

Relación entre sintomatología depresiva y cohesión familiar en adolescentes de una institución educativa de Boyacá*

Relationship between depressive symptoms and family cohesion among adolescents in an educational institution from Boyaca

Recibido: 26 de octubre de 2016/Aceptado: 19 de abril de 2017
<http://doi.org/10.17081/psico.20.38.2550>

Jhon Fredy Buitrago Matamoros¹, Leidy Yasmith Pulido Archila², Ángela Marcela Güichá-Duitama³
Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia

Palabras clave:

Sintomatología depresiva,
Cohesión familiar, Adolescentes.

Key words:

Depressive symptoms,
Family cohesion, Teenagers.

Resumen

Investigación correlacional, cuyo objetivo fue establecer la relación entre cohesión familiar y nivel de sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados de una institución educativa de la ciudad de Tunja (Boyacá). La muestra, seleccionada a partir de muestreo no probabilístico, estuvo conformada por 244 estudiantes de básica secundaria, 51,6 % hombres y 48,4 % mujeres, con una media de edad de 17 años. Se aplicó la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D adaptada para población colombiana (Villalobos & Ortiz, 2012), la Escala de Cohesión Familiar de Torres de Galvis y Murrelle (Maya *et al.*, 2000) y una ficha de datos sociodemográfica diseñada para el estudio. Los datos se analizaron con el índice de correlación de Tau-b de Kendall (SPSS v.23), y se concluye que existe una relación negativa (-0,161) entre la presencia de sintomatología depresiva y el nivel de cohesión familiar y una significancia de 0.012; se destaca la correlación existente entre las dos variables y los altos índices de sintomatología depresiva. De acuerdo a lo anterior se sugiere implementar estrategias de prevención e intervención interdisciplinarias para favorecer los factores de protección frente a la depresión en adolescentes.

Abstract

The purpose of this correlational research paper is to establish the relationship between family cohesion and the level of depressive symptoms in adolescent students who attend an educational institution in Tunja (Boyaca). Non-probability sampling was selected. The average age of the 244 high school students (51.6 % male and 48.4 % women) was 17 years old. The following two scales were applied for the study: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), adapted for Colombian population by Villalobos & Ortiz (2012) and the Family Cohesion Evaluation Scale, by Torres Galvis and Murrelle (2010). In addition, a social-demographic data sheet was designed for this purpose. Data was analyzed based on the Kendall rank correlation coefficient I (SPSS v.23). It was then concluded that there is a negative relationship (-0.161) between the presence of depressive symptoms and the level of family cohesion, with 0.012 level of significance. The correlation existing between the two variables and high rates depressive symptomatology is highlighted; for this reason, it is important to implement strategies for prevention and interdisciplinary intervention to promote protective factors facing depression in adolescents.



Referencia de este artículo (APA):

Buitrago, J., Pulido, L. & Güichá-Duitama, Á. (2017). Relación entre sintomatología depresiva y cohesión familiar en adolescentes de una institución educativa de Boyacá. *Psicogente*, 20(38), 296-307. <http://doi.org/10.17081/psico.20.38.2550>

- * El presente artículo es producto de la investigación: Relación entre sintomatología depresiva y cohesión familiar en adolescentes escolarizados.
1. Psicólogo. Investigador Grupo de Investigación Clínica y Salud. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tunja, Boyacá, Colombia. Email: jhon.buitrago@uptc.edu.co <http://orcid.org/0000-0002-2233-9553>
 2. Psicóloga. Investigadora Grupo de Investigación Clínica y Salud. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tunja, Boyacá, Colombia. Email: leidyyasmith.pulido@uptc.edu.co <https://orcid.org/0000-0002-0439-1112>
 3. Magister en Psicología Clínica. Investigadora Grupo de Investigación Clínica y Salud y Docente Programa de Psicología. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Tunja, Boyacá, Colombia. Email: angela.guicha@uptc.edu.co <http://orcid.org/0000-0002-7239-5158>

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es uno de los trastornos de mayor prevalencia en la población, afectando a todas las comunidades en el mundo; los trastornos depresivos comienzan a menudo a temprana edad. En adolescentes de todo el mundo el predominio de la depresión es del 4 al 8 %; a nivel latinoamericano la prevalencia se encuentra entre el 7 y 9 %, mientras que en Colombia se presenta un predominio del 3 al 5 %. Así, la depresión es considerada uno de los problemas psicológicos que más afecta a la población juvenil (OMS, 2012).

Un posible factor causal de la depresión está relacionado con las disfunciones a nivel familiar, situación que cada vez es más frecuente y que ha ido en aumento a lo largo de los años. Investigaciones previas han evidenciado que la ausencia de figuras de autoridad de uno o ambos progenitores por separación o divorcio, afecta de forma significativa el bienestar psicológico de cada uno de los integrantes que hacen parte de la familia; el proceso de separación conyugal es un factor relevante que puede generar repercusiones en la salud mental de todos los miembros de la familia; sin embargo, los hijos pueden ser los más afectados y podrían experimentar sentimientos de culpabilidad, ansiedad y depresión, además de desencadenar con el tiempo problemas de inadaptabilidad escolar, personal y social. Estas situaciones conllevan a alteraciones en el funcionamiento familiar y pueden traer consigo alteraciones en el estado de ánimo (Quinde & France, 2014; Vargas, 2014).

Seijo, Novo, Carracedo & Fariña (2009), concluyen en su investigación que la experiencia de separación se relacionaba con una mayor incidencia de alteraciones emocionales en los adolescentes y que los hijos de pa-

dres separados han recibido más atención psicológica a lo largo de su vida, lo cual da cuenta de las posibles alteraciones en la salud mental que puede llegar a presentar la población adolescente, siendo así un factor de riesgo que requiere estudios investigativos para generar aportes en pro de la prevención de problemáticas relacionadas con la salud mental.

El funcionamiento familiar en la adolescencia exige ajustes en el sistema de crianza, y la relación parental que se establece en esta etapa del ciclo vital juega un papel importante en el desarrollo emocional y comportamental de los adolescentes, por ende si existe una relación adecuada entre los miembros de la familia, se generaría un factor protector que permitiría prevenir posibles psicopatologías (Álvarez, Ramírez, Silva, Coffin, Jiménez, & 2009; Almonte & Mont, 2013).

De acuerdo a los planteamientos de Chávez, Calderón, & Hidalgo (2008, la Organización Mundial de la Salud (2012) el presente estudio incluye dos variables de estudio: la sintomatología depresiva y la cohesión familiar. La primera variable hace referencia a una enfermedad mental común que se presenta con menos ánimo de hacer las actividades, pérdida de interés o placer, energía disminuida, sentimientos de culpa o baja autoestima, alteraciones de sueño o apetito y mala concentración. La segunda variable desde una perspectiva sistémica, se define como el vínculo emocional que existe entre los miembros, el grado de autonomía en el que se explican los límites generacionales y espacios para la acción, en la cual los integrantes de la familia puedan participar de manera activa en la toma de decisiones. De acuerdo a lo anterior el objetivo principal de la investigación es identificar la relación entre el nivel de sintomatología depresiva y el nivel de cohesión familiar en los adolescentes escolarizados.

Método

Diseño

Investigación de corte no experimental y diseño correlacional, en donde en un primer momento se busca describir dos variables: sintomatología depresiva y cohesión familiar en adolescentes escolarizados de una institución educativa de Tunja (Boyacá) durante el año 2016, para luego buscar la relación existente entre ellas (Hernández, 2007).

Participantes

La población total fue de 675 estudiantes escolarizados de octavo a undécimo grado de secundaria de una institución educativa de Tunja, Boyacá (Colombia). El muestreo de tipo no probabilístico, arroja una representatividad de la muestra a partir de 244 escolarizados de género femenino y masculino, entre 13 y 17 años de edad. El tipo de muestreo realizado fue de tipo no probabilístico, por facilidad de acceso a la población y voluntariedad de los sujetos en hacer parte de la investigación.

Como se puede observar en la Tabla 1, la media de edad de los participantes de la investigación es de 17 años; según el género se distribuyen prácticamente de manera equitativa, con una diferencia de 8 hombres más que mujeres; la mayoría de los participantes provienen del departamento de Boyacá reflejado en un 87,7 %, seguido por los departamentos de Cundinamarca con 7,78 %, Bolívar con 1,63 %, Santander con 0,81 % y en menor porcentaje se encuentran los departamentos de Meta, Amazonas, Putumayo, Nariño y Valle reflejados en un 0,4 % cada uno. Los participantes se encuentran cursando en mayor porcentaje el grado décimo de básica secundaria, se ubican en el estrato socioeconómico 2, y

la vivienda en la que habitan es propia; en cuanto al tipo de seguridad social la mayoría pertenecen al régimen subsidiado y en mayor porcentaje pertenecen a familias de tipo monoparental.

Tabla 1. Características sociodemográficas

	Participantes (n=244)	
	n (%)	X
Edad, años		17
Género		
Masculino	126 (51,6)	
Femenino	118 (48,4)	
Nivel de escolaridad		
Octavo	27(11,1)	
Noveno	65(26,6)	
Décimo	91(37,3)	
Once	61(25)	
Estrato socioeconómico		
1	85(34,8)	
2	129(52,9)	
3	29(11,9)	
5	1(0,4)	
Tipo de Vivienda		
Arrendada	100(41)	
Propia	144(59)	
Tipo de Seguridad Social		
Contributivo	25(10,2)	
Subsidiado	219(89,8)	
Tipo de Familia		
Monoparental	72(29,5)	
Nuclear	147(60,24)	
Extensiva	25(10,24)	

Nota: X=Media

Procedimiento

La información se recolecta a través del diligenciamiento de una ficha socio-demográfica construida por los autores para esta investigación y de la aplicación de los instrumentos Escala de Cohesión Familiar validada por Yolanda Torres de Galvis y Lenn Murrelle, del Grupo de Investigación en Salud Mental de la Universidad

CES, en una muestra poblacional de Medellín, cuya primera aplicación se dio en el año 2000 y se informó en la publicación del estudio *Sustancias psicoactivas y otros factores asociados con delincuencia juvenil*, publicado como libro producto de Investigación por Colciencias Programa de Ciencias Sociales y Humanas (Maya *et al.*, 2000), y la Escala de Depresión CES-D de Villalobos & Ortiz (2012), escalas que se encuentran que adaptadas a la población colombiana; los dos instrumentos presentan un alto valor psicométrico. El primero con un Alpha de Cronbach de 0.798 y el segundo de 0,79. El presente trabajo se realizó en cinco fases, tal como se muestra a continuación:

Revisión de antecedentes teóricos y empíricos. Se realizó la búsqueda de información bibliográfica utilizando diferentes bases de datos como Scielo, Science Direct, Ebsco y Redalyc. Se obtuvo la información por medio de palabras clave como depresión, cohesión familiar, adolescencia, junto a conectores como *and* o *in*, por ejemplo depresión *and* adolescentes, cohesión *in* adolescentes.

Selección de la muestra. Primero se establece contacto con las instituciones educativas de la ciudad de Tunja que reciben un mayor número de adolescentes entre 13 y 17 años de edad, con el fin de obtener el permiso de acceso. De las instituciones que muestran su interés por participar en el estudio, se selecciona una teniendo en cuenta que incluye una amplia población adolescente.

Consentimiento informado. Se realizó el proceso de consentimiento informado inicialmente a las directivas y docentes de la institución, para explicar los objetivos, procedimiento, limitaciones y alcances de la investigación. Este mismo procedimiento se realizó con los padres de familia a quienes se les hizo llegar un documento escrito que explicaba de manera detallada los pormenores

de la investigación y el cual ellos debían regresar firmado a la institución educativa como constancia de la autorización para la participación del menor en la investigación. Posterior a esto se tuvo contacto con los adolescentes en donde se les explicó los objetivos, alcances, limitaciones y procedimiento a realizar en la investigación, con el fin de obtener el asentimiento de los participantes. Se entregaron 450 consentimientos con el objetivo de cumplir con la muestra significativa para el estudio, dado que no todos los consentimientos fueron diligenciados y por lo tanto no aprobaban la participación. Por último se hizo la recolección de los consentimientos informados de los adolescentes voluntarios en donde se recibieron 244 siendo un número mayor a la muestra requerida que fue de 240 sujetos.

Aplicación de instrumentos. La aplicación de los instrumentos se realiza en grupos de aproximadamente 30 adolescentes. Se diligencia en primer lugar la ficha de caracterización sociodemográfica, posteriormente se diligencian las Escalas de Cohesión Familiar y de Sintomatología Depresiva. La aplicación está precedida por una explicación rigurosa acerca del contenido y la manera de responder los instrumentos.

Análisis de resultados. Se realiza la organización, análisis y contrastación de los resultados arrojados por la ficha sociodemográfica y las dos escalas aplicadas con el fin de poder dar respuesta a los objetivos de la investigación. El análisis de los datos se realizó por medio del programa estadístico SPSS "Statistical Product and Service Solutions" versión 23.0.

Resultados

Se realiza un análisis descriptivo de la información por escalas con el fin de obtener los datos más relevantes y significativos en cuanto a cada una de las varia-

bles de estudio. En cuanto a los resultados obtenidos en la escala CES-D es importante resaltar que arrojan una media para sintomatología depresiva de 24.31, es decir un número significativo del total de los participantes se ubicaron en un nivel alto de sintomatología depresiva, teniendo en cuenta que la escala puntúa como valor mínimo 0 lo que significa nivel mínimo de depresión y un valor máximo de 80 que indica un nivel muy alto, siendo el rango entre 23 y 33 catalogado en el nivel alto.

En la Tabla 2 se muestra el nivel de sintomatología depresiva según los datos sociodemográficos en el total de los participantes, cabe resaltar que las mujeres puntuaron mayor sintomatología depresiva que los hombres.

Tabla 2. Niveles de sintomatología depresiva según datos sociodemográficos

	Nivel de sintomatología depresiva				
	Mínimo n (%)	Bajo n (%)	Medio n (%)	Alto n (%)	Muy alto n (%)
Población general	21(8,6)	52(21,3)	53(21,7)	65(26,6)	53(21,7)
Edad					
13	0(0)	0(0)	1(50)	0(0)	1(50)
14	2(7,6)	14(53,8)	3(11,5)	4(15,3)	3(11,5)
15	1(2,7)	8 (22,2)	8(22,2)	10(27,7)	9(25)
16	9(10,2)	16(18,1)	18(20,4)	27(30,6)	18(20,4)
17	9(9,7)	14(15,2)	23(25)	24(26)	22(23,9)
Género					
Femenino	10(8,4)	21(17,7)	19(16,1)	31(26,2)	37(31,3)
Masculino	11(8,7)	31(24,6)	34(26,9)	34(26,9)	16(12,6)
Estrato Socio económico					
1	11(12,9)	20(23,5)	20(23,5)	19(22,3)	15(17,6)
2	8(6,2)	24(18,6)	24(18,6)	40(31)	33(25,5)
3	2(6,8)	7(24,1)	9(31)	6(20,6)	5(17,2)
5	0(0)	1(100)	0(0)	0(0)	0(0)
Tipo de Familia					
Monoparental	2(14,2)	3(21,4)	3(21,4)	2(14,2)	4(13,7)
Nuclear	18(9)	45(22,5)	45(22,5)	52(26)	40(20)
Extensiva	1(3,3)	4(13,3)	5(16,6)	11(36,6)	9(30)

En los resultados descriptivos de la Escala de Cohesión Familiar se obtuvo una media de 24.18 y mediana de 25, dando cuenta de una muy buena cohesión familiar, así mismo se obtuvo un mínimo de 5 perteneciente al rango de regular cohesión familiar y un máximo de 36, siendo esta la máxima puntuación indicando una muy buena cohesión familiar.

Finalmente, se analizó la correlación entre la variable sintomatología depresiva y cohesión familiar a partir del coeficiente de correlación Tau-b de Kendall; como se muestra en la Tabla 3, se evidencia una correlación negativa de -0,161 con una significancia de 0,012. De lo anterior se puede concluir que la presencia de sintomatología depresiva se puede relacionar de forma negativa con el nivel de cohesión familiar. Para los resultados del presente estudio el valor de significancia aunque es bajo, permite evidenciar claramente que existe una relación entre las dos variables.

Tabla 3. Correlación entre sintomatología depresiva y cohesión familiar

		CES-D	Cohesión Familiar
CES-D	Correlación de Kendall	1	-,161*
	Sig. (bilateral)		0,12
	N	242	240
Cohesión Familiar	Correlación de Kendall	-,161*	1
	Sig. (bilateral)	0,12	
	N	244	244

Discusión

El estudio pretendió identificar la correlación existente entre la variable cohesión familiar y la sintomatología depresiva en población adolescente escolarizada, a través de la aplicación de la escala de depresión del

Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) de Villalobos y Ortiz (2012) y la Escala de cohesión familiar de Torres de Galvis y Murrelle (Maya *et al.*, 2000), a través de un diseño descriptivo correlacional.

Según Cano, Salguero, Wood, & Dongil (2012) la investigación responde a la necesidad de aportar conocimiento científico en el área de la salud mental, evaluando la relación de las dos variables en adolescentes boyacenses escolarizados, dado que los estudios correlacionales de las dos variables son escasos y se hace necesario conocer las variables que influyen en la salud mental de este grupo étnico. Teniendo en cuenta que en la actualidad la depresión es uno de los trastornos con mayor prevalencia en dicha población, afecta de manera grave su condición mental y si no se identifica a tiempo, genera deterioro en las áreas de funcionamiento de quien la padece.

En la presente investigación y según lo planteado por Vargas (2014) se considera que la familia juega un papel importante, en cuanto puede ser un factor protector en el sentido que se constituye como una red de apoyo indispensable para el adolescente, lo cual permite construir estrategias de afrontamiento frente a las diferentes dificultades presentes durante esta etapa del ciclo vital, o por el contrario, puede ser un factor de riesgo cuando existen situaciones que conllevan a alteraciones en el funcionamiento familiar, generando vulnerabilidad para presentar una alteración o trastorno del estado de ánimo, que con el tiempo puede llegar a repercutir seriamente en su calidad de vida.

Hasta el momento, según Alberdi, Taboada, Castro, & Vásquez (2006) los estudios científicos realizados en diferentes países del mundo como Puerto Rico, Estados Unidos, México, Perú, Colombia y España, han

evidenciado una gran comorbilidad de la depresión con otro tipo de variables como el suicidio, abuso de sustancias, problemas escolares, trastornos alimenticios y de la personalidad, también se ha encontrado que la depresión ha sido uno de los trastornos que aún prevalece en el tiempo con altos índices de predominio en la población en general.

Durante el desarrollo del proyecto de investigación se implementaron diferentes procesos con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos planteados, guiados por parámetros y fases de investigación, en aras de garantizar un método adecuado para la validación de la hipótesis planteada. Teniendo en cuenta que los resultados obtenidos en el análisis arrojan una correlación negativa de $-0,161$, con un nivel de significancia de $0,012$ entre las dos variables propuestas para el presente estudio, se rechaza la hipótesis nula en favor de la alterna, puesto que los datos obtenidos dan cuenta de la existencia de la relación entre sintomatología depresiva y nivel de cohesión familiar. La correlación negativa indica que las dos variables se correlacionan en sentido inverso, por tanto a valores altos de una de ellas le suelen corresponder valores bajos de la otra y viceversa; la correlación es baja teniendo en cuenta que cuanto más próximo el valor es a -1 , se hablará de correlación negativa perfecta, lo que supone una determinación absoluta entre las dos variables en sentido inverso.

Los resultados descritos en el anterior párrafo, confirman los arrojados por investigaciones preliminares. En Colombia, el estudio adelantado por Toro, Cardona y Castro (2010) evidenció que la escasa o excesiva cercanía afectiva, la disciplina inconsistente, el excesivo control por parte de los padres de familia y los desacuerdos entre ellos en cuanto a las pautas de crianza de sus hijos, son características propias de los

adolescentes que presentan sintomatología depresiva; por el contrario en las familias en las cuales hay gran satisfacción del vínculo familiar, en donde existen estrategias para resolver de manera adecuada los conflictos y además hay afecto y apoyo familiar se reflejan y son propias de las familias con un buen nivel de cohesión familiar. Esta investigación concluye que la relación con lazos pobres entre los adolescentes y sus padres, pueden desencadenar sintomatología depresiva.

El nivel de sintomatología depresiva en los adolescentes, se presenta aquí, como un factor de riesgo ya que puede repercutir sobre la integridad de los sujetos (Cano, Salguero, Wood y Dongil, 2012). Es importante insistir en la necesidad de identificar los síntomas y distinguir su severidad de manera oportuna; de lo contrario, se pueden desarrollar serios trastornos del estado del ánimo (Gómez, 2007).

Por otro lado, los resultados de la investigación evidencian que un gran porcentaje de adolescentes de 17 años tienen síntomas depresivos en un nivel muy alto; estos datos son consecuentes con diversas investigaciones realizadas en Colombia por Ferrel, Vélez y Ferrel en el 2014, quienes identificaron que el 80 % y el 71 % de los estudiantes de 17 y 20 años de edad presentan depresión grave y moderada respectivamente, lo que exige una intervención psicosocial en población adolescente.

Investigadores como Velez y Ferrel (2014) afirman que los síntomas de la depresión mayor afecta a niños y niñas con un incremento progresivo con la edad; las tasas de prevalencia de un trastorno depresivo mayor aumentan desde las tasas de la infancia alrededor del 1,2 % hasta el 6,8 % al final de la adolescencia, motivo por el cual, la adolescencia es una etapa del ciclo vital vulnerable para la presencia de síntomas depresivos.

Según el género, se observa que el 31,3 % de las mujeres tienen presencia de sintomatología depresiva en un nivel muy alto, porcentaje que es mayor a los hombres con síntomas depresivos (12,6 %) en este mismo nivel. Estos datos concuerdan con investigaciones realizadas previamente, donde se observa que las mujeres son las que tienen mayor tendencia a la depresión que los varones, por los indicadores evidentes de tristeza, llanto fácil, desánimo y todo signo emocional; por su parte en los varones el aspecto emocional está más controlado o menos evidente, lo que lleva a abordar a dichos pacientes conociendo sus indicadores cognitivos y el encubrimiento de sus sentimientos previamente (Parra, 2005; Álvarez y cols., 2009 y Velez y Ferrel 2014).

En esta misma línea Barra, Cerna, Kramm & Véliz (2006), concluyeron que la depresión es más frecuente en mujeres; que en hombres debido a factores biológicos, hormonales y psicosociales que son propios de las mujeres; por el contrario los hombres tienden más a reconocer que tienen fatiga, pérdida del interés ante cosas que antes eran placenteras, irritabilidad y sueño alterado. En las mujeres se expresan mayores sentimientos de tristeza, inutilidad o culpa excesiva, lo cual conlleva a que las tasas de depresión sean más altas en el género femenino.

Los niveles de sintomatología depresiva encontrados de acuerdo al estrato socioeconómico al cual pertenece cada participante, indican que los sujetos de estrato dos presentan mayores niveles de síntomas depresivos, ubicándose en el rango de alto y muy alto (77 %). Los datos obtenidos concuerdan con el estudio realizado por Mantilla, Sabalza, Díaz, Campo-Arias (2004) quienes muestran una mayor prevalencia de sintomatología depresiva en niños y niñas de estrato socioeconómico bajo. Del mismo modo, Rodríguez (2010), encontró que los

niños de clase baja se perciben más deprimidos que los de clase media. En general, el bajo nivel socioeconómico se asocia a un mayor número de eventos vitales negativos que incrementan la posibilidad de cualquier trastorno mental, entre éstos los depresivos.

Así mismo, Aguilar (2003) investigó si existían diferencias entre resiliencia y nivel socioeconómico en los adolescentes peruanos, concluyendo que no hay diferencias significativas en puntajes totales pero resaltando que en clases sociales bajas los adolescentes obtuvieron un puntaje destacado en creatividad como indicador de resiliencia, lo que implica ver las cosas de forma positiva, poner orden en medio del caos y sobreponerse a los sentimientos de dolor. Por ello el adolescente desarrolla un carácter de autoimposición, disciplina y esfuerzo tratando de darle importancia al tiempo de vida finalmente sin detenerse en la depresión, datos estos importantes para poder comprender la diversidad de factores que deben estudiarse en el comportamiento adolescente frente a las situaciones que se presenten.

En la presente investigación el 30 % de los participantes que pertenecen al tipo de familia extensiva, presentaron niveles muy altos de síntomas depresivos. De acuerdo a lo anterior, la estructura y el funcionamiento familiar tendrían alguna relación con la aparición de la sintomatología depresiva en los miembros de la familia, ya que cuando el funcionamiento familiar se altera debido a diferentes situaciones genera alteraciones en el estado de ánimo en los miembros de la familia (Vargas, 2014).

La segunda variable estudiada es el nivel de cohesión familiar; mediante la interpretación de los resultados descriptivos de la escala de Cohesión Familiar se encontró una media de 25.05 lo que se interpreta con

un promedio alto de muy buena cohesión familiar en la muestra participante, ello guarda coherencia con lo que se encuentra en la muestra general, ya que el 71,7 % de los adolescentes que participaron en esta investigación percibe la cohesión familiar como muy buena. Se debe hacer énfasis que el nivel de cohesión familiar bueno y muy bueno es muestra de la percepción de una dinámica familiar óptima que apoya al adolescente.

La cohesión familiar se define como el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí y evalúa el grado en que los miembros de la familia están separados o conectados a ella (Tueros, 2004). Un ambiente familiar satisfactorio se puede considerar como un factor de protección, de lo contrario se puede considerar un factor de riesgo por la necesidad de desarrollo del adolescente, ya que el medio familiar en ocasiones, puede ser la causa de diversos problemas.

De acuerdo con los resultados obtenidos en la presente investigación referente a la edad y el nivel de cohesión familiar, se encontró que el 95,49 % de los estudiantes de 13 a los 17 años refieren tener una buena o muy buena cohesión familiar. Lo anterior da cuenta de la percepción que tienen los adolescentes de su familia, en este caso se evidencia que los adolescentes tanto de temprana edad como los de 17 años perciben una muy buena o buena en cuanto a la cohesión familiar, lo que se podría considerar como un factor protector para la buena salud mental y la no predisposición de trastornos mentales.

Los resultados del presente estudio evidencian que el nivel de cohesión familiar no tiene diferencias entre adolescentes varones y mujeres puesto que la dinámica familiar depende mayormente del grado de comunicación que se tenga, el control y apoyo que le brindan los

padres a los hijos para su autonomía emocional. La cantidad de cambios que el adolescente tiene que afrontar y las reacciones que tanto varones como mujeres tengan en particular, pueden predisponer a la familia a tener más o menos conflictos dependiendo de la posición que los padres asuman; es decir, si los padres no se ajustan y comprenden estos cambios para tratar de orientar sino castigan y toleran poco el deseo de autonomía de sus hijos, independientemente del género se va evidenciar la funcionalidad y dinámica familiar (Oliva y Parra, 2004).

Así mismo, se puede identificar que no se guarda una relación entre el estrato socioeconómico al que se pertenece con el nivel de cohesión familiar, ya que la mayoría de los participantes independientemente del estrato al que pertenezcan tienen una buena o muy buena cohesión familiar, siendo nula la percepción de una mala cohesión familiar. Aunque el factor de desigualdad social es determinante en las oportunidades de los adolescentes en el acceso a mejores estímulos sociales, no afecta directamente el funcionamiento familiar dado que el hogar aparece como una característica significativa y determinante en el estado de salud mental de los hijos, la interacción familiar permite que los hijos aprendan los valores y otro tipo de herramientas necesarias para un adecuado desarrollo; no siempre los estratos altos proporcionan las herramientas necesarias para que los adolescentes se desenvuelvan en el contexto de manera completa, dado que a veces aunque los padres cuentan con suficiente apoyo económico, les falta fortalecer los recursos psicológicos que permiten estimular el desarrollo social y emocional de los adolescentes (Tuñón, 2010).

De acuerdo a los análisis de los datos obtenidos se puede identificar que el tipo de familia que evidencia muy buena cohesión familiar, es el nuclear con un porcentaje de 73 %, así mismo los participantes de familias

de tipo extensiva y monoparental refieren un buen nivel de cohesión familiar, 70 % y 57,1 % respectivamente. Lo anterior da cuenta de que no hay una diferencia significativa en cuanto a la percepción de la dinámica familiar.

Sin discriminar el tipo de composición ya sea nuclear o extensiva, la familia es una institución encargada de propiciar la socialización primaria, por ende se asume como un escenario de encuentro social que contribuye a que cada sujeto que compone la familia se desarrolle de manera adecuada; El que exista una buena cohesión familiar permitirá un fuerte vínculo y una muy buena acogida, por medio de herramientas tales como la comunicación, la cual permite el intercambio de pensamientos, emociones y sentimientos. Aunque en una familia no siempre existe un equilibrio en cuanto a la comunicación asertiva debido a diferentes crisis que se pueden presentar, los periodos de cohesión y estabilidad siempre serán los que permitan fortalecer los vínculos familiares para que no se rompan ante cualquier dificultad (Gallego, 2012).

De acuerdo a lo anterior, el significado de la familia como un grupo dinámico y flexible en constante transformación, implica desarrollar la capacidad para adaptarse a las diversas situaciones debido a las influencias del contexto externo y a los cambios internos propios de la familia. Aquí la cohesión es fundamental ya que los padres en esta etapa establezcan acuerdos que permiten concretar y dialogar algunos cambios en cuanto a normas del hogar de tal forma que la familia supere de manera positiva dicha etapa (Uparela, Diomedis, Reza, Alzate, Carmona & Zapata, 2010).

Para Deater-Deckard (2004) las alteraciones en la conducta parental resultante de estrés se relacionan con problemas emocionales y cognitivos tales como la

depresión durante el desarrollo de los hijos; durante la adolescencia la familia influye sobre las características de los hijos y sus ajustes emocionales. Además, los problemas de comportamiento de los hijos también alteran el comportamiento y el equilibrio familiar.

Es indispensable que desde el ámbito interdisciplinar se logren proporcionar las herramientas necesarias desde la infancia para el desarrollo psicológico, biológico, social y cultural de los individuos; de esta forma se aportará en prevenir que el ambiente familiar pueda llevar al adolescente a verse inmerso en situaciones perjudiciales que conduzcan al padecimiento de síntomas depresivos. Igualmente, incluir el papel de la escuela como factor protector hacia el riesgo de presencia de depresión, por medio de una adecuada orientación que permita fortalecer la interacción padres e hijos.

A partir de estudios como este, se pueden derivar estudios posteriores donde se permita identificar las necesidades, pensamientos y percepciones de los jóvenes; además, permitirá elaborar o adecuar mecanismos de ayuda para intervenir en el mejoramiento y la calidad de vida de los adolescentes.

En cuanto a las limitaciones de este estudio, debemos señalar que se trata de un estudio transversal y que, por tanto, son precisos posteriores estudios longitudinales para poder desentrañar las relaciones de causalidad entre los factores sociales y la depresión.

Así mismo, cabe aclarar que se utilizaron instrumentos de tamizaje, por ende se hace necesario realizar evaluación psicológica completa de los adolescentes, debido a que en la inestabilidad emocional típica de la adolescencia por lo general hay presencia de síntomas

depresivos tales como sentimientos de tristeza o el desinterés por algunas cosas; sin embargo, estos síntomas desaparecen al culminar dicha etapa y no se constituyen en psicopatologías específicas. Las investigaciones sobre depresión en adolescentes concluyen que durante este período la presencia de sintomatología depresiva se ve manifiesta en frecuentes problemas, tensiones confusiones y fuertes cambios en el estado de ánimo; sin embargo, cuando la depresión se presenta durante la adolescencia, etapa en la cual hay grandes cambios personales, puede asociarse a otro tipo de trastornos tales como trastornos de ansiedad, comportamiento perturbador, trastornos alimenticios o abusos de sustancias (Paramo, 2011).

Referencias

- Aguilar, L. (2003). *Niños y niñas expuestos a violencia de género: una forma de maltrato infantil*. Recuperado de: http://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/VG_casomaltrato.pdf
- Alberdi, J., Taboada, O., Castro, C., & Vásquez, C. (2006). *Depresión. Guías Clínicas*. Recuperado de: <http://www.scamfyc.org/documentos/Depression%20Fisterra.pdf>
- Almonte, C., & Mont, M. (2013). *Sistema familiar y desarrollo psicosocial*. Psicopatología infantil y de la adolescencia. Santiago de Chile: Mediterráneo Ltda.
- Álvarez, M., Ramírez, B., Silva, A., Coffin, N., y Jiménez, M. (2009). La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9(2), 205-216.

- Barra, E., Cerna, R., Kramm, D., y Véliz, V. (2006). Healthproblems, stress, coping, depression and social support in adolescents. *Terapia psicológica, Sociedad Chilena de Psicología Clínica*, 24(1), 55-61.
- Cano, A., Salguero, J., Wood, C., y Dongil, E. (2012). La depresión en atención primaria: Prevalencia diagnóstica y tratamiento. *Papeles del psicólogo*, 33(1), 2-11.
- Chávez, G., Calderón, S., & Hidalgo, M. (2008). Funcionamiento familiar y estilos atribucionales en Estudiantes De Psicología. *Revista de Psicología*, 10(1), 111-124.
- Deater-Deckard, K. (2004). *Parenting Stress*. Cambridge: Yale University Press.
- Ferrel, F., Vélez, J., y Ferrel, L. (2014). Factores psicológicos en adolescentes escolarizados con bajo rendimiento académico: depresión y autoestima. *Revista Encuentros, Universidad Autónoma del Caribe*, 12(2), 35-47.
- Gallego, A. (2012). Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 35(2012).
- Gómez, Y. (2007). Cognición, emoción y sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(3), 435-447.
- Hernández, M. (2007). *Epidemiología: diseño y análisis de estudio*. México D.F.: Editorial Médica Panamericana.
- Mantilla, L., Sabalza, L., Díaz, L., y Campo-Arias, A. (2004). Prevalencia de sintomatología depresiva en niños y niñas escolares de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33(2), 163-171.
- Maya, J., Torres de Galvis, Y., Rodríguez, M., Lopera, J., Mejía, R., Murelle, L. y Montoya, L. (2000). *Estudio sobre consumo de sustancias psicoactivas y otros factores asociados con delincuencia juvenil*. CES. Medellín: Marín Vieco Ltda.
- Oliva, A., & Parra, A. (2004). Contexto familiar y desarrollo psicológico durante la adolescencia. En E. Arranz (Ed.), *Familia y desarrollo psicológico* (pp.96-123). Madrid: Prentice-Hall. Pearson Educación.
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Depression: A Global Crisis World Mental Health Day*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf
- Paramo, M. (2011). Factores de riesgo y Factores de protección en la adolescencia: Análisis de contenido a través de Grupos de Discusión. *Terapia psicológica*, 29(2), 85-95.
- Parra, H. (2005). *Relaciones que dan origen a la familia* (Tesis de grado). Universidad de Antioquia, Colombia.
- Quinde, L., & France, S. (2014). *Procesos familiares disfuncionales y su influencia en el desarrollo de estados depresivos en adolescentes*. Recuperado de <http://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/1686/1/QUINDE%20GONZALEZ-FRANCE%20JIMENEZ.pdf>

- Rodríguez, S. (2010). Relación entre nivel socioeconómico, apoyo social percibido, género y depresión en niños. *Revista de Psicología y Ciencias Afines, Interdisciplinaria*, 27(2), 267-270
- Seijo, D., Novo, M., Carracedo, S., y Fariña, F. (2009). Efectos de la ruptura de los progenitores en la salud física y psicoemocional de los hijos. *Revista Galega de Cooperación Científica Iberoamericana*, (19), 18-20.
- Toro, S., Cardona, M., Castro, C. (2010). *Depresión y su relación con el (género) sexo en un grupo de adolescentes de la localidad de Bosa*. Recuperado de <http://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/1749/131342.pdf?sequence=1>
- Tueros, R. (2004). *Cohesión y adaptabilidad familiar y su relación con el rendimiento académico*. Recuperado de [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2728/1/Tueros_cr\(1\).pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2728/1/Tueros_cr(1).pdf)
- Tuñón, L. (2010). Determinantes de las oportunidades de crianza y socialización en la niñez y en la adolescencia. *Rev. Latinoamericana Ciencias Sociales niñez juventud*, 8(2), 903-920.
- Uparela, B., Diomedis, L., Reza, Y., Alzate, Carmona., y Zapata, N. (2010). *Módulo dinámica familiar*. Recuperado de: <https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpcontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Medell%C3%ADn%20solidaria/Secciones/Publicaciones/Documentos/2011/Cartilla%20Modulo%20Familiar.pdf>
- Vargas, H. (2014). Tipo de familia y ansiedad y depresión. *Rev Med Hered*, 25, 57-59.
- Villalobos, F., y Ortiz, L. (2012). Características psicométricas de la escala CES-D en adolescentes de San Juan de Pasto (Colombia). *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30(2), 328-340.