces, la función de los médicos es intervenir de manera física o química para corregir las disfunciones de un mecanismo en específico (Baeta, 2015).

A pesar de que este modelo era el único aceptado, ya no se ajustaba a la problemática que presentaba la sociedad, por lo que algunos teóricos comenzaron a apoyar la idea del surgimiento de un nuevo modelo que comprendiera y explicara la enfermedad. De esta manera, en 1977, Engel postuló la necesidad de un modelo holístico, ya que él refería que todos los fenómenos importantes relativos a la salud tenían aspectos biológicos, pero no solo eso, sino también psicológicos y sociales. Engel decía que el modelo biomédico había hecho grandes aportaciones a la medicina, pero tenía varias razones para criticarlo:

1. Una alteración bioquímica no siempre se traduce en enfermedad, esta puede aparecer por diversas causas no solo moleculares, sino también pueden existir variables psicológicas y sociales.

2. Los aspectos biológicos no siempre ayudan a comprender los síntomas del paciente, ni pueden asegurar que el clínico procese la información de manera adecuada para dar la información pertinente.
3. Las variables psicosociales son de suma importancia a la hora de determinar la susceptibilidad, gravedad y curso del padecimiento, aunque pareciera que todo es meramente biológico.
4. La aceptación del rol enfermo no viene determinada de manera mecánica por la presencia de una anomalía biológica.
5. El éxito de tratamiento puede depender de variables psicosociales.
6. La relación del profesional de la salud con el paciente influye en el resultado terapéutico.

Por tal razón, Engel propuso el modelo biopsicosocial, el cual estimula un conocimiento integral del paciente y su entorno, e integra los hallazgos en tres niveles: biológico, psicológico y social, reconoce el papel que tiene la relación terapéutica en el curso de los acontecimientos, optimiza el trabajo en equipo e incorpora al profesional de la salud como una variable extra que puede influir en el tratamiento (p. 175) (Carrió, 2002).

Este modelo biopsicosocial sostiene que todos los factores biológicos, psicológicos y sociales son elementos determinantes de la salud y de la enfermedad, así pues, los macroprocesos (apoyo social, trastornos de salud mental, etc.) y los microprocesos (alteraciones bioquímicas) influyen en el proceso salud-enfermedad. También se entiende que la salud y la enfermedad tienen causas y efectos múltiples, además de que pone en el mismo nivel de importancia a la salud y a la enfermedad (Amigo, Fernández & Pérez, 1998).

Para este modelo, ya no es el cuerpo el que enferma, ya se toma a la persona en su totalidad, como una unidad biopsicosocial. Por tal motivo, el tratamiento en los pacientes cambió, ya que el modelo se plantea distintos objetivos al modelo médico.

Para los psicólogos de la salud Belard, Dearddoff y Kelly (1987, en Osorio, 2014), el modelo biopsicosocial tiene dos objetivos:

- Los objetivos del paciente: donde se evalúa al paciente respecto a sus características biológicas, afectivas, cognitivas y conductuales.

- Los objetivos del medio ambiente: los cuales evalúan en tres aspectos que son la familia, el sistema sanitario y el ámbito sociocultural. En la familia se analizan las mismas características que en los objetivos del paciente (físico, conductual, afectivo y cognitivo) mientras que el sistema sanitario y el ámbito sociocultural se toma en cuenta lo físico, afectivo y conductual.

Cabe destacar que este modelo ha sido sumamente importante, porque ha ayudado a comprender las conductas de salud que están implicadas en los procesos de salud-enfermedad, ha mostrado que existen factores que pueden cambiar en la vida de los pacientes y, por ende, esto cambia sus conductas en el padecimiento. También los hábitos, las creencias y actitudes juegan un papel importante en este proceso, ya que en algunas ocasiones la salud se ve perjudicada por los malos hábitos del paciente, por las creencias que tiene sobre ciertas enfermedades o las actitudes que toma por las mismas (Osorio, 2014).

Algunas de las creencias o hábitos que tienen los pacientes, suelen tener origen en la familia, los padres pueden inculcar algunas conductas que perduran para toda la vida, estas prácticas pueden ser de protección o de riesgo, por lo que estudiar el contexto familiar es de suma importancia.

2. FAMILIA.

La familia es el primer contacto que tiene el ser humano con el mundo desde que nace, ya que el aprendizaje y el desarrollo del infante se ve influenciado por los progenitores, el medio social en el que va creciendo, la cultura en que se desenvuelve, las características biológicas y psicológicas del mismo y de su familia. Tal y como lo menciona la psicología de la salud, este grupo puede influir en las conductas de alguno de los integrantes de la familia, razón por la cual los psicólogos de la salud toman en cuenta a los padres, hermanos, cuidadores y personas cercanas a la persona que se vaya a intervenir, es por ello que desde hace décadas, la familia ha sido objeto de estudio de distintas disciplinas, incluyendo a la psicología.

2.1. Definición

La Real Academia Española (2014) define a la familia como: “un grupo de personas relacionadas entre sí, y que viven juntas”.

Por otra parte, Henao y Pontín (2005, en Semenova, Zapata & Messenger, 2015) describen a la familia como: La forma de organización básica para la supervivencia biológica y afectiva de los individuos, y se configura alrededor de las funciones de conyugalidad y sexualidad, reproducción biológica y social, subsistencia y convivencia. Además, la familia como categoría amplia de consanguinidad es base fundamental de la identidad, el apellido, el patrimonio, la historia compartida, la tradición de los antepasados y atraviesa generaciones, tiempos y espacios muy diversos (p. 104).

Para Olson (1976, en Siguenza, Buñay & Guamán, 2017) la familia se concibe como: “un grupo dinámico y funcional en tres niveles: cohesión, flexibilidad familiar y comunicación” (p. 78).

Blanco (1996, en Martín- Cala & Tamayo- Megret, 2013) señala tres elementos que distinguen a la familia de otras instituciones sociales:

- a) La configuración: surge a partir de lazos de parentesco.
- b) La diferenciación de funciones: tanto materiales como espirituales.

- c) El carácter histórico, normativo y activo: este obedece a las condiciones del desarrollo económico-social. Aquí la familia establece normas para todos sus miembros, regulan sus actividades y relaciones con los otros. También las relaciones familiares y el papel de cada uno de los miembros cambian con el tiempo (p. 63).

2.2. Tipos de familia

Debido a que la familia se define como un grupo de personas dinámico, no todos los grupos familiares son iguales, cada una tiene características distintas.

Las Naciones Unidas (1994, en Rosales & Espinosa, 2008) define a los siguientes tipos de familia de forma universal:

- a) Familia nuclear: es la unidad básica que se compone de padre, madre e hijos.
- b) Familia monoparental: uno solo de los padres vive con los hijos, esto puede ser debido a un divorcio, a abandono por parte de uno de los padres, la decisión de no vivir juntos o la muerte de uno de los cónyuges.
- c) Familia polígama: un hombre o una mujer vive o se casa con varias personas.
- d) Familia extensa: los abuelos, padres, hijos, tíos, sobrinos, primos viven en el mismo lugar, no importando si son consanguíneos o no.
- e) Familia reorganizada: son matrimonios formados por personas que ya tuvieron hijos con parejas previas.
- f) Familias migrantes: se componen de miembros que proceden de otros contextos sociales, normalmente, del campo hacia la ciudad.
- g) Familias apartadas: existe aislamiento y distancia emocional entre los miembros de la familia.

No importando el tipo de familia en el que se desarrolle, Martín- Cala y Tamayo-Megret, (2013) mencionan algunas funciones generales que cumplen las familias como institución única:

- Función biosocial: Está relacionada a la parte sexual y afectiva de la pareja, así como la procreación, crecimiento y cuidado de los hijos, la estabilidad e identificación familiar, también con la formación emocional de los hijos.

- **Función económica:** Comprende las actividades y condiciones que posibilitan la reposición de la fuerza de los integrantes para realizar el trabajo y otras labores, el presupuesto económico de la familia, las tareas domésticas como: garantizar el abastecimiento, producción de bienes y servicios, la satisfacción de necesidades materiales individuales, los cuidados y la salud de los integrantes.
- **Función espiritual-cultural:** Implica el aprendizaje de la cultura de la sociedad en la que se encuentran, posibilita la formación como ser humano, la satisfacción cultural de los integrantes, el desarrollo cultural, estético, la recreación y la educación de determinadas condiciones espirituales del sujeto.
- **Función educativa:** Se desarrolla de forma permanente y se relaciona con la formación y el desarrollo psíquico del niño desde su nacimiento y la mayor parte de su vida, ya que se le enseña a hablar, a comunicarse, a caminar, en el infante se desarrollan los procesos cognoscitivos, hábitos, habilidades, convicciones, autovaloración, incluso, la familia influye en la personalidad del niño.

Todas estas funciones pueden agruparse en actividades y relaciones intrafamiliares, todas están encaminadas a la satisfacción de importantes necesidades de sus integrantes. Si alguna de las funciones cambia, es muy probable que las demás lo hagan.

2.3. Ciclo Vital Familiar

Una vez expuesta la definición de familia y los tipos, es importante mencionar las etapas o el ciclo por el que pasan la mayoría de las familias. Según Semenova, Zapata y Messenger (2015), el Ciclo Vital Familiar (CVF) es un concepto que permite definir y precisar el desarrollo de las familias a través de una serie de etapas, las cuales pueden verse afectadas debido a factores externos como internos. El CVF está inmerso en la cultura y costumbres dependiendo de la familia, no hay formas correctas o incorrectas de pasar por cada una. Estas etapas son:

- 1) **Formación de la pareja:** en esta etapa el hombre o mujer comienza a independizarse de la familia de origen, se genera una intimidad y se inicia la formación de la identidad como pareja, así pues, se pasa del noviazgo al matrimonio.

- 2) Nacimiento y crianza de los hijos: el nacimiento de un hijo crea muchos cambios en el matrimonio, ya que pasan de ser pareja a tener nuevos roles como ser padre y madre, en algunas ocasiones, los progenitores pueden sentirse abrumados por la nueva responsabilidad, por lo cual, puede que se presenten conflictos en la pareja, ya que hay ciertas restricciones eróticas y falta de actividad sexual, también hay desgaste físico y emocional por el exceso de tareas, aparte de las que tiene el hombre y mujer como individuos y como pareja, se suman las nuevas de padre y madre.
- 3) Hijos en preescolar: esta etapa es importante, ya que empieza la exploración del medio en el que se encuentra el infante, de ahí su iniciativa y su autonomía, ya que se integrará a una nueva institución con maestros, compañeros y personas nuevas en su vida, lo que pondrá a prueba todo lo que los padres inculcaron en los primeros años de vida de su hijo. Esta situación, hace que los padres cuestionen su rol y la forma de vincularse con sus hijos.
- 4) Hijos en edad escolar: la red social del niño se amplía y ya se relaciona significativa y afectivamente con personas ajenas a la familia. Rodhes (1977, en Semenova, Zapata & Messenger, 2015) afirma que esta etapa significa un desafío para los padres, ya que deben apoyar y fortalecer el proceso de individualización de sus hijos que se desarrolla fuera de casa, por lo cual la participación de la familia puede aportar o limitar las oportunidades de desarrollo.
- 5) Adolescencia: esta etapa resulta ser una crisis para la familia y el mismo adolescente. Para empezar, el adolescente sufre una crisis de identidad y físicamente comienzan los cambios, empieza a ampliar su contacto con el mundo que le rodea, la relación con los padres pasa a segundo término, ya que lo importante y lo primordial son las relaciones con sus pares. Así como el adolescente pasa por una serie de crisis, también lo hacen los padres, que se encuentran en la crisis de la edad media. Es importante que el adolescente y los padres establezcan una nueva relación que les permita desarrollar habilidades para establecer límites, poner reglas, sin olvidar el rol que tiene cada uno.
- 6) Nido vacío: esta etapa se ve marcada por la capacidad que tienen los padres de desprenderse de los hijos, de separarse de ellos y permitir su partida como proceso

natural, lo cual hace que los padres busquen nuevos intereses, tareas y preocupaciones. En esta fase, la pareja ya está sola de nuevo, lo que requiere de un acercamiento, redescubrimiento y renegociación en la relación de pareja y el rol de padres que se ha modificado. También, los padres deberán reconocer que la familia puede extenderse y habrá nuevas personas que se vayan incorporando en la vida familiar.

- 7) Edad madura: se encuentra el fin de la vida laboral (jubilación), que puede verse como el inicio de una nueva etapa donde podrán realizarse nuevas actividades, disfrutar de los nietos y seguir generando nuevos proyectos o puede verse como una etapa de improductividad, también, los padres notan el cambio roles y pasan a ser abuelos. En algunas ocasiones, en esta etapa la pareja decide si quiere seguir junta o no.
- 8) Vejez: en esta etapa, los hijos son ahora quienes se encargan del cuidado de sus padres ancianos o de la tercera edad, ya que sus habilidades y funciones se van deteriorando debido a la edad. Hay un impacto emocional, social y económico, ya que comienza una serie de cambios tan drásticos que afectan a la familia, como, por ejemplo, la muerte de uno de los cónyuges, que implica una reacomodación familiar, toma de decisiones y formas de afrontamiento.

2.4. Funcionamiento familiar

Para poder hablar de funcionamiento familiar, es necesario comenzar por el Modelo Circumplejo de Sistemas Maritales y Familiares, el cual fue desarrollado en 1989 por Olson en un intento de poder reunir la investigación, la teoría y la práctica. Este modelo es útil para el “diagnóstico relacional” porque integra tres dimensiones que se han considerado repetidamente y son relevantes en una variedad de teorías familiares, en modelos y enfoques de terapia familiar. La cohesión familiar, la flexibilidad y la comunicación son las tres dimensiones en el Modelo, estas surgieron de una agrupación conceptual de más de cincuenta conceptos desarrollados para describir la dinámica marital y familiar, y los teóricos que han realizado investigaciones en la familia y la parte marital, han llegado a la conclusión de que

esas dimensiones engloban los aspectos necesarios para poder evaluar y comprender el funcionamiento de las familias (Olson, 2000).

Según el Modelo Circumplejo de Sistemas Familiares y Maritales de Olson (1989, en Ferrer-Honores, Miscán-Reyes, Pino-Jesús & Pérez-Saavedra, 2013) el funcionamiento familiar se refiere a los vínculos afectivos entre los miembros de la familia y el grado de autonomía que experimentan (cohesión) así como su capacidad de cambiar algunos aspectos de su estructura, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones con el fin de superar las dificultades familiares (flexibilidad). La comunicación familiar actúa como facilitadora entre estas dos primeras dimensiones, se basa en la empatía y la escucha reflexiva, esta dimensión es igual de importante que las otras dos, ya que, si no se presenta una buena cohesión o flexibilidad en la familia, es muy probable que haya mala comunicación en la familia.

La flexibilidad familiar, la define Olson (1989, Ferrer-Honores, Miscán-Reyes, Pino-Jesús & Pérez-Saavedra, 2013) como “la habilidad de un sistema familiar para cambiar la estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés situacional y propia del desarrollo” (p. 53).

Los conceptos específicos de esta dimensión incluyen liderazgo (control, disciplina), estilos de negociación, relaciones de roles y reglas de relación. El enfoque aquí se basa en como los sistemas balancean la estabilidad frente al cambio (Olson, 2000).

Según Russell, Sprenkle, y Olson (1989, en Siguenza, Buñay & Guamán, 2017) puede clasificarse en:

- a) Caótica: Se caracteriza por roles no definidos, ausencia de liderazgo y disciplina cambiante o ausente,
- b) Flexible: Sus roles son compartidos, tiene una disciplina democrática, liderazgo flexible y considera la opinión de sus integrantes,
- c) Estructurada: Sus integrantes en ocasiones comparten los roles y el liderazgo, muestra cierto grado de disciplina democrática,
- d) Rígida: Presenta roles fijos, liderazgo autoritario, disciplina rígida y sin opción a cambios.

La cohesión se define como el vínculo emocional que tienen los integrantes de la familia y el grado de autonomía personal con el que cada uno cuenta, así pues, este nivel evalúa que tanto están conectados o separados los miembros de la familia. Dentro del modelo, algunas de las variables específicas que se pueden usar para diagnosticar y medir esta dimensión son los vínculos emocionales, fronteras, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y recreación. El enfoque de esta dimensión es observar cómo los sistemas familiares equilibran la separación de sus miembros con la unión de los integrantes (Olson, 2000).

En lo que se refiere a la cohesión familiar, según Russell, Sprenkle, y Olson (1989, en Siguenza, Buñay & Guamán, 2017) puede clasificarse en:

- a) Desligada: límites rígidos, tienen poco en común y no comparten tiempo entre sus integrantes,
- b) Separada: cada individuo constituye un subsistema, sus límites externos e internos son semi-abiertos, sin embargo, sus límites generacionales son claros cuando lo requieren y pueden tomar decisiones familiares,
- c) Unida: poseen límites externos semi-abiertos e intergeneracionales claros, existe espacio entre sus integrantes para su propio desarrollo,
- d) Enredada: posee límites difusos, se dificulta identificar con precisión el rol de cada uno de los integrantes de la familia.

La comunicación es la tercera dimensión en el modelo, y se considera una dimensión facilitadora entre las otras dos dimensiones, por lo cual, no se incluye de forma explícita en el modelo. Esta se mide enfocándose en la familia como un grupo, respecto a sus habilidades para escuchar, hablar, habilidades de auto-divulgación, claridad, seguimiento de continuidad, respeto y consideración. Se ha encontrado que los sistemas equilibrados tienen muy buena comunicación, al contrario que los sistemas desequilibrados que suelen tener una comunicación deficiente (Olson, 2000).

La figura 1 muestra la matriz propuesta por Olson, en la cual se muestran los tipos de familia derivados de la dimensión de cohesión y adaptabilidad, al centro (letras color verde y fondo blanco) se encuentran los cuatro tipos de familias que se consideran funcionales y

menos frecuentes, alrededor (letras rojas con fondo gris) se encuentran las ocho familias de carácter intermedio, que pueden ser funcionales o disfuncionales, finalmente en los extremos (letras rojas y fondo negro) muestran a las cuatro familias más disfuncionales tanto para el desarrollo individual y familiar de los miembros de la misma (Sigüenza, 2015).

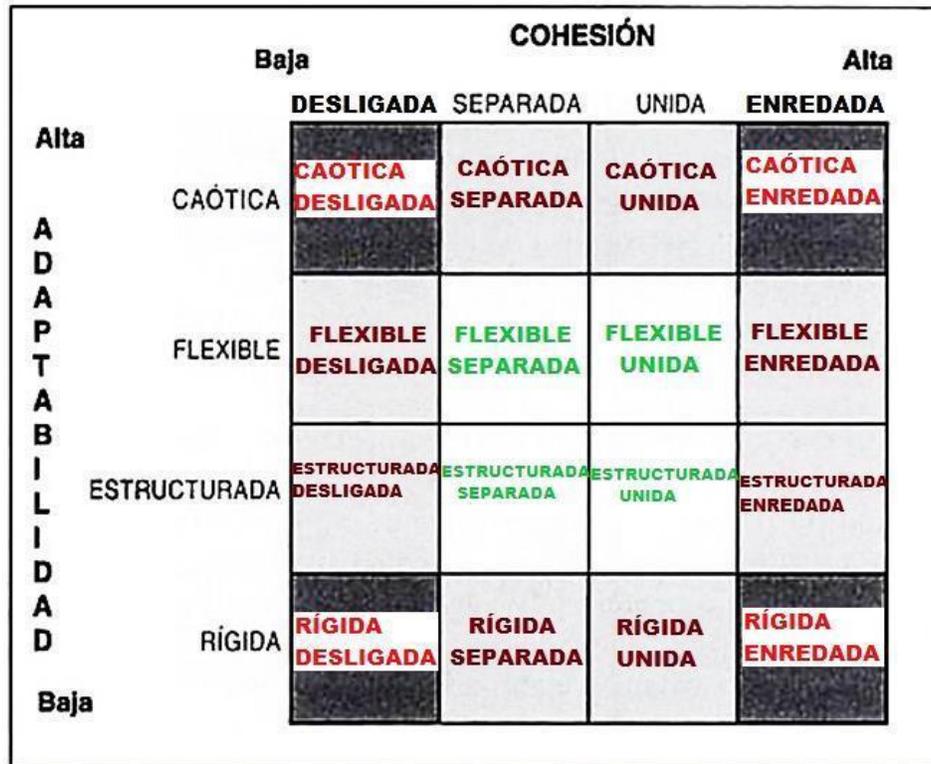


Figura 1. Diagrama de tipos de familia del Modelo Circumplejo del funcionamiento familiar de Olson, Russell y Sprenkle (1989).

Fuente: Martínez, P. y Lorente, A. (2003). *Evaluación psicológica y psicopatológica de la familia*. Madrid, España: RIALP.

La hipótesis básica derivada de este modelo menciona que los sistemas de parejas y familias balanceados generalmente funcionarán de forma más adecuada que los sistemas no balanceados. Las parejas y familias balanceadas en la dimensión de cohesión permiten a los integrantes ser independientes, pero al mismo tiempo estar conectados a su familia. Si también se encuentran balanceadas en la dimensión de flexibilidad, los miembros podrán mantener cierto nivel de estabilidad en sus relaciones, pero estarán abiertos al cambio cuando sea necesario. Por la parte de la dimensión de comunicación, si las familias están balanceadas

en las otras dos dimensiones, su comunicación será más positiva y mejor, ahora, por el contrario, si tienen una mala comunicación es probable que las otras dos dimensiones están desbalanceadas (Olson, 2000).

Otra de las hipótesis hace hincapié en la diversidad étnica y cultural, por lo cual, si las expectativas de una familia presentan patrones extremos, las familias serán funcionales siempre y cuando toda la familia este conforme, de acuerdo y quiera seguir ese rumbo. Por ejemplo, lo que podría parecer “raro” en un grupo familiar de color, para una familia blanca puede serle funcional (Olson. 2000).

Estas hipótesis las comprobó cuando les aplicó a diversas familias su escala conocida por sus siglas en inglés como FACES II (su nombre en español escala de Evaluación del Funcionamiento Familiar II) se relacionó si el sistema familiar cambiaba cuando asistían a terapia y terminaban el tratamiento.

Es fundamental mencionar la importancia de las pruebas, instrumentos o cuestionarios en psicología, ya que los resultados de los mismos les permiten a los investigadores obtener rangos, criterios y estadísticas para definir diferentes problemáticas. Estas pruebas permiten obtener información y aproximarse a las características de un fenómeno, por ejemplo, como se mencionó anteriormente, Olson realizó una escala para medir la funcionalidad de la familia y las dimensiones que se encuentran en la misma. Así como ésta, existe una diversidad de pruebas que evalúan diversos problemas en la familia y que por el objetivo de este capítulo se mencionan a continuación.

2.5. Escalas que evalúan el sistema familiar

Entre las escalas que evalúan el funcionamiento familiar se encuentran:

- *Cuestionario de Evaluación del Sistema Familiar (CESF)*. Los autores son Olson, Portner y Bell (1981, en Abelson, Fishburne & Cisin, 2013), con este se evalúa la percepción ideal que los miembros de la familia mantienen con respecto a los niveles de cohesión y adaptabilidad, este instrumento consta de 20 ítems.
- *Cuestionario de Afrontamiento Familiar (CAF)*. Los autores son McCubbin, Olson y Larsen (1981, en Abelson, Fishburne & Cisin, 2013), consta de 21 ítems, este instrumento inicialmente fue diseñado para evaluar e identificar el tipo de

estrategias conductuales y resolución de problemas que la familia, como sistema, utiliza durante las situaciones problemáticas.

- *Evaluación de Satisfacción Familiar (CSF)*. Los autores son Olson y Wilson (1982, en Abelson, Fishburne & Cisin, 2013), consta de 14 ítems, evalúa el nivel de satisfacción al respecto de la satisfacción familiar que tienen que ver con aspectos de la cohesión y la adaptabilidad.
- *Evaluación de la Comunicación Padres - Hijos (ECPA)*. Los autores son Barnes y Olson (1982, en Abelson, Fishburne & Cisin, 2013), consta de dos escalas que evalúan las dimensiones de apertura de la comunicación y problemas de comunicación. En su versión original, cada una de estas escalas consta de 10 ítems. Cada ítem describe conductas, situaciones o hechos relativos a la calidad de la comunicación padres-adolescente.
- *Escala de evaluación del funcionamiento familiar IV (FACES IV)*. Su autor es Olson (2011, Pampliega, Merino y Iriarte, 2017) es una escala que mide la cohesión y flexibilidad familiar, es de autoinforme y está conformada por 42 ítems, esta escala por sus características psicométricas y teóricas se aplicará en la presente investigación.

Esta escala, es de fácil aplicación, los rangos de edades en los que puede aplicarse van desde los 12 años en adelante y ha resultado con altos niveles de validez y de fiabilidad, tanto en poblaciones estadounidenses y en algunos países de habla hispana. En 2010, Rivero, Martínez-Pampliega y Olson, hicieron un estudio, el cual tuvo como objetivo obtener una versión en español adaptada culturalmente del FACES-IV, donde participaron 455 estudiantes universitarios, obtuvieron buenas cualidades psicométricas, con una consistencia interna adecuada ($\alpha=.87$). y una adecuada validez convergente, concurrente y de contenido. Otra investigación realizada por Mirnics, Vargha. Tóth y Bagdy (2011) examinó las propiedades psicométricas de cada una de las escalas del FACES-IV en familias de niños con cáncer, participaron alrededor de 187 padres de familia, en los resultados se encontraron consistencias internas de $\alpha=.70 - .83$ en la mayoría de las escalas, excepto en una que obtuvo $\alpha=.65$, tomando esto en cuenta, los autores consideran adecuado el uso del FACES-IV en investigaciones posteriores. Por su parte, Goicochea y Narváez en 2011 realizaron una

investigación en la cual hicieron una adaptación del instrumento en adolescentes de una institución a nivel secundaria, en el cual se obtuvo confiabilidad de alfa de Cronbach de 0.80, lo cual indica una confiabilidad elevada del instrumento en la población investigada, razón por la cual, los autores consideran adecuado el uso del FACES-IV.

3. ADOLESCENCIA.

Como se mencionó anteriormente, la adolescencia es parte de las etapas del ciclo vital familiar, esta etapa es de preocupación en las familias y posiblemente por muchas generaciones más lo seguirá siendo. La adolescencia se considera una etapa larga caracterizada principalmente por cambios rápidos y constantes en lo físico, readaptaciones personales, familiares, académicas y sociales (Rodríguez, 2017).

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia o UNICEF (2002) define a la adolescencia como una de las fases más complejas y fascinantes de la vida, es una época en que la gente joven asume nuevas responsabilidades y experimenta una nueva sensación de independencia. Los adolescentes buscan su identidad, aprenden a poner en práctica valores aprendidos de la infancia y a desarrollar habilidades que les permitirán convertirse en adultos atentos y responsables.

Por su parte, Aláez, Madrid y Antona (2003) mencionan que: “la adolescencia es la etapa de transición entre la infancia y la vida adulta, entre la dependencia/tutela familiar y la incorporación a la sociedad con plenos derechos” (p. 45).

Juárez (2002, en Gómez, 2008) considera que: “la adolescencia es una etapa en la que se busca formar una identidad, partiendo de un modelo externo que es elegido por características similares a las necesidades psicológicas y vitales que el adolescente esté experimentando” (p. 106).

Los adolescentes se vuelven críticos dependiendo del contexto en el que se desarrollen. Una de las mayores problemáticas en esta etapa reside en encontrar bases sólidas sobre las cuales fundamenten su identidad, la cual, los adolescentes construyen proyectándose en sus iguales. Así pues, aparece la conciencia de poseer un cuerpo sexuado, la altura y la fuerza física varían constantemente, viven íntimamente ligados a la madurez e independencia y pasan de comportamientos extrovertidos a inhibirse por completo. De la misma forma, se trata de un periodo crítico en cuestiones de necesidades sexuales, ya que estas son, desde un punto de vista biológico, similares a la de un adulto respecto al afecto, intimidad y capacidad para vincularse y desvincularse (Rodríguez, 2017).

3.1. Etapas en la adolescencia

La adolescencia es un proceso que lleva una serie de cambios biológicos, psicológicos y sociales, estos van cambiando conforme el joven va creciendo y pasando por cada una de las etapas de la adolescencia.

Esta etapa según Casas y Ceñal (2005) comienza a los 11 años (adolescencia temprana de los 11 a los 13 años, adolescencia media de los 14 a los 17 años y adolescencia tardía de los 17 a los 21 años) y termina aproximadamente a los 21 años.

- Adolescencia temprana: esta es la fase en la que mayores cambios biológicos tendrán, ya que comienza la aparición de caracteres sexuales secundarios, crecimiento y desarrollo corporal, por ejemplo, en ambos sexos se observa un estirón puberal, aumento de peso y cambio en la composición corporal, de forma individual en las mujeres se nota un aumento en el tejido adiposo, crecimiento de mamas, vello pubiano, crecimiento cintura pélvica, desarrollo de genitales y se presenta la primera menstruación, mientras que en los hombres se observa aumento en la masa muscular, cambio de voz, vello pubiano y crecimiento testicular (Aláez, Madrid & Antona, 2003).

En esta etapa, no se perciben las implicaciones futuras de sus actos y decisiones presentes, creen que son el centro de una gran audiencia imaginaria que los observa constantemente, son narcisistas y en su mayoría, se muestran egoístas (Casas & Ceñal, 2005).

A su vez, suelen mostrar menos interés en actividades familiares, las peleas con los padres suelen presentarse de forma más frecuente, lo más importante es la relación que hay con los amigos del mismo sexo que a su vez, se vuelven su mayor influencia en esa etapa, hay una crisis de identidad, escaso control de impulsos, autoexploración y existe un contacto limitado con el sexo opuesto (Aláez, Madrid & Antona, 2003).

- Adolescencia media: el crecimiento y maduración sexual prácticamente de la mayoría de las jóvenes habrá finalizado, los adolescentes aún siguen desarrollándose, por lo cual, ahora los cambios serán mucho más lentos, lo que les permitirá restablecer su imagen corporal. (Casas & Ceñal, 2005).

Cabe destacar que esta es la etapa en la que los adolescentes se encuentran en un punto máximo de conflicto con los padres, existe una mayor aceptación del cuerpo y también una preocupación por lucir más atractivo para los demás, aquí también se encuentran en un punto máximo de integración con los amigos, se consolida la identidad personal, hay un desarrollo de la conducta moral, sentimientos de omnipotencia, ya hay mayor atracción hacia el sexo opuesto o su mismo sexo y por ello comienza la actividad sexual o inicio de relaciones coitales (Aláez, Madrid & Antona, 2003).

-Adolescencia tardía: el crecimiento ha terminado, sus caracteres sexuales secundarios han terminado de desarrollarse por lo cual ya son físicamente maduros (Casas & Ceñal, 2005).

En esta etapa ya hay una reaceptación de los consejos y valores paternos, aunque hay aceptación su cuerpo desde la pasada etapa, aquí ya no desean cambiar absolutamente nada de su físico, el grupo de amigos se vuelve menos importante, comienza la formación de parejas sentimentales y éstas son más estables, son capaces de comprometerse y establecer límites, delimitar los valores morales, religiosos y sexuales, hay capacidad de reciprocidad afectiva y la actividad sexual es mayor (Aláez, Madrid & Antona, 2003).

Para autores como Aberastury (2002, en Gómez, 2008) existen otras dos etapas, aparte de las mencionadas:

- a) Preadolescencia: se presenta una curiosidad sexual, necesidad de amigos y defensas tipo religiosas e intelectuales para calmar la ansiedad ante la ruptura con la infancia,
- b) Postadolescencia: se concreta la personalidad, hay independencia económica y hay cierta armonía entre los deseos y elecciones.

A pesar de que hay varios cambios en las etapas de la adolescencia, se considera que el desarrollo de la identidad es una de las transiciones más importantes, ya que eso definirá el cómo será el adolescente en la adultez.

3.2. Factores de desarrollo

Según el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2012), influyen algunos aspectos fundamentales en la formación de la personalidad de los adolescentes, en los que se encuentran:

- Ajustarse a una nueva imagen: durante la adolescencia temprana, los adolescentes pasan por una serie de cambios físicos notables y rápidos, ya que no solo cambian en talla y peso, también va cambiando su apariencia asemejándose más a un adulto dejando atrás la imagen que tenía de niño/a.
- Adaptarse a nuevas habilidades intelectuales: el pensamiento adolescente va cambiando conforme siguen creciendo, ya no tienen la misma forma de pensar como en la infancia que se limitaba a lo real y lo físico, ahora ya comprenden las abstracciones, por lo cual su pensamiento se vuelve más formal.
- Ajustarse al aumento de demandas cognoscitivas en la escuela: uno de los objetivos de la escuela es lograr la preparación de los adolescentes para asumir roles y responsabilidades de la etapa adulta, así mismo, las materias son más complejas y exigentes, y no todos han logrado el pensamiento abstracto por lo cual esto puede volverse frustrante para algunos.
- Desarrollo de mayores habilidades verbales: su idioma limitado de la niñez ya no se adecua a su edad, y, a medida que maduran intelectualmente, deben desarrollar nuevas habilidades verbales para poder expresarse y comprender situaciones más complejas.
- Desarrollo de un sentido personal de identidad: en la infancia, la identidad de una persona es influenciada por sus padres, para la adolescencia, comienza a verse como un individuo independiente de sus padres y comienzan preguntas como “¿Quién soy?”, “¿Qué significa ser yo mismo/a?”, ya que era un tema que afrontaban debido a su unión familiar.
- Establece metas profesionales adultas: como parte del proceso desarrollar una identidad personal, los adolescentes también deberán plantearse ciertos escenarios futuros con objetivos y metas, tomando en cuenta los pasos que deberán seguir para lograr eso que quieren.

- Establece la independencia emocional y psicológica de sus padres: la niñez está marcada en cierto grado por la dependencia a los padres, sin embargo, ser adulto implica un sentido de independencia, de autonomía, por lo cual los adolescentes en la construcción de su personalidad se verán en dilemas entre la dependencia en la que vivían y la independencia que quieren lograr, por lo cual pueden mostrarse hostiles, confundidos y con poca cooperación.
- Desarrollo de relaciones de pares: las interacciones con sus iguales toman cierta importancia en la adolescencia, el hecho de que en esa etapa pueda tener amigos y formar parte de un grupo muestra un indicador importante de cuán bien podrá ajustarse a otras áreas de su desarrollo social y psicológico, también le es de ayuda a conectarse con otros y explorarse a sí mismo.
- Aprende a manejar su sexualidad: los adolescentes deben incorporar a su identidad personal una serie de actitudes y pensamientos sobre lo que es “ser mujer” y “ser hombre”, su auto-imagen debe acomodarse a su sentido personal, esto puede verse influenciado por sus valores familiares y su entorno cultural-social.
- Adopta un sistema de valor personal: durante la adolescencia se adopta un sistema de valores personales y una moral. En la infancia los padres le inculcan a su hijo/a una serie de reglas sobre lo que es correcto y no, lo aceptable e inaceptable, lo que está bien y mal, para la etapa de la adolescencia se cuestionan lo aprendido de niños tomando en cuenta los valores de sus iguales y de la sociedad en general, para así establecer un criterio e ideología propio.
- Controla sus impulsos e inicia la madurez del comportamiento: durante la adolescencia temprana y media, las conductas de riesgo son comunes entre los jóvenes, a medida que siguen pasando por esta etapa, desarrollan un comportamiento de auto-control y evalúan que conductas son aceptables tanto social y personalmente.
- Desarrollo cognitivo: el crecimiento cognitivo está asociado con el desarrollo del pensamiento operacional formal, el cual incluye el pensamiento abstracto, el pensamiento hipotético y la lógica. Este desarrollo permite que las personas adolescentes puedan razonar, entender el contexto social de sus comportamientos,

considerar alternativas y consecuencias al tomar sus decisiones, entre otras. Todo esto les permite tener posiciones propias, las cuales defienden y cuestionan ante las personas adultas que consideran como autoridad. Es importante que los adolescentes desarrollen esta parte en un ambiente que refuerce comportamientos positivos.

- Desarrollo emocional: la autoestima se considera parte importante del desarrollo cognitivo y de personalidad, ya que los adolescentes toman actitudes hacia su propia persona, si hay una mejor percepción de sí mismo, habrá más seguridad, amor y valor en los jóvenes, de igual forma, sus relaciones amorosas y amistosas serán más sanas. Una baja autoestima tendrá como consecuencia problemas de salud tales como depresión, anorexia, delincuencia, suicidio y riesgos en su vida sexual.

Los adolescentes en busca de su identidad se mostrarán vulnerables a las personas que influyen en su vida, así como el entorno en el que desarrollan, si las bases para la construcción de su identidad son deficientes, el adolescente como individuo realizará acciones dependiendo de otras personas, no de sí mismo (Gómez, 2008).

3.3. Relación padres-adolescente

Desde la perspectiva de Fernández y Reyes (1997, en Gómez, 2008) la integración de los niños al ámbito social depende de tres dimensiones: la individual, la familiar y la comunitaria. En la dimensión familiar se adquieren normas, valores, derechos, obligaciones y roles, además de que le proporcionará herramientas para la persona que será en un futuro.

La familia constituye el principal sistema de apoyo para el adolescente, principalmente los padres. Así, las interrelaciones e interdependencias de los varios miembros de la familia son de gran valor para la salud y el desarrollo de los niños y adolescentes (Aláez, Madrid & Antona, 2003).

La familia es el grupo más importante para el niño o el adolescente, en donde se adquieren ciertas actitudes, las cuales, los padres esperan que sean lo más positivas posibles. Algunas de estas actitudes pueden ser:

- Actitudes motivacionales: los adolescentes aprenden a superarse y encontrar satisfacción por tareas o actividades bien realizadas, esto a su vez, influye en su autoestima.
- Actitudes de responsabilidad: tiene que haber coherencia entre las responsabilidades que se aprenden en la familia y en la escuela para poder afrontar las obligaciones y compromisos personales y sociales (Rodríguez, 2017).

La calidad de las relaciones del niño en la familia conforma sus modelos cognitivos internos y sus relaciones con los demás. Estos modelos influyen en la percepción acerca de los otros y en su capacidad posterior para percibir apoyo, tanto de los padres como de otras personas cercanas a ellos. Los adolescentes que pertenecen a familias con una mejor comunicación familiar, fuerte vinculación emocional entre los miembros y mayor satisfacción familiar, son aquellos que también perciben más apoyo de sus relaciones personales significativas (Jiménez, Musitu & Murgui, 2005, en Gómez, 2008).

La construcción de la personalidad de los jóvenes está relacionada con los modelos parentales de educación. En una familia unida, expresiva, organizada, donde comparten tiempo, en la que se fomenta la autonomía de sus miembros y se muestra el afecto constantemente, es poco probable que los adolescentes presenten desajustes emocionales y comportamentales (Moreno, Del Barrio & Mestre, 1996 en Álvarez, Ramírez, Silva, Coffin & Jiménez, 2009).

Por el contrario, la escasa presencia física o accesibilidad de los padres, la falta de supervisión, la poca comunicación con los hijos respecto a las actividades cotidianas se asocian a una mayor tendencia a relacionarse con adolescentes conflictivos y a realizar conductas de riesgo. También se ha observado que un mayor apoyo en la familia se asocia a un menor consumo de tabaco, alcohol y drogas en el adolescente, incluso cuando su grupo de amigos presenta un consumo extremo (Rodrigo, Máiquez, García, Mendoza, Rubio, Martínez & Martín, 2004).

Los contextos familiares influyen de forma negativa, si el adolescente es expuesto a hostilidad, desunidos y con patrones de educación autoritarios, se relaciona con diversos desórdenes emocionales y cognitivos que pueden causar trastornos o problemáticas en la

salud mental (Cummings & Davies, 2002 en Álvarez, Ramírez, Silva, Coffin & Jiménez, 2009).

La percepción que tiene el adolescente respecto a su familia es importante para lograr un mejor entendimiento acerca de su bienestar general y de su satisfacción con la vida en el momento presente. Padres e iguales representan las figuras más significativas en esta etapa, y este tipo de relación determina en gran medida la valoración que el adolescente tiene sobre sí mismo y el mundo en general (Salazar, Veytia, Márquez & Huitrón, 2013).

La familia puede ser un factor protector en la vida de los adolescentes, la cercanía con una figura adulta, particularmente padre o madre. Algunos estudios han demostrado que los jóvenes en situaciones estresantes, como pobreza o aquellos que vivencian una situación traumática, suelen sobrellevar de mejor forma su condición cuando tienen un apego positivo y significativo con uno o ambos padres (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2012).

A pesar de que ambos padres influyen en el adolescente, cada uno lo hace de forma distinta, respecto a la figura paterna toma un rol de apoyo, actúa como un factor de protección proximal, es decir, influye en el adolescente mientras esté presente. Ahora, con la figura materna, no se necesita su presencia inmediata para surtir efecto, ya que ejerce una influencia indirecta en la conducta de su hijo. Así, la calidad de las relaciones del adolescente con su madre influyen en sus modelos internos, mientras que las relaciones con su padre modifican su capacidad para percibir apoyo paterno, por lo cual, la relación que lleve con la madre tendrá un mayor impacto con el adolescente y sus relaciones con sus iguales (Jiménez, Musitu & Murgui, 2005, en Gómez, 2008).

Como se ha mencionado, la influencia de los padres y el tipo de contexto familiar en el que se desarrollen los adolescentes son de suma importancia ya que pueden tener repercusiones en su vida y en su salud física y psicológica. A este respecto, se han hecho diversas investigaciones para analizar este tipo de relaciones.

Un estudio realizado por Rodrigo, Máiquez, García, Mendoza, Rubio, Martínez y Martín (2004) que tuvo por objetivo analizar la relación entre la calidad de las relaciones padres-hijos, concluyeron que la calidad de las relaciones están asociadas a los estilos de vida que llevan los adolescentes. Las relaciones que tengan con el padre o con la madre son

cruciales, ya que, lo que percibe el adolescente es el tiempo que pase con sus padres, la implicación que tienen en los asuntos de los hijos, así como su grado de comunicación y apoyo que hay entre ambos.

3.4. Riesgos en la adolescencia

Como se mencionó anteriormente, en la adolescencia se presentan una serie de cambios que pueden impactar de manera negativa al comportamiento del adolescente, lo que puede tener como consecuencia problemas a los aspectos sociales, psicológicos y de salud que pueden afectar a corto, mediano y largo plazo. Entre los problemas que más se presentan en adolescentes según autores como Aláez, Madrid y Antona (2003), se encuentran:

- a) Consumo de drogas. El inicio en el consumo de drogas legales e ilegales se presenta cada vez en edades más tempranas, ya que socialmente se ha normalizado el uso de las mismas en cualquier contexto.
- b) Aspectos sexuales y de reproducción. Actualmente, los adolescentes comienzan su vida sexual a edades más tempranas, puede ser un factor de riesgo debido a que no han tenido una educación sexual suficiente para que conozcan qué métodos anticonceptivos hay y cuales se adaptan mejor a cada uno, esta falta de información y educación puede dar por resultado un embarazo adolescente no deseado que puede tener consecuencias que repercutan en su persona y en su vida en general.
- c) Enfermedades de transmisión sexual (ETS). Esto se debe al inicio de relaciones sexuales sin protección eficaz, uso de sustancias tóxicas y la falta de información respecto a las enfermedades o infecciones que son consecuencia de relaciones sexuales sin protección.
- d) Accidentes. Son un problema de salud pública con mayor incidencia en la mortalidad del adolescente, hay factores personales, familiares y sociales que pueden ser causa de los accidentes del adolescente, los cuales, repercuten en su vida personal, familiar, académica o laboral, ya que hay secuelas físicas o psicológicas temporales o permanentes.

- e) Alimentación. En esta etapa suelen presentarse más los trastornos alimenticios tales como anorexia y bulimia, así mismo, suele presentarse el sobrepeso y la obesidad en sus distintos niveles.
- f) Aspectos psicológicos. Aunque existen datos sobre trastornos emocionales y de conducta en la adolescencia, se ha visto un aumento en trastornos depresivos y ansiosos a partir de los 12 o 14 años, debido a los cambios psicológicos que se presentan en esta etapa.
- g) Maltrato y violencia. Es preocupante la violencia que se presenta en la población adolescente, el bullying, como actualmente se le conoce, es más practicado en las aulas de escuela y compañeros de clase.

Así como se mencionó en este apartado, en la adolescencia, la salud psicológica puede verse afectada por una serie de cambios psicológicos, físicos y sociales, esto puede desencadenar algún trastorno como ansiedad, estrés y hasta depresión en el adolescente.

4. DEPRESIÓN

En México y en todo el mundo, los trastornos mentales se han vuelto un problema de salud pública debido a la prevalencia e incremento de estos en los últimos años en la población en general. Entre los trastornos más frecuentes se encuentra la ansiedad, el estrés, alguna alteración por consumo de sustancias ilegales y la depresión.

4.1. Definición

La depresión es uno de los trastornos psicológicos que aparecen con mayor frecuencia en la población en general, por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) la considera como un problema de salud pública.

La clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes de la OMS (2003), define a la depresión como la pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de la vitalidad que lleva a una reducción del nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo, disminución de la atención y concentración, pérdida de la confianza en sí mismo, disminución de la autoestima, ideas de culpa e inutilidad, pensamientos suicidas, trastornos del sueño y pérdida del apetito.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales V (DSM-V; 2014) caracteriza al trastorno de depresión mayor como un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o de placer, pérdida o aumento del peso, padecer insomnio o hipersomnia, fatiga o pérdida de energía, sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse y pensamientos de muerte recurrentes.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades 11 (CIE-11; 2018) describe el trastorno como un periodo donde el estado de ánimo depresivo se presenta casi a diario o la disminución del interés en las actividades durante al menos dos semanas, acompañado de dificultad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada, desesperanza, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, cambios en el apetito o el sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor, y energía reducida o fatiga.

La Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association, por sus siglas en inglés, APA, 2013, en Parekh, 2017) define a la depresión (trastorno depresivo mayor) como una enfermedad médica grave y común, que afecta negativamente cómo se siente, cómo se piensa y cómo se actúa. Provoca sentimientos de tristeza y/o pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba. Puede conducir a una variedad de problemas emocionales y físicos y puede disminuir la capacidad de una persona para funcionar en el trabajo y en el hogar.

Para Beck (1979, en Beck, Rush, Shaw & Emery, 2010) la depresión se origina porque la persona visualiza el mundo de manera negativa y poco realista. Su modelo cognitivo postula tres conceptos específicos que explican el sustrato psicológico de la depresión: 1) la triada cognitiva, 2) los esquemas y 3) los errores cognitivos. La triada cognitiva es la forma que la persona se considera a sí mismo, a su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático. Los esquemas se refieren a las cogniciones que tiene cada persona y por las que posiblemente se mantiene la depresión. Finalmente, los errores cognitivos son las distorsiones que tienen las personas respecto a lo que les sucede, son pensamientos primitivos que suelen ser extremistas, negativos, categóricos, absolutistas, etc., por lo tanto, sus respuestas suelen ser negativas y exageradas (p. 20)

La OMS había pronosticado que para el 2020 la depresión sea la segunda causa de discapacidad en el mundo. Respecto a México, es la principal causa de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad para mujeres y el noveno para hombres (Berenzon, Lara, Robles & Medina-Mora, 2013).

Según Fernández (2019) estima que por cada 100 habitantes mexicanos, 15 padecen depresión, incluso estas cifras podrían ser mayores debido a que algunas personas jamás han sido diagnosticadas y viven años sin saber que tienen esta afección. Se cree que un grupo de población vulnerable son los adultos de más de 65 años, que, debido a la falta de empleo, cambios en su vida y pérdidas familiares o de pareja tienen una sensación de desesperanza. Un estudio realizado por la Facultad de Psicología de la UNAM en 2018 obtuvo que casi seis millones de niños y adolescentes entre 12 y 22 años sufren depresión, con sintomatología de irritabilidad y violencia.

A pesar de que se cree que la depresión en todos los individuos tiene los mismos síntomas y las mismas características, no es así, si bien es un trastorno que afecta a cualquier persona de la población sin importar su edad, la depresión en adolescentes se presenta de distinta forma.

4.2. Depresión en adolescentes

El desarrollo adolescente supone importantes cambios físicos, cognitivos y sociales, que constituyen un reto de adaptación considerable, y favorecen la frecuente aparición de sentimientos de malestar, incompreensión o cambios de humor. Estas manifestaciones suelen disminuir con el tiempo conforme llega la edad adulta, pero en la adolescencia “normal” se presentan expresiones emocionales que muestran a los clínicos la diferencia a un trastorno depresivo. En el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2018) muestran las diferencias entre adolescencia normal y cuando se presenta el trastorno depresivo (Tabla 1).

Tabla 1. *Adaptación de la tabla de diferencias entre la conducta adolescente normal y con depresión.*

Adolescencia normal.	Adolescencia con depresión clínica.
A pesar de cierta sensación de desasosiego, cambios de humor y otras dificultades, no presentan cambios importantes y persistentes en su comportamiento.	Hay un cambio claro respecto a su comportamiento previo (por ejemplo, se vuelve triste, irritable, pierde interés en actividades habituales o no disfruta con ellas, quejas frecuentes de aburrimiento, desesperanza, etc.)
Aunque pueden llorar o estar tristes en ocasiones, es habitualmente en respuesta a acontecimientos vitales cotidianos y de corta duración.	Los síntomas depresivos básicos (tristeza o pérdida del interés o la capacidad de disfrutar con las cosas) están presentes a diario, la mayor parte del día, y durante al menos dos semanas seguidas.
No hay cambios significativos en su funcionamiento previo.	Hay un deterioro en su funcionamiento previo (por ej. dejan de hacer cosas que antes les gustaban, con un mayor aislamiento a expensas de estar con amigos u otras actividades, mayores dificultades en el estudio o disminución en los rendimientos académicos, etc.)
Los pensamientos de muerte y suicidio son poco frecuentes.	Las ideas de suicidio son frecuentes.
Las conductas de riesgo (por ej. consumo de alcohol) son frecuentes, pero habitualmente	Pueden empezar a implicarse en conductas de riesgo no acordes con el adolescente por sus características previas.

en límites razonables para el temperamento del adolescente particular

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2018). Guía de práctica clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico.

La adolescencia es una etapa de desarrollo particularmente importante para la parte social y emocional, pero también está marcada por la aparición de problemas de salud psicológica como el estrés, ansiedad y depresión (Ortuño-Sierra, Aritio-Solana, Inchausti, Chocarro de Luis, Lucas, Pérez de Albéniz & Fonseca-Pedrero, 2017).

Hasta antes de la década de los setenta, la depresión en niños y adolescentes fue un tema controversial, sin embargo, se realizaron diversas investigaciones en las cuales señalaron que la depresión puede presentarse en estos grupos etarios, y hay mayor comorbilidad antes de cumplir 18 años, ya que también hay riesgo de desarrollar agorafobia, fobia social, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y dependencia a las drogas (Leyva-Jiménez, Hernández-Juárez, Nava-Jiménez & López-Gaona, 2007).

La edad de inicio de la mayoría de los trastornos se ubica en las primeras décadas de la vida, 50% de los adultos que han sufrido un trastorno mental lo padecieron antes de cumplir 21 años. Cuando la depresión se presenta antes de los 18 años, el curso de la enfermedad es más crónico y de mayor duración (Berenzon, Lara, Robles & Medina-Mora, 2013).

Los adolescentes tienen mayor probabilidad de sufrir depresión, ya que en esa etapa ocurren cambios físicos, psicológicos y cognitivos que demandan nuevas estrategias de afrontamiento que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía, así como éxito social y personal (Salazar, Veytia, Márquez & Huitrón, 2013).

Específicamente, el trastorno depresivo se considera una de las principales causas de discapacidad entre los jóvenes de 10 a 24 años, este trastorno afecta a diferentes esferas y se ha asociado con un bajo rendimiento académico, abuso de sustancias, intentos de suicidio y un mayor riesgo de sufrir depresión durante la edad adulta (Ortuño-Sierra, Aritio-Solana, Inchausti, Chocarro de Luis, Lucas, Pérez de Albéniz & Fonseca-Pedrero, 2017).

A pesar de que se reconoce la relevancia de la depresión en la adolescencia, en múltiples ocasiones no se le da la atención que corresponde, ya que los padres de adolescentes

deprimidos asocian su estado de ánimo por los cambios de la adolescencia y no buscan ayuda profesional para brindarle ayuda a sus hijos. Por tal razón, este grupo es vulnerable al confundir sus cambios psicológicos con algunos síntomas del trastorno depresivo, y hará que se vea afectado el desarrollo psíquico normal de la adolescencia y de la vida adulta (Leyva-Jiménez, Hernández-Juárez, Nava-Jiménez & López-Gaona, 2007).

En diversos estudios con población adolescente, demuestran que entre los trastornos más frecuentes en esta etapa son: depresión (un 7.8% de esta población) y distimia (con un 0.8%). Estos padecimientos generan discapacidad entre los adolescentes debido a que pueden interferir en su desarrollo y limitarlos en la toma de decisiones importantes en su vida (Berenzon, Lara, Robles & Medina-Mora, 2013).

Según la Asociación Psiquiátrica Mexicana (APM, 2017) 1 de cada 10 jóvenes mexicanos presentaban depresión. Según Blum (2000, en Pardo, Sandoval & Umbarila, 2004) los adolescentes son uno de los grupos con mayor probabilidad de padecer depresión en alguno de sus niveles, ya que esta etapa conlleva cambios psicológicos, físicos, cognitivos y socioculturales que demandan a los jóvenes el desarrollo de estrategias de afrontamiento que les permitirán establecer un sentido de identidad, autonomía, éxito personal y social.

Hay múltiples factores causales de la depresión en esta etapa, entre ellos se puede destacar el aspecto genético, ya que se ha demostrado mayor riesgo de depresión en hijos de personas que presentan trastornos afectivos. Así mismo, se ha informado la presencia de factores biológicos como el descenso de dopamina, noradrenalina y serotonina. También se detectaron factores individuales como labilidad emocional, formación de una nueva imagen de sí mismo, actitud autodestructiva, falta de maduración y de logros académicos. Los factores sociales como la familia, la escuela, los compañeros y las relaciones sociales también desempeñan un papel importante en el inicio de la depresión en el adolescente. Respecto a la interacción padre-hijo, las causas más frecuentes son el tipo de crianza de los padres, la ruptura de lazos familiares, los problemas maritales entre madre y padre y la falta de comunicación en la familia (Leyva-Jiménez, Hernández-Juárez, Nava-Jiménez y López-Gaona, 2007).

También es importante mencionar que la depresión guarda relación con el sexo (femenino o masculino), ya que se han encontrado en diversas investigaciones que los trastornos depresivos prevalecen más en mujeres, pero las consecuencias en hombres pueden tener repercusiones de mayor gravedad debido al rol social que ejerce cada uno. Respecto al género, existen estereotipos que rodean a la masculinidad y la femineidad, por ejemplo, el rol social masculino se asocia con conductas instrumentales (es decir, sus conductas pueden verse modificadas por las consecuencias, habrá mejor respuesta social si se muestra enojado a que se muestre triste, por ejemplo) mientras que en las mujeres se asocia con aspectos emocionales (se tiene el concepto de que son más emocionales y pueden expresar mejor su felicidad o tristeza, pero no enojo por el ideal de que se ha construido respecto a las mismas), esto puede resultar problemático ya que en los adolescentes aparte de la serie de cambios que están atravesando, el rol de género es importante en ambos sexos pero más en hombres, ya que el estigma en los mismos puede conducir a que oculten o enmascaren síntomas mediante conductas de riesgo, todo por mantener un estereotipo de masculinidad (González-Forteza, Hermosillo de la Torre, Vacio-Muro, Peralta & Wagner, 2015).

En cuanto a diferencias de género, Vázquez (2013) menciona que la prevalencia de la depresión tiene causas biológicas (genéticas, neuroquímicas, hormonales) y psicosociales, que afectan de distintas maneras a hombres y mujeres. Este autor realizó una investigación donde compiló estudios de diversos autores y países para analizar cómo se presenta este trastorno dependiendo del género, de la información que obtuvo concluyó que el trastorno depresivo es más frecuente en mujeres que en hombres, debido a factores genéticos y a aspectos hormonales, ya que ellas se ven afectadas, una vez que comienza su ciclo menstrual.

Sin embargo, autores como Matud, Guerrero y Matías (2006) mencionan que aunque las mujeres han sido diagnosticadas con mayor frecuencia de algún trastorno mental, estos no están en función del género, por lo que se deben tomar en cuenta variables como el estado civil, el nivel de estudios y si tienen un empleo o no. Por lo cual, los factores biológicos para estos autores son poco relevantes a comparación de factores sociales que son clave en las diferencias en depresión entre hombres y mujeres.

Los trastornos del estado de ánimo son más frecuentes entre los adolescentes que no estudian ni trabajan debido a que hay relación entre un rol ocupacional y el estado emocional. También se debe de tomar en cuenta que la mayoría de jóvenes que estudian se encuentran en zonas urbanas de la Ciudad de México, y la condición de trabajar guarda relación con la falta de recursos económicos, así pues, no estudiar ni trabajar pone en evidencia una problemática social que perjudica a lo emocional (González-Forteza, Hermosillo de la Torre, Vacio-Muro, Peralta & Wagner, 2015).

Los adolescentes se encuentran en una etapa en la que una de sus principales actividades es estudiar, lo cual es de gran ayuda, ya que el sistema escolar “sano” se establece como un espacio para la promoción del bienestar, la detección temprana de los problemas de salud mental y su referencia oportuna a tratamiento, aunque cabe desatacar que la promoción de la salud integral no solo tendría que verse reflejada en esfuerzos del sistema educativo sino también del sistema de salud, ya que en México, los adolescentes no pueden recurrir a la ayuda psicológica por sí solos debido a que son menores de edad hasta los 18 años, es requisito que estén acompañados de padre, madre o tutor (a) para recibir atención. Razón por la cual se deberían establecer campañas de promoción y mantenimiento de la salud mental en todas las edades, para que los trastornos no pasen desapercibidos en la etapa adolescente (González-Forteza, Hermosillo de la Torre, Vacio-Muro, Peralta & Wagner, 2015).

Es importante mencionar que no todos los adolescentes presentan los mismos síntomas, ni la misma intensidad o gravedad del trastorno, para poder brindarle ayuda se debe reconocer los niveles de depresión y ubicar en cual se encuentra la persona, para así buscar el tratamiento que más funcional le sea.

4.3. Niveles de depresión

Según la OMS (2003) los niveles de depresión se pueden clasificar en:

- Depresión 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 típicos de la depresión. Un paciente con un episodio depresivo leve suele encontrarse

afectado por los síntomas y presentar alguna dificultad para llevar a cabo actividades laborales y sociales ordinarias, aunque es probable que no las abandone por completo.

- Depresión moderada: deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos en el episodio depresivo leve, así como tres de los síntomas del episodio depresivo. Un paciente con un episodio depresivo moderado suele tener una considerable dificultad para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

- Depresión grave: durante un episodio depresivo grave el paciente suele presentar una considerable angustia o agitación, a no ser que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de autoestima, los sentimientos de inutilidad o de culpa y el riesgo de suicidio sean importantes en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están casi siempre presentes. Durante un episodio depresivo grave no es probable que el paciente sea capaz de continuar su actividad laboral, social o doméstica, excepto en un grado muy limitado.

Hay que reconocer las características de la depresión en general e investigar a fondo la sintomatología de la población adolescente, ya que, si no se obtiene la información oportuna es posible que cuando algún joven se presente en busca de ayuda, no reciba la atención requerida.

4.4.Evaluación y Diagnóstico de la depresión

Existen múltiples estudios sobre la prevalencia, diagnóstico y tratamiento de la depresión en la edad adulta, sin embargo, los realizados en la población infantil y adolescente, han tenido resultados variables debido a la dificultad diagnóstica en esta etapa de la vida, ya que las manifestaciones clínicas pueden ser menos específicas que en la depresión en adultos. Debido a las características particulares de la depresión en la infancia y adolescencia, es importante contar con profesionales de atención primaria y especialistas en salud mental de niños y adolescentes con formación y experiencia en el manejo de este trastorno en este grupo de edad, y que disponga de los recursos necesarios para la evaluación, diagnóstico y tratamiento (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018).

Existen diferentes herramientas para evaluar la depresión, entre ellas se encuentran la entrevista clínica y las pruebas psicométricas.

En psicología, la entrevista sirve para obtener y recabar datos, incluyendo la evaluación y diagnóstico clínico. Según Aragón (2002 en Morga, 2012) la entrevista psicológica es: una forma de encuentro, comunicación e interacción humana de carácter interpersonal e intergrupar (esto es, dos o más personas), que se establece con la finalidad, muchas veces implícita, de intercambiar experiencias e información mediante el diálogo, la expresión de puntos de vista basados en la experiencia y el razonamiento, y el planteamiento de preguntas. Tiene objetivos prefijados y conocidos, al menos por el entrevistador. En la asignación de roles, el control de la situación o entrevista lo tiene el entrevistador. Implica la manifestación de toda la gama de canales de comunicación humanos: verbal y no verbal, auditivo, cinestésico, táctil, olfativo y paralingüístico (tono, volumen, intensidad y manejo del silencio). Entre los objetivos de la entrevista psicológica están: evaluar, diagnosticar e investigar. Estos aspectos permiten trazar una dirección de trabajo para sugerir estrategias de intervención (p. 180 y 181).

La ventaja que tiene la entrevista sobre otros instrumentos es la relación interpersonal que se establece entre el entrevistado y el entrevistador, que tiene un valor empático y emocional, lo cual puede facilitar el proceso de intervención, así como también permite observar el comportamiento del entrevistado y el obtener basta información que sea de ayuda (Morga, 2012).

La entrevista clínica con el paciente y sus padres o personas que conviven más frecuentemente con el adolescente es de las principales herramientas de diagnóstico y según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2018) debe incluir como aspectos básicos:

- Datos sociodemográficos y del entorno del paciente (circunstancias y relaciones familiares, educativas, sociales y actividades de ocio).
- Completa exploración psicopatológica, con valoración de los síntomas y de su repercusión en el funcionamiento general de paciente, así como de la presencia de comorbilidades.

- Historia de desarrollo, antecedentes físicos y psíquicos, personales y familiares.
- Evaluación de factores de riesgo, protectores, acontecimientos vitales estresantes actuales y factores de apoyo de que disponga el paciente de cara al tratamiento.
- Valoración del riesgo de conductas auto y heterolesivas.

La entrevista clínica no es exclusiva del adolescente, también puede realizarse a los padres o tutores del paciente, incluso pueden participar los profesores, esto con la finalidad de obtener más información y poder ampliar perspectiva, es decir, ya no solo evaluar la percepción que tiene el adolescente de sí mismo, sino también de las personas que le rodean y conviven con el constantemente. Cabe destacar que la entrevista clínica a pesar de ser muy completa no puede tomarse como única forma de evaluación, puede complementarse con otros métodos.

Ahora bien, entre los instrumentos más utilizados para la evaluación de la depresión se encuentran:

- *Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS)*: por su nombre en español Escala de Depresión de Montgomery-Asberg es de heteroaplicación, su objetivo es evaluar los cambios en la gravedad de los síntomas depresivos en pacientes con diagnóstico de depresión mayor. El instrumento estatifica la gravedad de la depresión centrándose en aspectos cognitivos, afectivos y somáticos, se conforma de 10 ítems y por cada uno de estos se consideran siete grados de gravedad (0 a 6). La puntuación total de la escala se obtiene sumando los puntos de cada ítem de un intervalo de 0 a 60 puntos, se proponen que los puntos de corte son: menos de 6 puntos es depresión en recuperación, de 7 a 19 depresión leve, de 20 a 34 depresión moderada y más de 35 puntos es depresión grave. La escala tiene valores de consistencia interna de 0.76 a 0.95 (Cano, Gomez, Rondón, 2016).
- *Hamilton Depression Rating Scale (HDRS-17)*: en español conocida como Escala de Depresión de Hamilton versión 17, es una prueba heteroaplicada que tiene el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Está compuesta por 17 ítems, cada pregunta

tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0 a 2 o 0 a 4, respectivamente, la puntuación total es de 0 a 52. Se califica sumando los puntos de cada ítem, dependiendo de lo obtenido se posiciona a la persona en distintos niveles de depresión: no deprimido (0 a 7 puntos), depresión menor (8 a 13), depresión moderada (14 a 17), depresión severa (19 a 22) y depresión muy severa (más de 23) Ha demostrado una fiabilidad y validez aceptable en diversos países, su fiabilidad interna tiene un alfa ≥ 0.70 (Torres-Lagunas, Vega-Morales, Vinalay-Carillo, Arenas-Montaño y Rodríguez-Alonzo, 2015).

- *Reynolds Adolescent Depression Scale in Short-Form (RADS-SF)*: en español se conoce como Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds, permite determinar los niveles clínicos relevantes de la sintomatología depresiva en adolescentes e identificar a personas que padecen depresión en población escolar. Es una prueba unidimensional de 10 ítems que cubre las dimensiones de estado de ánimo disfórico, anhedonia, autoevaluación negativa y molestias somáticas. Tiene cuatro alternativas de respuesta que van desde casi nunca hasta casi siempre. En las investigaciones que se ha aplicado, ha tenido un alfa de Cronbach de .88 (Ortuño-Sierra, Aritio-Solana, Inchausti, Chocarro de Luis, Lucas, Pérez de Albéniz y Fonseca-Pedrero, 2017).
- *Center for Epidemiologic Studies, Depression Scale (CES-D)*: por su nombre en español Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, tiene como objetivo medir los diferentes niveles de depresión con base en su sintomatología, es autoaplicable y consta de 20 ítems los cuales correlacionan negativamente con medidas de autoestima, apoyo familiar y comunicación familiar, de forma positiva con el conflicto familiar, la percepción de estrés así como los problemas de conducta y victimización. La puntuación mínima es de 20 y la máxima de 100. Ha mostrado tener una validez satisfactoria en diferentes contextos socioculturales y ha alcanzado coeficientes de alfa a de Cronbach mayores de 0.80 y 0.92 (Torres-Lagunas, Vega-Morales, Vinalay-Carillo, Arenas-Montaño y Rodríguez-Alonzo, 2015).
- *Beck's Depression Inventory – Second Edition (BDI-II)*: conocido por su nombre en español como Inventario de Depresión de Beck-II, mide la presencia de

depresión y el nivel, se compone de 21 ítems, cada uno tiene cuatro alternativas de menor a mayor gravedad y se puntúan de 0 a 3 puntos. Se califica sumando todos los ítems: si se obtienen de 0 a 13 puntos es depresión mínima, de 14 a 19 es depresión leve, de 20 a 28 es depresión moderada y de 29 a 63 es depresión grave. Este inventario tiene una consistencia interna de $r \geq 0.85$ (Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003).

El BDI-II es uno de los instrumentos más analizados y utilizados para la evaluación de la depresión, ya que es un cuestionario autoaplicable y de rápida administración, aparte de que puede adaptarse a distintas poblaciones, incluso a adolescentes. Un estudio realizado por Wilson y Blumentritt en 2007 examinó la consistencia interna, la validez convergente y divergente en una muestra de 131 jóvenes México-americanos, los resultados mostraron una excelente fiabilidad ($\alpha = .90$) y validez sólida convergente y divergente con varias escalas clínicas en la patología adolescente.

Otro estudio realizado por Cova, Rincón, Inostroza y Melipillán (2012) en el que analizaron la relación entre soporte, estilo inferencial depresogénico y rumiación negativa con sintomatología depresiva en adolescentes chilenas, reportaron índices de consistencia interna alfa de Cronbach de 0.93 mostrando que el instrumento podía utilizarse en diversas poblaciones de habla hispana. Por su parte, Sanz y García-Vera (2013) realizaron un estudio con una muestra de 322 personas con edades entre los 18 y 77 años, este estudio tuvo como objetivo analizar el rendimiento de la versión española del BDI-II en pacientes con trastornos psicológicos, obtuvieron una curva normal y sus medias y desviaciones típicas ($=10.9$) eran similares a las encontradas en estudios anteriores con muestras de otros países, además de obtener una fiabilidad de consistencia interna de .91.

En 2014, Estrada, Delgado, Landero y González realizaron un estudio que tuvo como objetivo la evaluación del ajuste del BDI-II a un modelo bifactorial en población mexicana, participaron 975 sujetos, la mitad estudiantes universitarios y la otra mitad personas adultas, los resultados arrojaron un buen ajuste del modelo en población mexicana, así como también una consistencia interna satisfactoria ($\alpha = 0.90$), mostrando que en ambas poblaciones es fiable aplicar el BDI-II.

Por otra parte, los criterios de diagnóstico y métodos de clasificación de los trastornos depresivos han cambiado sustancialmente a lo largo de los años, lo cual ha mejorado la confiabilidad del diagnóstico. Generalmente, hay muchos psicólogos y psiquiatras que se basan en el DSM-V o el CIE-11 para dar tratamiento conforme a los síntomas que presente cada persona, aunque también pueden utilizar algún instrumento para un mejor diagnóstico (National Collaborating Centre for Mental Health, 2010).

Es de suma importancia hacer una evaluación eficiente en la que se obtenga toda la información necesaria, ya que según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2018) más del 70% de los niños y adolescentes con trastornos depresivos no han sido diagnosticados correctamente ni reciben el tratamiento adecuado. Entre las razones se encuentran:

- Distintas manifestaciones clínicas de la depresión entre niños y adultos.
- Mayor dificultad de los niños y adolescentes para definir la tristeza y otros síntomas depresivos y dificultades de comunicación con los padres sobre estados emocionales.
- Los padres no creen que en estas etapas se presente la depresión, suelen rechazar esta idea por el estigma que produce o porque los hace creer que son un fracaso como educadores.
- Falta de formación o entrenamiento adecuado en la evaluación de niños y adolescentes con problemas mentales por parte de los profesionales de la salud.
- Ausencia de criterios clasificatorios específicos para la infancia y adolescencia.
- Existencia de diferencias culturales que afectan a la búsqueda de ayuda, la comunicación terapeuta-paciente y a la percepción de distintas alternativas terapéuticas.

Hacer un diagnóstico de depresión requiere la evaluación de tres factores vinculados pero separados: a) gravedad, b) duración y c) curso, sin embargo, esto sólo proporciona una descripción parcial del individuo, ya que las personas con depresión varían en el patrón de síntomas que experimentan, también se deben tomar en cuenta sus antecedentes familiares, personalidad, enfermedades, características biológicas, problemas personales y sociales, en

pocas palabras, el entorno y todo aquello que pudiese afectar a la persona. Lo anterior es para enfatizar que la elección del tratamiento es un proceso complejo e implican el juicio, conocimiento y experiencia del psicólogo o psiquiatra y la preferencia del paciente para conocer a qué tratamiento se adhiere más (National Collaborating Centre for Mental Health, 2010).

4.5. Tratamiento de la depresión

La depresión es uno de los trastornos mentales más tratables. Entre el ochenta y noventa por ciento de las personas con depresión responden bien al tratamiento. Casi todos los pacientes obtienen una disminución en sus síntomas y lo cual le brinda un bienestar general a la persona (Parekh, 2017).

En la actualidad se encuentran disponibles diferentes formas de tratamiento, su elección depende del tipo de depresión, de la gravedad, de los diferentes síntomas y del paciente, esto puede tratarse ya sea con medicamentos, terapia psicológica o ambos.

Las intervenciones psicoterapéuticas para la depresión en la infancia y adolescencia incluyen diversas técnicas, que se diferencian en aspectos como su base teórica, tipo de actividades y tareas, duración y frecuencia del tratamiento, además de diferentes formatos de aplicación: individual, familiar o grupal (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018).

Hay diversos enfoques terapéuticos para el tratamiento de la depresión. Las formas de psicoterapia que han demostrado ser útiles a través de un enfoque sistemático y que han desarrollado manuales de tratamiento para la depresión son la Terapia Cognitivo-Conductual y la Terapia Interpersonal (Korman & Sarudiansky, 2011).

El modelo cognitivo-conductual constituye la modalidad psicoterapéutica más estudiada e investigada en el campo de la psicología. Los creadores de este modelo son Aaron Beck y Albert Ellis, el cual se consolidó a finales de los años 70 y es la intervención que ha mostrado mayor utilidad en el tratamiento de la depresión (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2018).

En términos generales, Beck y Ellis evaluaron la posibilidad de modificar los pensamientos y, en consecuencia, los sistemas de creencias asociados a ellos, a través de diferentes técnicas, tanto cognitivas como conductuales, esto daría como resultado una mejora en la conducta de las personas (Korman & Sarudiansky, 2011).

La terapia cognitivo-conductual (TCC) ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la depresión moderada en adultos, con resultados similares a los obtenidos con tratamiento farmacológico. En niños y adolescentes no difiere ni en la lógica ni en los elementos terapéuticos esenciales del utilizado en adultos, aunque los procedimientos se adaptan a su edad (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018).

El tratamiento cognitivo-conductual se basa en la premisa de que los pacientes deprimidos tienen distorsiones cognitivas en el modo que se perciben a ellos mismos, al entorno en el que se encuentran y a su futuro, estas distorsiones contribuyen a su depresión (Royo, 2002).

El objetivo principal de la TCC en el trastorno depresivo es hacer que el paciente se dé cuenta de sus pensamientos pesimistas y negativos, una vez que se reconocen esos patrones de pensamiento, se le brindan herramientas a la persona para sustituir sus cogniciones por pensamientos más funcionales. Las intervenciones de TCC para adolescentes generalmente combinan estrategias cognitivas y conductuales (por ejemplo, activación conductual, entrenamiento en habilidades sociales, solución de problemas, reestructuración cognitiva, ejercicios de respiración, entre otros) para mejorar la sintomatología depresiva (Rohde, 2005).

Por su parte, la terapia interpersonal (TIP) fue desarrollada por Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron (1984, en Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018) para el tratamiento de la depresión, aunque a lo largo del tiempo se ha empleado como un tratamiento independiente y para el tratamiento de otras psicopatologías. La TIP conceptualiza la depresión como un conjunto de tres componentes: sintomatología, funcionamiento social y personalidad. Su finalidad es incidir sobre los dos primeros componentes. El modelo terapéutico se focaliza en cuatro problemas interpersonales: duelo, disputas interpersonales, transición de rol y déficits interpersonales.

Se ha adaptado la TIP para adolescentes con depresión, en la cual a pesar de que hay sesiones individuales, se tratan de incluir a los padres en algunas, también se abordan aspectos como: individualización, establecimiento de autonomía, desarrollo de relaciones sentimentales, estrategias de afrontamiento frente a pérdidas interpersonales y manejo de la influencia de los compañeros (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018).

También se ha mostrado eficacia de la Terapia familiar en el tratamiento de los trastornos depresivos, ya que, en este tipo de terapia, el eje son las relaciones e interacciones familiares y el objetivo de la terapia es modificar las pautas disfuncionales de la familia en las que se encuentra incorporada la conducta sintomática. En este aspecto, cabe resaltar que los procesos de la familia o de las relaciones personales son tan importantes como el contenido del problema (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018).

Se podrá ver una mejora en las terapias a partir de las 8-12 semanas, dependiendo de los pacientes y de la familia.

En los últimos años se han generado importantes avances en el desarrollo de los principales medicamentos para el tratamiento de la depresión, los cuales se conocen como antidepresivos, de los que existen varios tipos (Korman & Sarudiansky, 2011).

La medicación antidepresiva en niños y adolescentes está indicada en casos de sintomatología depresiva severa que no ha respondido a intervenciones psicoterapéuticas. Esta se recomienda si el trastorno depresivo comienza a afectar sobre el funcionamiento escolar o académico (Royo, 2002).

A pesar de que hay bastante evidencia respecto a la eficacia de antidepresivos en el tratamiento de la depresión en adultos, no se pueden generalizar a niños y a adolescentes, principalmente por la edad y la falta de investigación de los fármacos en los diferentes grupos (niños, adolescentes, adultos); (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018). Pese a esto, los estudios en la infancia y la adolescencia son más recientes e implican en el tratamiento de la depresión menos fármacos, algunos hallazgos de estos estudios incluyen:

- Una alta respuesta al placebo, lo cual condiciona los resultados sobre la efectividad de los antidepresivos en el tratamiento de la depresión en estos grupos

de edad, y al parecer esto tiene una relación inversa con la gravedad del cuadro de ansiedad, es decir, menor respuesta al placebo cuanto mayor gravedad hay de sintomatología.

- Ineficacia de fármacos antidepresivos que sí han demostrado eficacia en pacientes adultos (antidepresivos tricíclicos).
- Mayores riesgos asociados a su uso, especialmente desde que hace más de diez años se alertase sobre la posibilidad de un incremento en el riesgo en la adolescencia de suicidio (conductas e ideación suicida) y puede extenderse a la edad adulta.

En niños y jóvenes es poco probable que los antidepresivos tricíclicos tengan beneficios clínicamente importantes o muestren reducción de los síntomas. En esta población, existe evidencia limitada respecto a los efectos secundarios que produce su consumo y esto lleve a la interrupción del tratamiento, aparte de que hay evidencia respecto a lo tóxico que son los tricíclicos en sobredosis (National Collaborating Centre for Mental Health, NCCMH; 2005).

Para aquellos pacientes que requieren tratamiento farmacológico, los Inhibidores Selectivos de Recaptación de la Serotonina (ISRS) son el fármaco de elección, aunque la presencia de otros trastornos puede determinar la elección de otros fármacos. Los ISRS han demostrado una buena efectividad en el tratamiento de adultos y jóvenes con depresión mayor, con mínimos efectos secundarios (los pacientes pueden mostrarse impulsivos, inquietos y/o agitados, también puede haber problemas gastrointestinales, inquietud, diaforesis, cefaleas, acatisia y cambios en los patrones del sueño o apetito), poca letalidad en sobredosis y fácil administración (Royo, 2002).

Las agencias internacionales reguladoras del uso de medicamentos se han mostrado restrictivas en cuanto a los fármacos autorizados en el uso del tratamiento en niños y adolescentes que padecen un trastorno depresivo, entre los que pueden utilizarse se encuentran:

- Para la FDA (*Food and Drug Administration*):
 - Fluoxetina, aprobada para pacientes de 8 años en adelante.

- Escitalopram, aprobado para pacientes de 12 años en adelante.
- Para la EMA (*European Medicines Agency*):
 - Fluoxetina, aprobada para pacientes de 8 años en adelante.
- Para la AEMPS (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios):
 - Fluoxetina, aprobada para pacientes de 8 años en adelante.
 - Nortriptilina, aprobada para pacientes de 6 años en adelante.

Entre los ISRS que se han investigado y podrían utilizarse para el tratamiento, se encuentran la fluoxetina, la paroxetina (en este fármaco se encontró que puede producir efectos adversos graves, un mayor riesgo de conducta suicida y que se presente más frecuente los mareos, hostilidad, insomnio, somnolencia y temblor), la sertralina (la cual no muestra impacto en el estado depresivo del paciente y hay altas probabilidades de que los adolescentes interrumpen el tratamiento) y el citalopram (hasta el momento hay pruebas limitadas respecto a la mejora del tratamiento y si aumenta el riesgo de tener resultados negativos en su consumo con adolescentes e infantes), y se ha mostrado que la mejor opción es la fluoxetina que ha dejado evidencia de la mejora en los síntomas depresivos si se consume en dosis adecuadas y los efectos secundarios son mínimos (NCCMH, 2005).

La mejoría con estos fármacos puede alcanzarse a las 4-6 semanas, los pacientes deben ser tratados con la dosis adecuada al menos durante este plazo de tiempo, si no se consigue respuesta positiva, se procederá al incremento de la dosis o cambio de medicación, todo esto depende del profesional de la salud que lleve el caso. La interrupción brusca de los ISRS puede inducir síntomas de abstinencia que son parecidos a los síntomas de una recaída (Royo, 2002).

Una vez finalizado el tratamiento, es recomendable realizar una retirada progresiva del fármaco en 1-4 semanas y que sea preferentemente en épocas de menor estrés psicosocial, como, por ejemplo, durante el verano cuando los adolescentes se encuentran en periodo vacacional (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018).

El tratamiento dependerá del profesional de la salud a cargo, y también de la preferencia de los padres respecto a la terapia, a los fármacos o a la combinación de ambos dependiendo de la gravedad del trastorno depresivo. Lo que se busca con el tratamiento es el

bienestar y la capacidad funcional del paciente, es por ello que debería ser una intervención integral, así como el cuidado de una buena práctica clínica, que se entiende como: el seguimiento regular y frecuente, la psicoeducación, el apoyo y cuidado individual y familiar, el manejo de circunstancias ambientales, técnicas psicoterapéuticas básicas, la atención a comorbilidades y la coordinación con otros profesionales (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018).

Como se ha mencionado a lo largo de todo el marco teórico, la funcionalidad familiar tiene repercusiones en sus integrantes si presentan problemas en alguna de las dimensiones como son cohesión, flexibilidad o comunicación, las cuales afectan la salud psicológica, específicamente en los adolescentes, quienes pueden presentar trastornos depresivos. Es importante hacer énfasis en la fuerte relación que existe entre los sistemas familiares y la depresión, así como su estudio para analizar las percepciones de los adolescentes respecto a su familia, el tipo de familia en el que se desarrollan y como es que se refleja esto en su salud psicológica. De la misma forma, a pesar de que existe información de estos temas, poco se ha reportado respecto a jóvenes mexicanos, por lo cual, los objetivos de la presente investigación tienen como eje central esta población, tal como se muestra en el siguiente apartado

5. ESTRUCTURA FAMILIAR Y NIVELES DE DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE BACHILLERATO UNAM

5.1 Objetivo general

Analizar la relación del funcionamiento familiar con los niveles de depresión en una muestra de estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades de la UNAM.

5.2 Objetivos específicos

- 1) Describir el funcionamiento familiar en una muestra de estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades de la UNAM.
- 2) Describir los niveles de depresión en una muestra de estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades de la UNAM.
- 3) Comparar los niveles de depresión entre el sexo de los estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades de la UNAM.
- 4) Comparar el funcionamiento familiar entre el sexo de los estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades de la UNAM.
- 5) Comparar los niveles de depresión entre los planteles del Colegio de Ciencias y Humanidades de la UNAM.
- 6) Comparar el funcionamiento familiar entre los planteles del Colegio de Ciencias y Humanidades de la UNAM.

Método

Participantes

La muestra se conformó de 140 estudiantes que se encontraban cursando el bachillerato en alguno de los planteles (Vallejo, Azcapotzalco, Naucalpan, Oriente y Sur) del Colegio de Ciencias y Humanidades. Los participantes fueron elegidos a partir de un muestreo no probabilístico por bola de nieve.

Diseño de investigación

Estudio comparativo y transversal, también conocido como Ex Post Facto, el cual, según Sousa, Driessnack y Costa (2007), describe las diferencias en las variables que se dan de forma natural entre dos o más casos, participantes o unidades de estudio.

Instrumentos

- Un cuestionario de datos sociodemográficos, útiles para recolectar datos acerca de los estudiantes (Anexo 1).
- Inventario de Depresión de Beck-II o BDI-II (Beck, Steer & Brown, 1996, Beck's Depression Inventory - Second Edition, adaptado al español por Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003), es un autoinforme que mide la presencia y el nivel de depresión como mínima, leve, moderada o grave en adolescentes mayores a 13 años y adultos en general. Es una escala tipo Likert de 21 ítems, en los cuales, la persona tiene que elegir, entre un conjunto de cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad (excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que se califican en 7 alternativas) la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas incluyendo el día en que responde el instrumento, estas alternativas están puntuadas de 0 a 3 puntos y al sumar todos los ítems, se puede obtener una puntuación total que va desde 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave. El inventario tiene una consistencia interna de $r \geq 0.85$ (Anexo 2).
- Escala de evaluación del funcionamiento familiar o FACES-IV (Olson, 2011, Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale, adaptado al español por Pampliega, Merino y Iriarte, 2017) es una escala que mide la cohesión y flexibilidad familiar, es de autoinforme y está conformada por 42 ítems, la cual se puntúa a través de una escala tipo Likert que va desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 5 (totalmente de acuerdo). Cuenta con seis categorías (cohesión balanceada, flexibilidad balanceada, enredada, desligada, rígida y caótica), cada categoría tiene 7 ítems para dar un puntaje en la dimensión de cohesión, dimensión de flexibilidad y puntaje proporcional total, esto permite obtener la proporción de cuán balanceado/desbalanceado es el sistema

familiar. Los valores de confiabilidad de cada categoría son los siguientes: Enredada=.63, Desligada= .76, Cohesión balanceada= .84, Caótica= .68, Flexibilidad balanceada= .67 y Rígida= .72.

Procedimiento

Los instrumentos se diseñaron en la plataforma Formularios de Google, la cual permite realizar encuestas o formularios vía internet. Primero, se explicaron brevemente los objetivos de la aplicación de los instrumentos y de la investigación en general, posteriormente se presentó el consentimiento informado, y los instrumentos (FACES-IV Y BDI-II). Una vez diseñado el formulario, se creó automáticamente la URL.

Posteriormente, se les proporcionó la URL a los participantes mediante grupos institucionales de estudiantes de CCH, haciendo la petición de compartir el instrumento con sus pares.

Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo de los datos sociodemográficos para describir las características de los participantes. Se empleó el estadístico Alfa de Cronbach para calcular la consistencia interna de los instrumentos utilizados. Posteriormente, se efectuó un análisis descriptivo de las puntuaciones de los instrumentos para presentar los tipos de funcionamiento familiar de los estudiantes, así como los niveles de depresión. Después, a través de las pruebas t de Student, ANOVA y pruebas post hoc de Tukey se comparó el funcionamiento familiar y depresión por género y plantel de estudios. Finalmente, se aplicó la prueba r de Pearson para analizar el grado de asociación entre las variables de funcionamiento familiar, depresión y variables sociodemográficas de la muestra. Para realizar el análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS 25.

6. RESULTADOS

Descripción de los participantes

En la investigación participaron 139 estudiantes, de los cuales 30% son hombres y 70% mujeres, con un rango de 14 a 20 años, con una media de 16 y una DE= 1.10.

En la figura 2 se muestra el porcentaje de estudiantes por plantel.

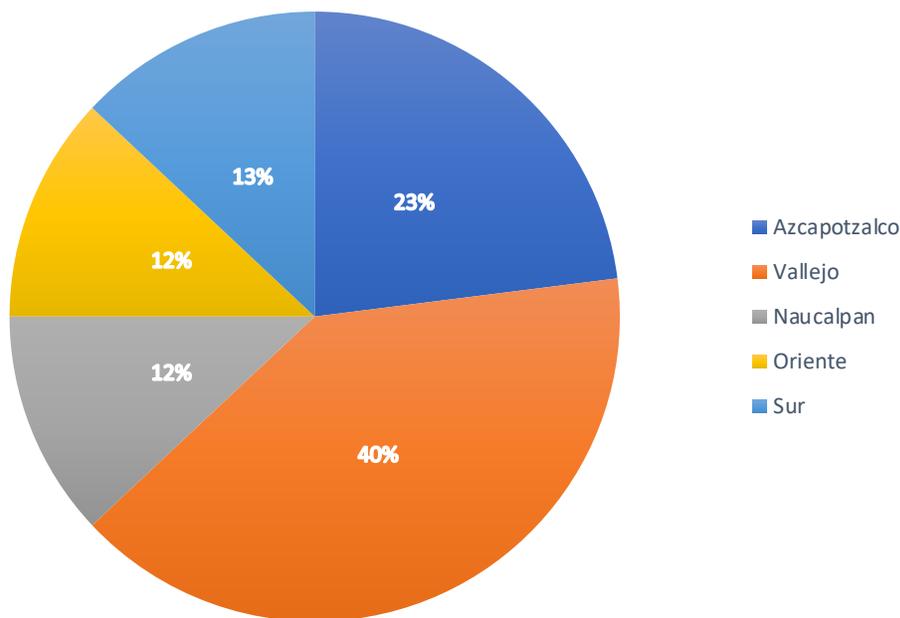


Figura 2. Porcentaje de los adolescentes que estudian en cada uno de los CCH.

Como se visualiza en la figura, la mayoría de los estudiantes pertenecen a la sede de CCH Vallejo, seguido de CCH Azcapotzalco, CCH Sur, CCH Naucalpan y CCH Oriente.

En cuanto a los semestres, se observa que el mayor porcentaje de estudiantes es en cuarto semestre (25%), seguido del quinto semestre (20%) y del tercer semestre (19%) (ver figura 3).

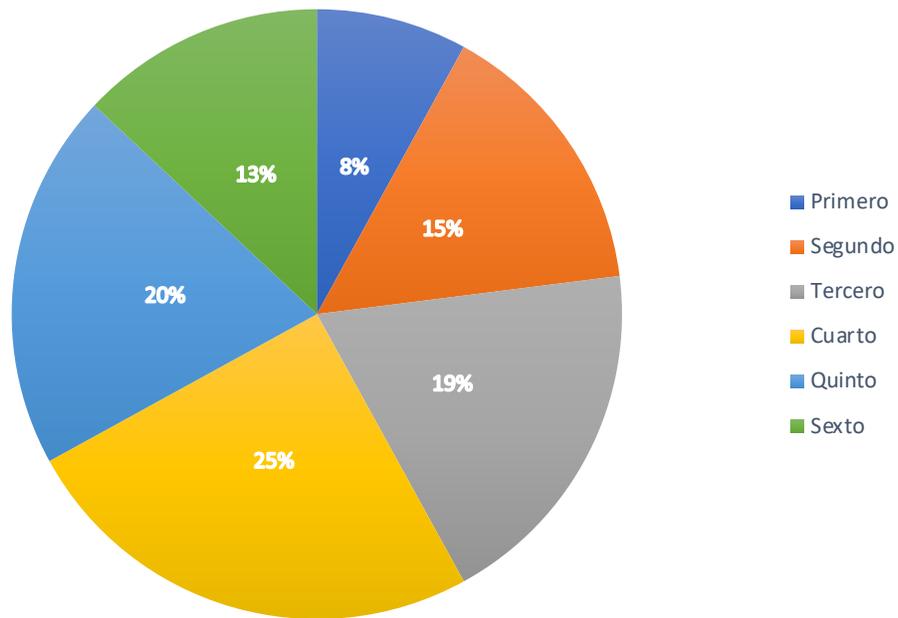


Figura 3. Porcentaje de los semestres que cursan los adolescentes de CCH.

Respecto con quien viven los participantes, el 46% viven con sus padres y hermanos y el 29% únicamente con sus padres (ver figura 4).

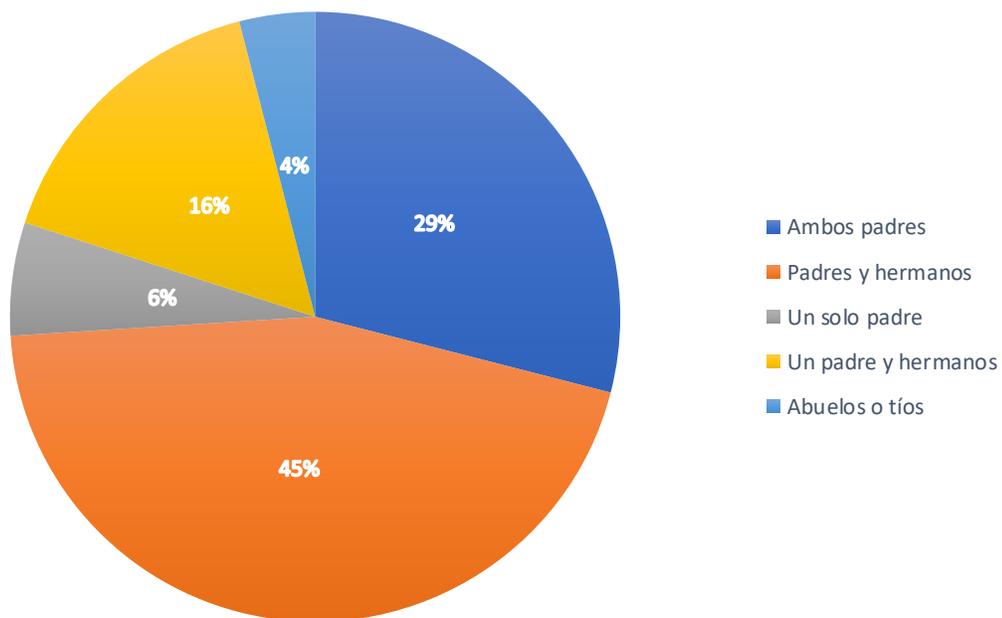


Figura 4. Tipo de familia con la que viven los adolescentes de CCH.

Análisis de fiabilidad de los instrumentos.

Respecto a la confiabilidad de los instrumentos aplicados en esta investigación, se calculó la prueba de alfa de Cronbach (Quero, 2010), obteniendo los datos mostrados en la tabla 2.

Tabla 2. Alfa de Cronbach de las escalas BDI-II y FACES-IV.

Escala	Alfa de Cronbach
BDI-II	.912
Cohesión	.825
Flexibilidad	.828
Desligada	.666
Enredada	.500
Rigidez	.651
Caótica	.731

En ella se puede observar que las escalas enredada, rigidez y desligada presentan un alfa moderado.

Análisis descriptivo de las puntuaciones de los instrumentos

Respecto a la estructura familiar, la escala del FACES-IV arrojó distintos resultados en sus seis categorías. En la tabla 3 se muestra la categoría de cohesión, en la cual el 63% de los participantes mostró tener una familia “conectada”.

Tabla 3. Categoría de cohesión.

	Frecuencia	Porcentaje
Algo conectada	16	12%
Conectada	88	63%
Muy conectada	35	25%
Total	139	100%

La siguiente categoría que es flexibilidad, se observa que la mayoría de los adolescentes tienen familias flexibles (63%) (Tabla 4).

Tabla 4. *Categoría de flexibilidad.*

	Frecuencia	Porcentaje
Algo flexible	20	15%
Flexible	88	63%
Muy flexible	31	22%
Total	139	100%

La siguiente escala de rigidez, muestra que la mayoría de los participantes se encuentran en familias con niveles bajos de rigidez (40%) (Tabla 5).

Tabla 5. *Categoría de rigidez.*

	Frecuencia	Porcentaje
Muy baja	19	14%
Baja	55	40%
Moderada	39	28%
Alta	23	16%
Muy alta	3	2%
Total	139	100%

En la categoría enredada, se encontró que se presenta el mayor porcentaje en la categoría baja con un 41% (Tabla 6).

Tabla 6. *Categoría de enredada.*

	Frecuencia	Porcentaje
Muy baja	46	33%
Baja	57	41%
Moderada	30	22%
Alta	6	4%
Total	139	100%

La siguiente escala, muestra que las familias en su mayoría presentan niveles bajos (39%) y muy bajos (38%) en la categoría caótica (Tabla 7).

Tabla 7. *Categoría de caótica.*

	Frecuencia	Porcentaje
Muy baja	53	38%
Baja	54	39%
Moderada	21	15%
Alta	11	8%
Total	139	100%

Finalmente, en la tabla 8 se observa la categoría de desligada, la cual es la última categoría del FACES-IV, se obtuvieron niveles bajo con un 42% y muy bajo con un 23%.

Tabla 8. *Categoría de desligada.*

	Frecuencia	Porcentaje
Muy baja	32	23%
Baja	58	42%
Moderada	30	22%
Alta	16	11%

Muy alta	3	2%
Total	139	100%

Por otra parte, al referir los puntajes de depresión que obtuvieron los participantes, se encontró que un 33% de la muestra presenta niveles de depresión mínimos y un 23% niveles graves (Tabla 9).

Tabla 9. Niveles de depresión.

	Frecuencia	Porcentaje
Mínima	46	33%
Leve	33	24%
Moderada	28	20%
Grave	32	23%
Total	139	100%

Comparación entre las variables

Al realizar un primer análisis de comparación de medias entre los diferentes subgrupos de la presente muestra no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de depresión entre hombres y mujeres, ni en torno al plantel de estudios de los participantes.

Respecto a la estructura familiar, se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en la escala de rigidez ($t=2.139$; $gl=138$; $p<0.05$) donde las familias de los varones presentan medias más altas ($X=22.74$). Es decir, las familias de los varones presenta un liderazgo autoritario, no muestran flexibilidad respecto a los roles que tienen cada uno y una disciplina rígida a comparación de las mujeres.

Se compararon los niveles de cohesión entre los planteles donde estudian los participantes, se encontraron diferencias significativas ($F=4.47$; $gl=4/135$; $p<0.05$) entre Naucalpan y Vallejo, y Naucalpan y Azcapotzalco, donde Naucalpan presenta medias menores ($X=20.52$) (Tabla 10). Esto quiere decir que tanto los estudiantes de CCH Vallejo

como los de Azcapotzalco, se desarrollan en familias que tienen límites flexibles por lo que toman en cuenta la opinión de todos los integrantes y cada uno de los miembros tiene espacio para la familia y para sí mismo, a comparación de aquellos quienes estudian en el plantel Naucalpan.

Tabla 10. *Comparación de niveles de cohesión entre Naucalpan con otros CCH.*

		Significación
Naucalpan	Azcapotzalco	.009
	Vallejo	.003
	Oriente	.060
	Sur	.745

Para flexibilidad, se compararon los niveles entre las diferentes sedes de CCH, se encontraron diferencias significativas ($F=3.137$; $gl=4/135$; $p<0.05$) entre Vallejo y Naucalpan, donde Naucalpan presenta la media más baja ($X=20.58$) (Tabla 11). Lo anterior implica que los estudiantes de CCH Vallejo tienen familia con roles compartidos, el liderazgo que se presenta es flexible y se considera a todos sus integrantes para la toma de decisiones, a diferencia de quienes estudian en Naucalpan.

Tabla 11. *Comparación de niveles de flexibilidad entre Vallejo con otros CCH.*

		Significación
Vallejo	Azcapotzalco	.775
	Naucalpan	.007
	Oriente	.838
	Sur	.482

Se compararon los niveles de rigidez entre los planteles donde estudian los participantes, se encontraron diferencias significativas ($F=2.522$; $gl= 4/135$; $p<0.05$) entre Vallejo y Naucalpan, en la cual Naucalpan presenta una media baja ($X=18.47$) (Tabla 12).

Esto significa que la familia de los estudiantes de CCH Vallejo presentan roles fijos entre sus integrantes, liderazgo y disciplina, esto a comparación de los estudiantes de CCH Naucalpan.

Tabla 12. *Comparación de niveles de rigidez entre Vallejo con otros CCH.*

		Significación
Vallejo	Azcapotzalco	.893
	Naucalpan	.016
	Oriente	.977
	Sur	.872

A su vez, se compararon los niveles de rigidez entre las personas con las que viven los estudiantes y se encontró diferencia significativa ($F=3.138$; $gl= 4/134$; $p<0.05$) entre estudiantes que son hijos únicos y viven con ambos padres y aquellos que viven con un padre y hermanos, donde la media más baja la presenta un padre y hermanos ($X=18.59$) (Tabla 13). Es decir que en estas familias se presenta en mayor medida una disciplina rígida y no hay flexibilidad en reglas o acuerdos a los que llegue el padre o madre, no pueden llegar a acuerdos en grupo con facilidad a comparación de las familias compuestas por ambos padres y hermanos.

Tabla 13. *Comparación de niveles de rigidez entre tipos de familias.*

		Significación
Ambos padres	Padres y hermanos	.983
	Un solo padre	1.00
	Un padre y hermanos	.051
	Abuelos o tíos	.877

Correlaciones entre las variables

A partir del análisis de correlación realizado entre las escalas de los instrumentos, se encontró una correlación negativa débil significativa entre la edad y la categoría de rigidez ($r = -.169$; $p < 0.05$) es decir, a mayor edad de los participantes, su familia será menos rígida en cuanto a reglas.

A su vez, la edad se correlacionó de forma negativa débil significativa con la escala de flexibilidad ($r = -.276$; $p < 0.01$) esto se refiere a que mientras más grande sean los participantes, su familia será menos flexible en cuanto a sus roles.

Por otra parte, se encontró una correlación negativa débil significativa entre la depresión y la categoría de rigidez ($r = -.187$; $p < 0.05$) lo cual indica que los adolescentes que tienen mayores niveles de depresión, viven en una familia menos rígida en cuanto a su estructura familiar, es decir, no comparten tiempo entre sus integrantes, tienen poco en común y los límites que hay entre ellos no son claros.

También se encontró una correlación positiva moderada significativa entre la depresión y la categoría de caótica ($r = .394$; $p < 0.01$) es decir, a mayores niveles de depresión, mayor será el caos dentro de la familia.

Así mismo, se encontró una asociación positiva moderada significativa entre la depresión y los puntajes de la escala de desligamiento ($r = .412$; $p < 0.05$) esto se refiere a que mientras más sea el nivel de depresión en el estudiante, mayores serán los niveles de desligamiento en su familia.

De igual forma la depresión se correlaciona de forma negativa moderada significativa con la escala de cohesión ($r = -.487$; $p < 0.01$) es decir, a mayores niveles de depresión en el adolescente, menores son los niveles de unión en la familia.

Finalmente, se encontró una correlación negativa moderada significativa entre la depresión y la categoría de flexibilidad ($r = -.368$; $p < 0.01$) lo cual se refiere a mayores niveles de depresión en el estudiante, sus integrantes de familia serán menos flexibles.

7. CONCLUSIONES

La presente investigación tuvo como objetivo general analizar la relación del funcionamiento familiar con los niveles de depresión en una muestra de estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades de la UNAM, así como describir y comparar estas variables con el sexo de los estudiantes y entre planteles.

En los datos obtenidos se encontraron los porcentajes de las seis categorías del instrumento FACES-IV, para la categoría de cohesión la mayoría de los participantes mostraron tener una familia unida y en la categoría de flexibilidad una gran parte de los participantes respondieron encontrarse en familias flexibles, esto quiere decir que los participantes se encuentran en familias que tienen una buena estructura familiar, que como menciona Olson (1989) son familias que tienen vínculos afectivos satisfactorios para cada uno de los miembros de la familia, cada uno cuenta con alto grado de autonomía, así mismo, pueden cambiar aspectos de su estructura, los roles que lleva cada uno dentro del grupo y las reglas que han acordado todos, así pues no les es complicado superar dificultades en familia. Así pues, es importante mencionar que en estas familias predomina una disciplina democrática en la que se toma la opinión de todos los integrantes, en la familia ya hay una persona que lidera, pero aun así se mantiene flexible, también tienen límites claros pero abiertos al cambio y aunque conviven entre los miembros y dan tiempo para la familia, también cada uno tiene tiempo de desarrollarse de forma individual.

También Olson (2000) menciona que, si las familias cuentan con cohesión y flexibilidad, se debe a la comunicación que tienen y las habilidades con las que cuentan para escuchar, hablar, ser claros en lo que quieren decir, muestran respeto y consideración por los demás. Este autor considera que los sistemas equilibrados cuentan con buena comunicación, por lo cual, las familias de esta investigación tienen buenos niveles de cohesión, flexibilidad y comunicación.

Es importante hacer mención que la mayoría de los participantes viven con ambos padres y hermanos, ya que retomando lo que se postula en Gómez (2008) la presencia de ambos padres en la adolescencia influye en el desarrollo del hijo, si este percibe a ambas figuras paternas presentes en su vida y de forma cercana, tendrá efectos positivos en sí mismo

y en su relación con los demás, esto se verá reflejado en un ambiente familiar que ayude a todos los integrantes a sentirse más unidos, que como se ha mencionado, las familias de los adolescentes que participaron en esta investigación, resultaron tener altos niveles de cohesión.

Respecto a los niveles de depresión se obtuvo que la mayoría de los participantes obtuvieron niveles mínimos, contrario a lo que mencionan Salazar, Veytia, Márquez y Huitrón (2013) quienes afirman que, en esta etapa debido a los cambios físicos, psicológicos y cognitivos, es común que este trastorno se presente.

Lo que mencionan los autores González-Forteza, Hermosillo de la Torre, Vacio-Muro y Wagner (2015) concuerda con lo obtenido respecto a los niveles mínimos de depresión, estos autores hacen mención de la importancia de lo social en lo emocional, es más común que los trastornos del estado de ánimo estén presentes en adolescentes que no estudian ni trabajan, todos los participantes de esta investigación se encuentran cursando alguno de los semestres en el CCH y los niveles de depresión fueron casi nulos en la mayoría de los estudiantes.

Un resultado relevante que se obtuvo fue que un cuarto de los participantes presentó niveles de depresión graves, dato que superó lo reportado por la Asociación Psiquiátrica Mexicana (2017), ya que esta institución reportó que uno de cada diez jóvenes mexicanos presentan depresión, sin embargo, en esta investigación aproximadamente tres de cada diez adolescentes presenta niveles graves, lo cual denota una prevalencia mayor de este trastorno en la muestra.

Por su parte, autores como Leyva-Jiménez, Hernández-Juárez, Nava-Jiménez y López-Gaona (2007) recalcan que en esta etapa tiende a ignorarse el trastorno e incluso confundirse por los cambios que experimentan los adolescentes en esta etapa, por lo cual los padres infieren que esa tristeza se debe a los cambios de ánimo generados por la edad y no porque realmente haya un problema, finalmente terminan sin buscar ayuda profesional y esto ocasiona que en un futuro el trastorno siga o aumente su nivel e intensidad.

Por esta razón, se hace énfasis de este pequeño grupo de estudiantes y lo importante que resulta que puedan atenderse lo antes posible, ya que como se decretó en la Clasificación

multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes (2003), algunos de los síntomas de depresión en nivel grave son angustia, pérdida de autoestima, sentimientos de inutilidad o de culpa y lo más preocupante es el alto riesgo de suicidio que se presenta a este grado, aparte de que los estudiantes podrían sentirse incapaces de seguir con su vida escolar y/o laboral.

Quizá un motivo por el que los jóvenes decidan no hacer nada respecto a buscar ayuda para la problemática que tengan, se deba a que la promoción de la salud mental es deficiente y también por la edad de los adolescentes no puedan acudir a terapia tan fácilmente, tal como mencionan González-Forteza, Hermsillo de la Torre, Vacio-Muro, Peralta y Wagner (2015), que pese a la aceptación de los estudiantes frente a sus síntomas depresivos, complica que puedan tener un tratamiento adecuado debido a que por ser menores de edad, en muchos casos requieren permiso de los padres para poder asistir a terapia psicológica y en muchos casos, los padres creen que la tristeza recurrente, la falta de interés en ciertas actividades del estudiante, una baja autoestima, entre otras, sean cambios normales de la adolescencia y no algo que sea motivo de preocupación. De igual forma, las escuelas, al ser un espacio en el que los participantes acuden frecuentemente, puedan ser un espacio de promoción de la salud mental y la importancia de la terapia psicológica ante ciertos problemas, ya que como se ha observado, no se puede descartar la posibilidad que esto tenga relación con una deficiente funcionalidad familiar.

Por otra parte, no se encontraron diferencias entre los niveles de depresión de hombres y mujeres, esto se contrapone con lo dicho por autores como González-Forteza, Hermsillo de la Torre, Vacio-Muro, Peralta y Wagner en 2015, quienes postulan que la depresión si guarda relación con el sexo, ya que este trastorno prevalece en mujeres, pero tiene mayores consecuencias en hombres debido a los estereotipos de masculinidad ya que ellos no se les permite expresar sus sentimientos.

Otros autores como Vázquez (2013) y Matud, Guerrero y Matías (2006), mencionan que las diferencias de la prevalencia en depresión entre hombres y mujeres se debe a múltiples variables, como pueden ser las biológicas (genéticas, neuroquímicas, hormonales), variables sociales y estructurales, no únicamente a su género.

Otro de los puntos que se observó, fue una diferencia entre hombres y mujeres en la categoría de rigidez, en las cuales, las familias de los varones presentan un liderazgo autoritario, no hay flexibilidad entre los integrantes respecto a los roles que tienen y presentan una disciplina rígida, este aspecto guarda relación como se mencionó en el anterior punto, con los estereotipos que rodean a hombres y mujeres, la diferencia de lo que se supone debería sentir dependiendo de su sexo y de la misma forma el cómo debería de ser criado.

Respecto a las comparaciones entre planteles, para la categoría de cohesión balanceada y también en la de flexibilidad, se encontró que las familias de los estudiantes de CCH Vallejo y Azcapotzalco se desarrollan en familias que toman en cuenta la opinión de todos los integrantes, tienen límites flexibles y los miembros de la familia tienen tiempo para sí mismos y también para convivir en familia, así como también tienen familias con roles fijos y compartidos, liderazgo flexible y toman en cuenta a todos los integrantes para tomar decisiones, a comparación del CCH Naucalpan en los que no se observa lo anterior, de igual forma en la escala de rigidez, estudiantes de CCH Vallejo mostraron tener familias con liderazgo autoritario y disciplina rígida. Esto podría explicarse por la diferencia de las zonas en las que se encuentran estudiando y residiendo, ya que Vallejo y Azcapotzalco se encuentran en la Ciudad de México y Naucalpan en el estado de México.

A este respecto, la página web del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), reporta que existen promedios que evalúan los Indicadores de Bienestar por entidad federativa, respecto a la satisfacción con la vida (2014) el estado de México obtuvo 7.9 a comparación de la CDMX que tuvo 8.4. Para el Indicador de balance vida-trabajo el estado de México puntuó con 7.7 y la CDMX con 8.0. Con relación a la salud que autoreportan los habitantes del estado de México con un promedio de 8.2 y la CDMX con 8.5. Respecto a los niveles de educación (2015), el estado de México obtuvo un 42.8% de estudiantes mayores de 15 años tienen educación media superior; mientras que la CDMX indicó un 58.8%. En el Indicador de comunidad (relaciones sociales) el promedio del número de personas que no pertenecen a la familia y que se considera que siempre se contará con su apoyo en caso de presentarse una urgencia o una necesidad la CDMX resultó con un 69.8% y el estado de México con un 74.5%. Los datos mencionados con anterioridad son indicadores que pueden ser la causa de las diferencias encontradas en este estudio; ya que cambian los estilos de vida

de los estudiantes y de sus familias, el ambiente en el que se desarrollan y cómo perciben la calidad de vida, las personas con las que conviven son diferentes, la educación que han recibido es distinta, la salud que reporta son diferentes y al cambiar estas características, cambian ellos y por lo tanto también su estructura familiar. Así mismo, su convivencia podría verse afectada debido al tiempo que emplean para estudiar o trabajar, y esto no permitiría la interacción en familia y la participación en los límites que se establezcan.

También se realizaron comparaciones entre los tipos de familia y se encontró diferencia en la categoría de rigidez entre los estudiantes que viven con ambos padres y hermanos y aquellos que viven con un padre y hermanos, esto puede guardar relación con lo postulado en Rodrigo, Máiquez, García, Mendoza, Rubio, Martínez y Martín (2004) donde la escasa presencia de uno o ambos padres, la poca comunicación o accesibilidad de los mismos tiene consecuencias en la estructura familiar.

Respecto a las correlaciones obtenidas, hubo relación entre la edad y la categoría de rigidez, es decir, a mayor edad de los participantes, su familia será menos rígida en cuanto a disciplina, esto concuerda con lo expuesto por Aláez, Madrid y Antona (2003) quienes afirman que en la etapa tardía ya hay una mejor aceptación de los consejos y valores paternos, es decir, ya hay una maduración en los jóvenes para permitir una convivencia más sana con los padres, ya que en etapas anteriores por todos los cambios que se presentaban, las peleas eran más constantes entre padres e hijos y no había una escucha efectiva.

Otra de las correlaciones que resultaron fue entre la escala de flexibilidad y la edad, es decir, a más edad, los roles en la familia serán menos flexibles, esto se debe a los cambios que experimentan los adolescentes, de la etapa de adolescencia temprana hasta la tardía, van pasando por ciertos procesos que los hace alcanzar un mayor nivel de madurez, de entendimiento y de adaptación, van desarrollándose de forma emocional y aprendiendo más habilidades intelectuales y cognitivas que no sólo le son de ayuda dentro de un contexto escolar, sino que también pueden verse reflejadas en la familia y en los roles que desempeña cada uno, comprende cuál es su lugar en la familia y el rol que lleva, ya no es necesario que comparta funciones que realizan papás o hermanos, eso no significa que no sea flexible

cuando se necesite, sino que ya comprendió que cada uno tiene un rol establecido (Manual clínico de la adolescencia, 2012).

También, se encontró una correlación negativa débil entre la depresión y la categoría de rigidez, donde los adolescentes presentan mayores niveles de depresión se encuentran en familias que no comparten tiempo entre sus integrantes o no hay muchas cosas en común en los mismos, esto confirma lo mencionado por Leyva-Jiménez, Hernández-Juárez, Nava-Jiménez y López-Gaona (2007) quienes recalcan la influencia de las relaciones sociales en la depresión, específicamente aquellas que se dan en la familia, donde los estilos de crianza, la ruptura de lazos familiares, los problemas entre los integrantes y la comunicación deteriorada en ella, podrían ser causa para padecer un trastorno depresivo, lo anterior se observó en algunos participantes de esta investigación.

De la misma forma, se obtuvo una correlación positiva entre la depresión y la escala de caótica, donde, si en la familia no hay roles definidos, el liderazgo no está presente y tampoco hay disciplina, los niveles de depresión serán altos. Retomando lo mencionado por los autores Aláez, Madrid y Antona (2003), la familia constituye el principal sistema de apoyo para el adolescente, las relaciones entre los miembros de la familia son de gran valor para la salud física y mental del adolescente y su desarrollo, si la relación es deficiente debido a que no hay liderazgo y nadie dirige a la familia, aparte de que no hay roles establecidos y los integrantes no saben diferenciar entre lo que hacen los padres e hijos, el caos de la familia afecta a la salud psicológica del adolescente, y esto puede influir en los trastornos depresivos.

Siguiendo con los niveles de depresión, se correlacionó de forma negativa moderada con las categorías de cohesión y flexibilidad, esto se refiere a que los participantes presentarán niveles de depresión más altos si se encuentran en familias que no son unidas y tampoco son flexibles. Lo antes mencionado puede explicarse con lo postulado por los autores Salazar, Veytia, Márquez y Huitrón (2013) quienes afirman que la percepción que tiene el adolescente de su familia juega un papel importante, ya que su bienestar general y su satisfacción con su vida en ese momento depende en gran medida de como perciba el joven a su familia y su relación con la misma, si tiene una idea errónea de ella, es posible que se sienta insatisfecho y esto lo lleve a dejar de disfrutar de las actividades que le gustaban, es

probable que presente dificultades en la escuela y comience a presentar sintomatología depresiva.

Lo anterior guarda relación con Beck (1979) quien menciona que la depresión se origina porque la persona visualiza el mundo de manera negativa y poco realista, si los adolescentes perciben de forma negativa a su familia, las relaciones con sus integrantes y la convivencia familiar, e incluso su vida en general, es muy probable que presenten un trastorno depresivo.

Una de las últimas correlaciones encontradas en la investigación, es entre la depresión y la escala de desligamiento, en la cual, a niveles altos de depresión, la familia de los participantes compartirá menos tiempo juntos y cosas en común, esto se debe a que si en la familia no hay unión, cercanía entre los integrantes y no hay organización, los adolescentes probablemente presentarán desajustes emocionales y comportamentales, ya que dentro del contexto familiar la adolescencia resulta crítica (Álvarez, Ramírez, Silva, Coffin y Jiménez, 2009).

Por otra parte, es importante mencionar que la aplicación de instrumentos se vio afectada debido a la pandemia derivada del virus SARS-CoV-2 que provoca el COVID-19, ya que el confinamiento de la población en general, minimizó las posibilidades de tener contacto con los estudiantes para aplicar cuestionario.

La aplicación del cuestionario vía electrónica tuvo poca respuesta por parte de los participantes, a pesar de la difusión constante del instrumento, de las invitaciones formales y personales que se llevaron a cabo.

Por lo anterior se sugiere que se realicen investigaciones para evaluar por qué en una era digital la población adolescente decide no responder cuestionarios vía online.

Una sugerencia adicional es que se realicen estudios específicos para evaluar las propiedades psicométricas de los instrumentos en una muestra más amplia de adolescentes.

Respecto a la salud psicológica de los adolescentes, se sugiere que las escuelas promuevan la prevención de ciertos trastornos emocionales o el asistir a terapia psicológica cuando lo crean necesario, ya que a pesar de los Colegios de Ciencias y Humanidades cuentan

con psicólogos, no son suficientes para toda la población estudiantil y los alumnos desconocen que existe este servicio, además no tienen información y deciden ignorar el problema

8. Referencias bibliográficas

- Abelson, H., Fishburne, P. & Cisin, I. (2013). Funcionamiento Familiar: Evaluación de los Potenciadores y Obstructores (I). 1–78. Recuperado de: <https://www.uv.es/lisis/instrumentos/Funcionamiento-FamiliaR.pdf>
- Aláez, M., Madrid, J. & Antona, A. (2003). Adolescencia y salud. *Papeles del Psicólogo*, 23 (84). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/778/77808405.pdf>
- Álvarez, M., Ramírez, B., Silva, A., Coffin, N. & Jiménez, M. (2009). La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9 (2). Recuperado de: <https://www.ijpsy.com/volumen9/num2/232/la-relacin-entre-depresin-y-conflictos-ES.pdf>
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. 5° edición. Washington, DC: Panamericana.
- Amigo, I., Fernández, C. & Pérez, M. (1998). *Manual de psicología de la salud*. España: Ediciones pirámide.
- Baeta, M. (2015). Cultura y modelo biomédico: reflexiones en el proceso de salud enfermedad. *Comunidad y Salud*, 13 (2). Recuperado de: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932015000200011
- Bazán, G. (2003). Contribuciones de la psicología de la salud en el ámbito hospitalario de México. *Psicología y Ciencia Social*, 5 (1). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/314/31411284003.pdf>
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. 19° edición. España: Desclée De Brouwer.
- Berenzon, S., Lara, M., Robles, R. & Medina-Mora, M. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud*

- Pública de México*, 55 (1). Recuperado de: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7190/9349>
- Cano, J., Gomez, C. & Rondón, M. (2016). Validación en Colombia del instrumento para evaluación de la depresión Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45 (3). Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502016000300002
- Casas, J.J. & Ceñal, M.J. (2005). Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatr Integral*, 9 (1). Recuperado de: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo_adolescente\(2\).pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo_adolescente(2).pdf)
- Carrió, B. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Medicina clínica*, 119 (5). Recuperado de: https://altascapacidades.es/portalEducacion/html/otrosmedios/13034093_S300_es.pdf
- Carrobbles, J. A. (1993). Prólogo. En Simón, M. A. (Eds.) *Psicología de la salud, aplicaciones clínicas y estrategias de intervención*. Madrid: Pirámide.
- Cova, F., Rincón, P., Inostroza, C., & Melipillán, R. (2012). Factores asociados prospectivamente a sintomatología depresiva en adolescentes tempranos de sexo femenino. *Universitas Psychologica*, 11 (3). Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672012000300014&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Díaz, L. (2016). Instrumentos administrativos fundamentales de organizaciones internacionales, t. II. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Estrada, D., Delgado, C., Landero, R. & González, M. (2014). Propiedades psicométricas del modelo bifactorial del BDI-II (versión española) en muestras mexicanas de población general y estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 14 (1), 125-136.

- Fernández, A. (2019). De cada 100 mexicanos, 15 padecen depresión. Ciudad Universitaria, CDMX. Dirección General de Comunicación Social. Recuperado de: https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2019_455.html
- Ferrer-Honores, P., Miscán-Reyes, A., Pino-Jesús, M. & Pérez-Saavedra, V. (2013). Funcionamiento familiar según el modelo Circumplejo de Olson en familias con un niño que presenta retardo mental. *Rev enferm Herediana*, 6 (2). Recuperado de: <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2013/febrero/funcionamientofamiliarseguelmodelocircumplejodeolson.pdf>
- Flórez, L. (1991). La psicología de la salud y sus relaciones con la medicina conductual. *Revista de psicología*, 26, 13-30.
- Goicochea, A. & Narváez, M. (2011). *Funcionamiento familiar y conducta sexual de riesgo en adolescentes*. (Tesis de Licenciatura). Universidad César Vallejo, Perú.
- Gómez, E. (2008). Adolescencia y familia: revisión de la relación y la comunicación como factores de riesgo o protección. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10 (2). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/802/80212387006.pdf>
- González-Forteza, C., Hermosillo de la Torre, A., Vacio-Muro, M., Peralta, R. & Wagner, F. (2015). Depresión en adolescentes, un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 72 (2). Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462015000200149
- Green, C., Meagher, R. & Millon, T. (1982). *Handbook of Clinical Health Psychology*. N.Y: Plenum Press.
- Hernández, E. & Grau, J. (2005). *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones*. Guadalajara: Centro Universitario en Ciencias de la Salud. 33-84. Recuperado de: <https://instituciones.sld.cu/psicosaludhabana/files/2012/01/PSICOLOG%c3%8dA-DE-LA-SALUD-ASPECTOS-HIST%c3%93RICOS-Y-CONCEPTUALES.pdf>

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2014). Indicadores de Bienestar por entidad federativa. Recuperado de: <https://www.inegi.org.mx/app/bienestar/?ag=09#grafica>
- Korman, G. & Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 15 (1). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3396/339630257005.pdf>
- Leyva-Jiménez, R., Hernández-Juárez, A., Nava-Jiménez, G. & López-Gaona, V. (2007). Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45 (3). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745527004.pdf>
- Martínez, P. & Lorente, A. (2003). *Evaluación psicológica y psicopatológica de la familia*. Madrid, España: RIALP.
- Martín- Cala, M. & Tamayo- Megret, M. (2013). Funciones básicas de la familia. Reflexiones para la orientación psicológica educativa. *EduSol*, 13 (44). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/4757/475748683007.pdf>
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral Health and Behavioral Medicine: Frontiers a New Health Psychology. *American Psychologist*, 35 (9), 807-817.
- Matud, M., Guerrero, K. & Matías, R. (2006). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (1). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/337/33760101.pdf>
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2012). *Adolescencia, manual clínico*. Asunción, Paraguay: Autor. Recuperado de: https://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-con-contrapartes&alias=384-manual-clinico-de-la-adolescencia&Itemid=253
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2018). *Guía de práctica clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Actualización*. Guías de

- Práctica Clínica en el SNS. Recuperado de: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_575_Depresion_infancia_Avaliat_compl.pdf
- Mirics, Z., Vargha, A., Tóth, M., & Bagdy, E. (2011). Psychometric properties of the FACES-IV in a pediatric oncology population. *Journal of Pediatric Psychology*, 36 (5), 528-538.
- Morga, L. (2012). *Teoría y técnica de la entrevista*. Estado de México: Red Tercer Milenio. Recuperado de: http://www.aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/salud/Teoria_y_tecnica_de_la_entrevista.pdf
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2005). *Depression in Children and Young People: Identification and Management in Primary Community and Secondary Care*. United Kingdom: NICE Clinical Guidelines. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21834190/>
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2010). *Depression. En National Collaborating Centre for Mental Health, Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition)*. Leicester, United Kingdom: NICE Clinical Guidelines. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63763/>
- Oblitas, L. (2000). *Psicología de la salud*. México, DF: Plaza y Valdés.
- Oblitas, L. (2008). PSICOLOGÍA DE LA SALUD: Una ciencia del bienestar y la felicidad. *UNIFE*, 16 (1). Recuperado de: <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/psicologiasalud.pdf>
- Olson, D. (2000). Circumplex Model of Marital and Family Systems. *Journal of Family Therapy*. 22. Recuperado de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/1467-6427.00144>
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes*. España: Médica Panamericana. Recuperado

de:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42399/8479034912_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Mundial de la Salud (2004). *Prevención de los trastornos mentales* (NLM clasificación: WM 140). Ginebra: Autor. Recuperado de: https://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2018). Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.a revisión. Recuperado de: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/187348663>

Ortuño-Sierra, J., Aritio-Solana, R., Inchausti, F., Chocarro de Luis, E., Lucas, B., Pérez de Albéniz, A. & Fonseca-Pedrero, E. (2017). Screening for depressive symptoms in adolescents at school: New validity evidences on the short form of the Reynolds Depression Scale. *PLoS One*, 12 (2). Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5319653/>

Osorio, G.M. (2014). Escenarios de aplicación de la psicología de la salud relevancia del trabajo multidisciplinario. En: M. Orozco y K. Caballero (Eds). *Psicología Latinoamericana: Experiencias, Desafíos Y Compromisos Sociales* (pp. 291-300). México: ALFEPSI editorial.

Pampliega, A., Merino, L. & Iriarte, L. (2017). Psychometric Properties of the Spanish version of the Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale IV. *Psicothema*, 29 (3), 414-420.

Parekh, R. (2017). *What is depression?* Recuperado de <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>

Pardo, G., Sandoval. A. & Umbarila, D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista colombiana de psicología*, (13). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/804/80401303.pdf>

- Quero, M. (2010). Confiabilidad y coeficiente Alpha de Cronbach. *Telos*, 12 (2). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/993/99315569010.pdf>
- Real Academia Española. (2014). Diccionario de la Real Academia Española. Recuperado de: <http://lema.rae.es/drae/?val=TENSION>
- Rivero, N., Martínez-Pampliega, A., & Olson, D. H. (2010). Spanish adaptation of the FACES IV questionnaire: Psychometric characteristics. *The Family Journal*, 18 (3). Recuperado de: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.844.1311&rep=rep1&type=pdf>
- Rodrigo, M. J., Máiquez, L., García, M., Mendoza, R., Rubio, A., Martínez, A. & Martín, J. (2004). Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. *Psicothema*. 16 (2), 203-210.
- Rodríguez, L. (2017). El adolescente y su entorno: familia, amigos, escuela y medios. *Pediatría integral*, 21 (4). Recuperado de: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/xxi04/04/n4-261-269_LuisRguez.pdf
- Rohde, P. (2005). Cognitive-Behavioral Treatment for Depression in Adolescents. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent, Mental Health*, 1 (1). Recuperado de: http://cogprints.org/4210/1/Jiacam05_1_6.pdf
- Rosales, C. & Espinosa, M. (2008). La percepción del clima familiar en adolescentes miembros de diferentes tipos de familias. *UNAM FESI*, 10 (1 y 2). Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Consuelo_Pina/publication/237032729_La_Percepcion_del_Clima_Familiar_en_Adolescentes_Miembros_de_Diferentes_Tipos_de_Familias/links/59dd011e0f7e9b8e1e7dbd/La-Percepcion-del-Clima-Familiar-en-Adolescentes-Miembros-de-Diferentes-Tipos-de-Familias.pdf
- Royo, J. (2002). Trastornos depresivos en la infancia y adolescencia. *ANALES Sis San Navarra*, 25. Recuperado de: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5571/4582>

- Salazar, Y., Veytia, M., Márquez, O. & Huitrón, G. (2013). Relación entre satisfacción con el ambiente familiar y depresión en adolescentes. *Psicología y Salud*, 23 (1). Recuperado de <http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/524/875>
- Sanz, J & García-Vera, M. (2013). Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del Inventario de Depresión de Beck – II (BDI - II). *Anales de psicología*, 29 (1). Recuperado de: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.29.1.130532/142241>
- Sanz, J., Perdigón, A. & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14 (3). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180617972001.pdf>
- Semenova, N., Zapata, J. & Messenger, T. (2015). Conceptualización de ciclo vital familiar: una mirada a la producción durante el periodo comprendido entre los años 2002 a 2015. *Revista CES Psicología*, 8 (2). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/4235/423542417006.pdf>
- Sigüenza, W. (2015). *Funcionamiento familiar según el modelo circumplejo de Olson* (tesis de pregrado). Universidad de Cuenca, Ecuador. Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21878/1/TESIS.pdf?fbclid=IwAR1kVsHazMChsOA4Yc9IiytOoYLqYM35bVnwJCIkS3y50PiEAM3BO70nPQY>
- Sigüenza, W., Buñay, R. & Guamán, M. (2017). Funcionamiento familiar real e ideal según el modelo Circumplejo de Olson. *MASKANA*, 8. Recuperado de: <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/maskana/article/view/1878/1378>
- Simón, M. A. (1993). *Psicología de la salud. Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención*. Madrid: Pirámide.
- Sousa, V., Driessnack, M. & Costa, I. (2007). Revisión de diseños de investigación resaltantes para enfermería. parte 1: diseños de investigación cuantitativa. *Rev Latino-*

am Enfermagem, 15 (3). Recuperado de:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/es_v15n3a22.pdf

Torres-Lagunas, M.A., Vega-Morales, E.G., Vinalay-Carillo, I., Arenas-Montaña, G. & Rodríguez-Alonzo, E. (2015). Validación psicométrica de escalas PSS-14, AFA-R, HDRS, CES-D, EV en puérperas mexicanas con y sin preeclamsia. *Enfermería Universitaria*, 12 (3). Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v12n3/1665-7063-eu-12-03-00122.pdf>

UNICEF. (2002). *Adolescencia, una etapa fundamental*. NY: División de Comunicaciones.

Vázquez, A. (2013). Depresión. Diferencias de género. *Multimed*, 17 (3). Recuperado de:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2013/mul133p.pdf>

Wilson, R. C. & Blumentritt, L. T. (2007). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II in a clinically-identified sample of Mexican American adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 16. 789-798.

9. Anexos

9.1. Anexo 1

Cuestionario de datos sociodemográficos.

Consentimiento informado: ¡Hola! Estoy realizando una investigación que tiene por objetivo analizar la relación del funcionamiento familiar con los niveles de depresión en una muestra de estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades de la UNAM. Quiero invitarte a participar respondiendo algunas preguntas, si aceptas, con tu participación voluntaria, otorgas la autorización de que todos los datos que surjan en este proyecto sean analizados estadísticamente y en su caso publicados. Así mismo, todos los datos recabados serán confidenciales y tu identidad quedará totalmente protegida.

- A) Si, doy mi autorización y quiero participar.
- B) No me interesa participar.

¿Cuál es tu edad?

Género:

- A) Hombre
- B) Mujer

¿Cuál es el nombre completo de la escuela en la que cursas el bachillerato?

¿Qué semestre estás cursando actualmente?

¿Con quienes vives actualmente?

9.2. Anexo 2

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).

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

1. Tristeza
 0. No me siento triste.
 1. Me siento triste gran parte del tiempo
 2. Me siento triste todo el tiempo.
 3. Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo.
 0. No estoy desalentado respecto del mi futuro.
 1. Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
 2. No espero que las cosas funcionen para mí.
 3. Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso.
 0. No me siento como un fracasado.
 1. He fracasado más de lo que hubiera debido.
 2. Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
 3. Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de placer.
 0. Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
 1. No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.

2. Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
 3. No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.
5. Sentimientos de culpa.
0. No me siento particularmente culpable.
 1. Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
 2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
 3. Me siento culpable todo el tiempo.
6. Sentimientos de castigo.
0. No siento que este siendo castigado
 1. Siento que tal vez pueda ser castigado.
 2. Espero ser castigado.
 3. Siento que estoy siendo castigado.
7. Disconformidad con uno mismo.
0. Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
 1. He perdido la confianza en mí mismo.
 2. Estoy decepcionado conmigo mismo.
 3. No me gusta a mí mismo.
8. Autocrítica.
0. No me critico ni me culpo más de lo habitual
 1. Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
 2. Me critico a mí mismo por todos mis errores
 3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.
9. Pensamientos o deseos suicidas.
0. No tengo ningún pensamiento de matarme.
 1. He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

2. Querría matarme
3. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto.

0. No lloro más de lo que solía hacerlo.
1. Lloro más de lo que solía hacerlo.
2. Lloro por cualquier pequeñez.
3. Siento ganas de llorar pero no puedo.

11. Agitación.

0. No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
1. Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
2. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.
3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de interés.

0. No he perdido el interés en otras actividades o personas.
1. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
2. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión.

0. Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
1. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
2. Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

0. No siento que yo no sea valioso.
1. No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.

2. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
3. Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

0. Tengo tanta energía como siempre.
1. Tengo menos energía que la que solía tener.
2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

0. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a. Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual.
- 3a. Duermo la mayor parte del día.
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad

0. No estoy tan irritable que lo habitual.
1. Estoy más irritable que lo habitual.
2. Estoy mucho más irritable que lo habitual.
3. Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.
- 3a. No tengo apetito en absoluto.

3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración.

0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

2. Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3. Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0. No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1. Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo.

0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2. Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3. He perdido completamente el interés en el sexo.