



**UTPL**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE  
LOJA**

*La Universidad Católica de Loja*

**ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA**

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

TRABAJO DE TITULACIÓN

**Clima social familiar y su relación con la depresión  
en adolescentes de 15 a 17 años de edad de la ciudad de  
Loja**

**Autora:** Saca Aguilar, Ivannova Marianela

**Director:** Jiménez Gaona, Marco Antonio

Loja – Ecuador  
2021



*Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>*

2021

## **Aprobación del director del Trabajo de Titulación**

Loja, 25 de septiembre, 2021

Mgr.

Geovanny Eduardo Cuenca Puma.

**Coordinador de la Titulación de Psicología**

Ciudad. -

De mi consideración:

El presente Trabajo de Titulación denominado: Clima social familiar y su relación con la depresión en adolescentes de 15 a 17 años de edad de la ciudad de Loja, realizado por Ivannova Marianela Saca Aguilar, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo. Así mismo, doy fe que dicho Trabajo de Titulación ha sido revisado por la herramienta antiplagio institucional.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Marco Antonio Jiménez Gaona.

C.I: 1104414014

### **Declaración de autoría y cesión de derechos**

“Yo, Ivannova Marianela Saca Aguilar, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

- Ser autora del Trabajo de Titulación denominado: Clima social familiar y su relación con la depresión en adolescentes de 15 a 17 años de edad de la ciudad de Loja, de la Titulación de Psicología General, específicamente de los contenidos comprendidos en: Introducción, Capítulo 1. Marco Teórico de Adolescencia, Clima Social Familiar y Depresión, Capítulo 2. Metodología de la investigación, Capítulo 3. Análisis de resultados, Discusión, Conclusiones y Recomendaciones, siendo Marco Antonio Jiménez Gaona, director del presente trabajo; y, en tal virtud, eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones judiciales o administrativas, en relación a la propiedad intelectual. Además, ratifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo son de mi exclusiva responsabilidad.
- Que mi obra, producto de mis actividades académicas y de investigación, forma parte del patrimonio de la Universidad Técnica Particular de Loja, de conformidad con el artículo 20, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior; y, artículo 91 del Estatuto Orgánico de la UTP, que establece: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.
- Autorizo a la Universidad Técnica Particular de Loja para que pueda hacer uso de mi obra con fines netamente académicos, ya sea de forma impresa, digital y/o electrónica o por cualquier medio conocido o por conocerse, sirviendo el presente instrumento como la fe de mi completo consentimiento; y, para que sea ingresada al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública, en cumplimiento del artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma:

Autor: Ivannova Marianela Saca Aguilar.

C.I.: 1105917932

### **Dedicatoria**

El presente trabajo se lo dedico principalmente a mi familia, de manera especial a mis padres, quienes han sido mi principal apoyo y pilar a lo largo de este camino, sin ellos esto no sería posible, a mis hermanos, mi ejemplo a seguir de constancia y dedicación.

## **Agradecimiento**

Agradezco en primera instancia a Dios por sus infinitas bendiciones.

Agradezco a mis padres quienes han estado presentes desde el inicio, siendo un ejemplo de sabiduría, brindándome el amor más puro, a mi madre por su paciencia y cariño, a mi padre en el cielo por su apoyo y guía constante.

A mis hermanos por transmitirme su ejemplo de lucha y perseverancia.

A Raul por su cariño, apoyo incondicional y fortaleza.

A mis docentes por impartir su conocimiento y contribuir en mi formación académica, de manera especial a mi director de tesis Mgtr. Marco Jiménez, por su ayuda, tiempo y dedicación.

## Índice de contenidos

<b>Carátula.....</b>	<b>I</b>
<b>Aprobación del director del Trabajo de Titulación .....</b>	<b>II</b>
<b>Declaración de autoría y cesión de derechos .....</b>	<b>III</b>
<b>Dedicatoria.....</b>	<b>IV</b>
<b>Agradecimiento .....</b>	<b>V</b>
<b>Índice de contenidos .....</b>	<b>VI</b>
<b>Resumen.....</b>	<b>1</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>2</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>3</b>
<b>Capítulo uno .....</b>	<b>5</b>
<b>Marco teórico .....</b>	<b>5</b>
<b>1.1. Aproximación a una definición de adolescencia .....</b>	<b>5</b>
<b>1.1.1. Etapas de la adolescencia .....</b>	<b>6</b>
<b>1.1.2. Problemas de la adolescencia.....</b>	<b>9</b>
<b>1.2. Clima social familiar .....</b>	<b>10</b>
<b>1.2.1. Conceptualización de la familia .....</b>	<b>10</b>
<b>1.2.2. Tipos de familia .....</b>	<b>11</b>
<b>1.2.3. Función de la familia .....</b>	<b>13</b>
<b>1.2.4. Dinámica familiar .....</b>	<b>15</b>
<b>1.2.5. Conceptualización Clima social familiar:.....</b>	<b>16</b>
<b>1.2.6. Teoría del clima social de Moos: .....</b>	<b>18</b>
<b>1.3. Depresión.....</b>	<b>20</b>
<b>1.3.1. Conceptualización .....</b>	<b>20</b>
<b>1.3.2. Prevalencia .....</b>	<b>22</b>
<b>1.3.3. Comorbilidad .....</b>	<b>24</b>
<b>1.3.4. Tipología .....</b>	<b>25</b>
<b>1.3.5. Evaluación .....</b>	<b>28</b>
<b>1.3.6. Depresión en adolescentes .....</b>	<b>30</b>
<b>1.3.7. Factores asociados .....</b>	<b>32</b>
<b>1.3.8. Causas y consecuencias .....</b>	<b>35</b>
<b>Capítulo dos .....</b>	<b>37</b>
<b>Metodología.....</b>	<b>37</b>
<b>2.1. Objetivos .....</b>	<b>37</b>
<b>2.2. Variables de estudio.....</b>	<b>37</b>

2.3.	Preguntas de investigación .....	37
2.4.	Diseño de investigación.....	37
2.5.	Población y muestra .....	38
2.6.	Instrumentos de investigación.....	41
2.7.	Procedimiento .....	43
2.8.	Análisis de datos.....	44
2.9.	Evaluación ética .....	45
2.10.	Recursos .....	45
2.10.1.	Humanos.....	45
Capítulo tres .....		47
3.1.	Análisis de datos.....	47
3.1.1.	Análisis descriptivos .....	47
3.1.2.	Análisis correlacionales.....	50
3.2.	Discusión .....	56
Conclusiones .....		62
Recomendaciones .....		64
Referencias.....		65
Apéndice.....		78

### Índice de Tablas

Tabla 1	<i>Etapas de la adolescencia</i> .....	7
Tabla 2	<i>Tipos de familia</i> .....	11
Tabla 3	<i>Conceptualizaciones de depresión</i> .....	21
Tabla 4	<i>Instrumentos para evaluar la depresión</i> .....	29
Tabla 5	<i>Factores de riesgo asociados a la depresión</i> .....	32
Tabla 6	<i>Características sociodemográficas de los adolescentes</i> .....	39
Tabla 7	<i>Encuesta datos sociodemográficos</i> .....	41
Tabla 8	<i>Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)</i> .....	42
Tabla 9	<i>Escala de Clima Social Familiar (FES)</i> .....	42
Tabla 10	<i>Resultados de Depresión</i> .....	47
Tabla 11	<i>Descripción de Niveles de depresión</i> .....	47
Tabla 12	<i>Descripción de la Escala de Clima Social Familiar</i> .....	48
Tabla 13	<i>Subdimensiones de la Escala de Clima Social Familiar.</i> .....	49
Tabla 14	<i>Correlación entre Clima Social Familiar y Depresión</i> .....	50
Tabla 15	<i>Correlación entre Clima Social Familiar y Niveles de Depresión</i> .....	50
Tabla 16	<i>Correlación entre Dimensiones de Clima Social Familiar y Depresión</i>	51

<b>Tabla 17</b> Correlación entre Subdimensiones de Clima Social Familiar y Depresión. ....	52
<b>Tabla 18</b> <i>Correlación entre Clima Social Familiar y Sintomatología Depresiva n=92</i> .....	52
<b>Tabla 19</b> <i>Correlación entre Dimensiones de Clima Social Familiar y Sintomatología Depresiva n=92</i> .....	53
<b>Tabla 20</b> <i>Correlación entre Subdimensiones de Clima Social Familiar y Sintomatología Depresiva n=92</i> .....	54
<b>Tabla 21</b> <i>Correlación entre Clima Social Familiar y Ausencia de Depresión n=108</i> .....	54
<b>Tabla 22</b> <i>Correlación entre Dimensiones de Clima Social Familiar y Ausencia de Depresión n=108</i> .....	55
<b>Tabla 23</b> <i>Correlación entre Subdimensiones Clima Social Familiar y Ausencia de Depresión n=108</i> .....	55

## Resumen

El objetivo de la presente investigación fue identificar la relación entre clima social familiar con la depresión en adolescentes de 15 a 17 años de edad de la ciudad de Loja. La muestra de estudio estuvo conformada por 200 estudiantes de varias Unidades Educativas de la ciudad de Loja, los datos fueron previamente levantados, para esto, se aplicaron los siguientes instrumentos: Encuesta de datos sociodemográficos Ad-Hoc, Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y la Escala de Clima Social Familiar (FES). El diseño de investigación es de tipo transversal, exploratorio, descriptivo con alcance correlacional y enfoque cuantitativo. A partir de los resultados se evidenció que, el 46% de los participantes manifestó al menos algún síntoma de depresión, con respecto a la variable de Clima Social Familiar los evaluados presentaron un nivel Medio (66,5%). Finalmente, se observó una relación estadísticamente significativa entre la variable independiente Clima Social Familiar y la variable dependiente Depresión ( $r=-,358^{**}$ ), por lo tanto, a medida que se elevan los niveles de Clima Social Familiar menor es la presencia de sintomatología depresiva y viceversa.

*Palabras clave:* Clima Social familiar, depresión, adolescencia.

### **Abstract**

The objective of this research was to define the relationship between the family social climate and the depression suffered by adolescents aged 15 to 17 years, in the city of Loja.

200 students belonging to various Educational Units made up the study sample.

To carry out the data collection, these instruments were applied: The Ad-Hoc Sociodemographic Data Survey, Beck II Depression Inventory (BDI-II) and the Family Environment Scale (FES). The research design is cross-sectional, exploratory, descriptive with a correlational scope and a quantitative approach.

After the results, it is evident that, 46% manifested at least some symptoms of depression, with respect to the Family Social Climate variable, those evaluated presented a medium level (66,5%). Finally, a statistically revealing relationship was identified between the independent variable Family Social Climate and the dependent variable Depression ( $r = -.358^{**}$ ), that is why, if the levels of Family Social Climate rise, the presence of depressive symptomatology decrease and vice versa.

*Keywords:* Family Social Climate, depression, adolescence.

## Introducción

La depresión es considerada una problemática de salud pública y una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2020), se calcula que afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo, plantea también que, la depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana.

Además, la depresión se manifiesta análogamente en población adolescente y adulta, sin embargo, en la adolescencia existen niveles mayores de “destruccion” como consecuencia de la patología (García, 2009).

En Ecuador según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC] (2017) indica que de las personas atendidas por depresión en el año 2015, el 12,07% fueron adolescentes; y en cuanto a la Zona 7 del país conformada por las provincias de El Oro, Loja y Zamora Chinchipe, Ordoñez et al. (2017) evidenciaron que, el 55,9% de adolescentes entre 15 y 19 años de edad, manifiesta esta patología, lo cual resalta la importancia del estudio de esta patología a nivel de nuestro país, dado que, existe un alto número de personas con este problema. Por otra parte, se hace necesario mencionar la relación de la depresión con variables importantes que están asociadas a la vida de un adolescente, tal como el clima social familiar, siendo así que, Luebbe & Bell (2014) evidenciaron en sus resultados que, el clima familiar negativo o en niveles bajos se relacionó con un aumento de los síntomas de depresión y viceversa.

Hasta el momento se cuenta con literatura que ha permitido relacionar la depresión en adolescentes con el Clima Social Familiar, asimismo, la prevalencia de depresión en jóvenes permite plantear la importancia de estudiar esta problemática en relación a varios factores. Sin embargo, existen pocas investigaciones realizadas a nivel de Latinoamérica y del país, lo que ha llevado a considerar el estudio del clima social familiar como un factor importante que se encuentra asociado al desarrollo de algún tipo de desajuste a nivel

emocional como es la depresión, esto aplicado a una población adolescente. Es así que la investigación aportará datos locales sobre la relación de estas dos variables. De igual manera, se considera relevante la investigación de la depresión y su relación con el Clima Social Familiar ya que, esta última puede actuar como factor de protector o de riesgo dependiendo al grado en que se presente, en este sentido, Klasen et al. (2015) refiere que, los síntomas de la patología pueden ser atenuados por un clima familiar positivo, mientras que, Wood (2006) alude que el clima familiar negativo o bajo contribuye a los síntomas depresivos de los adolescentes.

Es por ello, que, para el cumplimiento de los objetivos, la metodología que se utilizó fue de tipo descriptiva con alcance correlacional y un enfoque cuantitativo, lo cual permite describir y conocer la asociación entre las variables utilizando el análisis correlacional de Pearson, a través del programa estadístico SPSS versión 25, cabe destacar que, la muestra objeto de estudio fue de 200 estudiantes entre 15 y 17 años de edad pertenecientes a varias Unidades Educativas de la ciudad de Loja.

Este trabajo de titulación está constituido por 3 capítulos, el primero comprende el marco teórico y abarca el apartado de Adolescencia con su definición, etapas, los cambios que se producen en el desarrollo y se consideran los problemas propios de esta edad, seguido de Clima Social Familiar, que contiene conceptualizaciones básicas y la teoría propuesta por el autor Moos, se describe también el apartado de Depresión con las respectivas definiciones, tipología, prevalencia, comorbilidad, relación con la adolescencia y factores de protección y riesgo. En el segundo capítulo se presenta la metodología de investigación utilizada, junto a la descripción de la población y muestra de estudio, con los criterios de inclusión y exclusión, también se detallan los instrumentos de recolección de datos, el procedimiento y análisis de datos. El tercer capítulo incluye los resultados obtenidos con el análisis pertinente tanto descriptivo como correlacional, seguido de la discusión en base a los resultados y finalizando con conclusiones y recomendaciones.

## Capítulo uno

### Marco teórico

#### 1.1. Aproximación a una definición de adolescencia

El presente capítulo se centra en la población de estudio, en este caso la adolescencia, es así que iniciaremos tomando la definición que ofrece la Organización Mundial de la salud (OMS, s.f.), la cual afirma que la adolescencia es un periodo de desarrollo y crecimiento humano produciéndose después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años de edad.

La afirmación anterior coincide con Ceballos (2013) quien define la adolescencia como una etapa más del desarrollo de la persona, siendo esta el paso de la infancia a la edad adulta, considerándola un período de transición entre dos realidades muy diferentes y alejadas entre sí. Cabe destacar que, a lo largo de este período, según Moreno Fernández (2015) se modifican la estructura corporal, los pensamientos, la identidad y las relaciones que se mantiene con la familia y la sociedad, esta transición transcurre entre los 11-12 años y los 18-20 años aproximadamente.

En este mismo contexto, respecto a la edad y los cambios que representa la etapa de adolescencia Papalia et al. (2012) reafirman que la adolescencia abarca aproximadamente una edad entre los 11 y 19 o 20 años. Evidentemente la transición de la niñez a la adultez se caracteriza por un largo periodo del desarrollo que involucra cambios físicos, cognoscitivos, emocionales y sociales, adoptando distintas formas en diferentes escenarios tanto sociales, culturales y económicos, si bien es cierto, un cambio físico importante es el inicio de la pubertad, que conlleva a la madurez sexual o fertilidad, es decir, la capacidad para reproducirse.

Continuando con los cambios físicos que se producen en la adolescencia, para Oquendo Madriz (2019) son prácticamente universales; sin embargo, la duración y las

características de este período podrían variar a lo largo del tiempo, diferir entre culturas, y depender del desarrollo socioeconómico. En este sentido, Conger & Petersen (1984) manifiestan que la adolescencia empieza en la biología y termina en la cultura, en otras palabras, la adolescencia parte de la pubertad y se construye a través de la cultura y sociedad.

Por lo tanto, partiendo de los supuestos anteriores, se puede definir a la adolescencia como un período de transición en la vida de una persona posterior a la niñez, siendo esta una fase de cambios importantes para el individuo, el cual trata de descubrir su propia identidad y formar su personalidad, así pues, su edad de comienzo puede variar, dependiendo del autor, algunos mencionan que puede empezar entre los 10 y 11 años y terminar entre los 19 y 20 años, considerándose una etapa importante que da comienzo a la edad adulta.

#### **1.1.1. Etapas de la adolescencia**

El intervalo temporal que corresponde a la adolescencia ha generado la necesidad de establecer tres etapas; adolescencia temprana, media y tardía. (Moreno Fernández, 2015).

Por su parte Cabezuela y Frontera (2010) definen estas etapas de la siguiente manera:

**1.1.1.1. Adolescencia temprana.** Aún es más niño que adolescente, se aprecia una fase de incertidumbre, donde los cambios físicos todavía no son notorios y puede que su identidad sexual sea insegura.

**1.1.1.2. Adolescencia media.** Esta etapa es considerada una época de crisis que se da aproximadamente dos o tres años después del comienzo de la adolescencia, además, es un período de cambio y revolución en el cuerpo y psique del adolescente, donde defiende su intimidad y sexualidad.

**1.1.1.3. Adolescencia tardía.** Es la tercera y última etapa, es aquí donde la psique del adolescente se encuentra en reposo, ya que el adolescente está próximo a ser un adulto, tiene su personalidad casi formada, siendo un periodo importante para la persona, en donde se constituyen de forma casi definitiva sus valores y prioridades.

Además, la presente investigación se ha desarrollado en una población de adolescencia media, la misma que abarca una edad aproximada entre 13 a 17 años de edad, esto se puede ver reflejado a continuación en la Tabla 1, la cual presenta la descripción de las etapas de la adolescencia y los cambios o fases en el desarrollo físico, psicológico y social:

**Tabla 1**

*Etapas de la adolescencia*

	<b>Adolescencia temprana</b>	<b>Adolescencia media</b>	<b>Adolescencia tardía</b>
<b>Edad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Abarca aproximadamente entre los 10-13 años.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Transcurre entre los 13 y 17 años.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comprende entre los 17 y 23 años.</li> </ul>
<b>Desarrollo físico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Crecimiento somático rápido junto a la aparición de los caracteres sexuales secundarios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El crecimiento y la maduración sexual está prácticamente finalizada.</li> <li>Se ha adquirido alrededor del 95% de la talla adulta, cambios más lentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El crecimiento ha finalizado y los adolescentes ya son físicamente maduros.</li> </ul>
<b>Desarrollo psicológico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La capacidad de pensamiento es totalmente concreta</li> <li>Labilidad emocional y fluctuaciones en el estado del ánimo.</li> <li>Se presenta el egocentrismo, el cual disminuye progresivamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aumenta el nuevo sentido de individualidad.</li> <li>Tendencia al aislamiento.</li> <li>Capacidad de examinar los pensamientos de los demás y preocuparse por otros.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Normalmente la autoimagen ya no está definida por los pares.</li> <li>Existe conciencia de los límites y propias limitaciones.</li> <li>Búsqueda de vocación.</li> <li>Aumenta el control de impulsos.</li> </ul>

*Nota.* Adaptado de Moreno Fernández (2015); Gaete (2015); Casas y Ceñal (2005).

En conclusión, respecto a la Tabla 1. la adolescencia está dividida en tres etapas, las cuales son adolescencia temprana, media y tardía, en donde los jóvenes sufren cambios a nivel físico, psicológico y social, estos permiten que en este ciclo de transición desde el inicio de la adolescencia que se producen lo más notorio, cambios físicos, el adolescente madure

y se convierta en un adulto alcanzando la autonomía con un mayor desarrollo psicológico y social.

De igual manera, Vicario & Gonzáles (2014) señalan que la adolescencia es un periodo de la vida con intensos cambios en el desarrollo del individuo, algunos autores los describen de la siguiente manera:

**1.1.1.4. Desarrollo físico.** Lillo Espinosa (2004) establece que estos cambios se pueden concretar en dos ámbitos; primero los cambios anatómico-estructurales que consisten en los desarrollos de los caracteres sexuales secundarios, tales como el tamaño, adquisición de masa muscular, ósea, etc. Y en segunda instancia los cambios funcionales donde se desarrolla la capacidad de procrear, de reproducción, iniciándose con la aparición del período menstrual y la primera emisión seminal. Estos cambios surgen a lo largo de varios años, en una secuencia que conducirá a la madurez tanto física como sexual, estos cambios no los vivirán todos los adolescentes en el mismo momento ni significara lo mismo para todos. (Moreno Fernández, 2015)

**1.1.1.5. Desarrollo psicológico.** Los adolescentes tienen consciencia plena de los cambios que han experimentado, por lo que tienen que adaptarse psicológicamente a ellos, tanto para los cambios que ocurren en sí mismos, como para las variaciones que se producen en el grupo de sus iguales. (Ryan y Hargreaves, 2014)

**1.1.1.6. Desarrollo social.** De acuerdo con Méndez (2009) en el aspecto social surge un mayor interés por el grupo de iguales. La familia de origen, pasa a un segundo plano, ya que, el adolescente necesita la inclusión en un grupo social con sus pares, quienes brindaran el apoyo más significativo, además, se acentúa el interés por las relaciones sexuales y aparecen las primeras relaciones de pareja.

Por consiguiente, la adolescencia comprende en sí, un período de cambios, en su mayoría los cambios psicológicos se suelen presentar como consecuencia de todos los cambios físicos que experimenta la persona, por tal motivo, las amistades empiezan a tomar

relevancia al encontrarse pasando por esta misma transición, buscando así, alejarse del núcleo familiar y trayendo consigo distintos problemas y conflictos.

### **1.1.2. Problemas de la adolescencia**

En relación a los problemas de la adolescencia Mosso (2010) sugiere que, la problemática del adolescente empieza con los diferentes cambios corporales que se presentan, iniciando con el establecimiento de su rol, por lo que busca definir su identidad adulta, apoyándose en las relaciones con personas en su entorno, verificando la realidad que el medio social le ofrece, continuando con cambios psicológicos que conllevan a establecer una nueva relación con sus padres y el mundo.

Con respecto al desarrollo del adolescente, es de vital importancia considerar el impacto que se genera en este proceso, a continuación, se presentan autores que se han enfocado en el estudio de distintas problemáticas en la adolescencia como el establecimiento del rol, consumo de sustancias, bullying, alteraciones en la salud mental, etc.

En cuanto al consumo de sustancias, Rosabal et al. (2016) afirman que en la adolescencia uno de los comportamientos de riesgo más preocupantes hacia la salud es el consumo de drogas. Por otro lado, uno de los principales factores de riesgo es la baja percepción de peligro que tienen los y las adolescentes acerca de estas conductas (Pons & Buelga, 2011).

En relación al bullying, Paredes (2018) realizó un estudio en el que muestra cifras alarmantes de un 49% de adolescentes que admiten ser acosados, en base a esto, menciona que el bullying es un problema de actualidad, que muchas veces es subvalorado e ignorado en especial por el sistema de salud.

Haciendo referencia a alteraciones en la salud mental del adolescente, Lillo Espinosa (2004) menciona que, la adolescencia es la etapa de la vida que, por sus características de crisis del desarrollo, presenta un mayor riesgo de trastornos en múltiples áreas, haciéndola susceptible de manifestaciones patológicas. Del mismo modo, Gaete (2010) refiere que

actualmente cada vez más adolescentes presentan problemas de salud que comprenden un alto impacto en su bienestar y desarrollo. En tal sentido, Torrel y Delgado (2016) sostienen que en esta etapa la persona atraviesa una serie de cambios, lo que predispone a variaciones constantes de conducta, entre ellos: la agresividad, depresión, ansiedad y aislamiento. Algo semejante presenta Izcovich (2017), quien sugiere que muchas de las problemáticas pueden tener su origen en los vínculos, es decir, en muchos casos es la familia quien participa de las causas de lo que le ocurre al adolescente, volviendo más complicada la situación.

Resulta evidente, que la adolescencia es una etapa de vulnerabilidad, la cual puede llevar a la persona a presentar varias problemáticas, a causa de los diferentes cambios por los que atraviesa el adolescente, cambios físicos, psicológicos y sociales, no obstante, se corrobora que muchos de estos problemas se asocian o tienen su origen en el entorno familiar.

## **1.2. Clima social familiar**

En el presente apartado se abordará la variable de clima social familiar, para esto, es conveniente analizar a la familia como aspecto nuclear, a razón de profundizar en la variable de estudio posteriormente.

### **1.2.1. Conceptualización de la familia**

Es así que, se ha tomado el concepto de Minuchin et al. (1984) sobre la familia, la cual se refiere a un grupo natural que a través del tiempo ha creado pautas de interacción que constituyen la estructura familiar, las mismas que rigen el funcionamiento de los miembros de la familia, definen sus conductas y facilitan su interacción recíproca. Por su parte, Perpiñán (2009), desde el punto de vista sociológico define a una familia como un sistema de organización social por el cual la sociedad proporciona respuesta a las necesidades de sus individuos. Es así como según Omaña & Contreras (2018), se ha logrado catalogar a la familia como núcleo de la sociedad, dando relevancia al estudio e investigación del clima social familiar.

En síntesis, la familia es un conjunto de personas que están unidas por un vínculo o lazos, la cual debe brindar a sus miembros seguridad y satisfacer sus necesidades, es aquí donde se inculcan valores, se aprende el cuidado y la protección, contemplándose como el núcleo básico de la sociedad.

### 1.2.2. *Tipos de familia*

A continuación, también se analizarán los distintos tipos de familia, los cuales a lo largo del tiempo y dependiendo de cada cultura se han venido consolidando. Se evidencian los tipos de familia con sus características en la Tabla 2 a continuación:

**Tabla 2**

*Tipos de familia*

<b>Tipo de familia</b>	<b>Definición</b>
<b>Familia conyugal o nuclear</b>	Es la unidad familiar básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia. La misma que por su extensión en las sociedades modernas se generaliza como la ideal, incluso se considera que el hecho de crecer en una familia nuclear está asociado con beneficios para los niños esto por la estabilidad emocional brindada.
<b>Cohabitación</b>	Se trata de la unión de pareja por lazos afectivos, pero sin un vínculo legal de matrimonio, también es denominada como pareja de hecho y actualmente las parejas suelen optar por este tipo de unión antes del matrimonio, en ocasiones son menos estables que los matrimonios.
<b>Familias uniparentales o monoparentales</b>	Puede tener diversos orígenes, esto por distintas causas, puede ser porque los padres se han divorciado, porque existe abandono o la decisión de no vivir juntos y así los hijos viven con solo uno de los padres, puede ser familia de madre o padre soltera/o, y, por último, una de las causas que dan origen a la familia de tipo monoparental es el fallecimiento de uno de los cónyuges. Este tipo de familia es cada vez más frecuente en las sociedades modernas.

Tabla 2 (continuación)

Tipo de familia	Definición
<b>Familia compuesta</b>	Es la familia que habitualmente se constituye e incluye tres generaciones como abuelos, padres e hijos que viven juntos formando un hogar.
<b>Familia extensa</b>	Además de la convivencia de tres generaciones, se suman otros parientes consanguíneos o afines como, tíos, tías, primos o sobrinos que viven en el mismo hogar, componiéndose de más de una unidad nuclear, las estructuras que presentan este tipo de familia, se pueden definir como las que ponen de relieve una línea de descendencia.
<b>Familia troncal</b>	De acuerdo a la formulación básica de la familia troncal uno de los hijos o hijas se casa y continúa viviendo junto a sus padres, mientras que todos los demás hijos cuando se casan forman o ingresan a otros sistemas familiares, o establecen su propio sistema familiar, formando lo que se conoce como ramas familiares.
<b>Familia reorganizada, (o reconstruida)</b>	Este tipo de familia se caracteriza por un sistema con miembros que vienen de otros matrimonios, además es la cohabitación de personas que han tenido hijos con otras parejas. Si bien es cierto, la llegada de una nueva pareja al hogar puede ocasionar algunos conflictos.

*Nota,* Adaptado de Castillo (2008), López et al. (2008), Organización de Naciones Unidas [ONU] (1994, como se citó en Rosales y Espinosa, 2012), Valdés Cuervo (2007).

Respecto a la Tabla 2, se puede concluir que en la actualidad se identifican distintos tipos de familia según algunos autores, sin embargo, se han descrito a consideración propia los más importantes y que comúnmente se observan en las familias modernas, estableciéndose a la familia monoparental como una de las más comunes actualmente.

Por su parte, Valdés Cuervo (2007), menciona que en la actualidad no existe un modelo único de familia, pues este concepto se encuentra ligado a conceptos de transformación que las sociedades actuales construyen, siendo la familia nuclear o conyugal el tipo de familia considerada ideal, al respecto, Golombok (2016) afirma que, el mejor entorno para la crianza de los niños es con este tipo de familia, por lo que se asume que mientras más se desvíe una familia de esta norma tradicional mayores son los riesgos psicológicos para los niños.

En relación con este apartado, se puede concluir que a lo largo de los años se han venido consolidando distintos tipos de familias, no obstante, ninguna familia es igual a la otra, no se debe considerar el modelo tradicional como el único válido, puesto que, se observan tipos de familias que no están construidas bajo la figura del matrimonio, sin embargo, es su funcionalidad, la necesaria para que sus miembros puedan crecer y desarrollarse sanamente.

### **1.2.3. Función de la familia**

Resulta de vital importancia abordar las funciones que tienen que cumplir las familias, para un correcto desarrollo de la persona en todos los ámbitos.

En este sentido, Cataldo (1991), establece cuatro grandes funciones:

**Funciones relacionadas con el cuidado, sustento y protección de los hijos.** Se trata de funciones que dan comienzo en la época prenatal, refiriéndose a los cuidados por parte de la madre y la preparación del ambiente familiar en el que la persona se desarrollará, los cuales son derechos básicos del niño como ciudadano.

**Socialización del niño en relación con los valores y roles adaptados por la familia.** Lo ideal es que la familia sea la encargada de transmitir a sus miembros más jóvenes las normas culturales de una sociedad, así como los derechos y responsabilidades, para que ellos puedan reflejarlos en sus conductas, si se producen conflictos entre los valores transmitidos en la familia, comúnmente la socialización se vuelve conflictiva y confusa causando desajustes a largo plazo.

**Respaldar y controlar el desarrollo del niño como alumno ofreciéndole preparación para la escolarización.:** Durante la infancia son los padres quienes contribuyen a la adquisición de diversas actitudes, capacidades, conocimientos, hábitos, además informan y orientan a sus hijos en el proceso de escolaridad y en las transacciones que se producen durante esta etapa.

**La familia está constituida como un factor fundamental en los procesos de llegar a ser persona emocionalmente sana:** Los padres ayudan a los hijos para que

aprendan valores, actitudes e información, logrando mantener su herencia, cultura y estilo de vida, por ello es importante desarrollar sus cualidades humanas y actitudes dentro de la cultura.

En contraste con lo mencionado anteriormente, Castillo (2008), propone que la importancia de las funciones familiares radica en el modo de responder hacia las necesidades humanas fundamentales, tanto de forma individual como colectiva, entre ellas se encuentran:

- Necesidades básicas.
- Necesidad de amor y seguridad emocional, generalmente la familia debe ofrecer calidez, lealtad, preocupación por los demás miembros, voluntad para sacrificar ciertas cosas en beneficio de los otros, etc.
- Necesidad de regular el comportamiento sexual: Las sociedades en general ponen un límite al comportamiento sexual de sus miembros.
- Necesidad de producir nuevas generaciones, esto produce que a su vez la familia pueda satisfacer la necesidad de socialización entre sus miembros.
- Necesidad de proteger a los jóvenes y a personas con alguna discapacidad.
- Necesidad de situar a las personas en un orden social.

Una visión similar es la que presenta Perpiñan (2009) quien define tres funciones principales en el ámbito familiar:

**Asegurar la supervivencia:** La familia es considerada una estructura social de primer orden, por lo tanto, se le otorga el papel de satisfacer las necesidades primarias de los miembros, tales como la alimentación, sueño, vestimenta, educación, un crecimiento sano y la socialización en su medio.

**Aportar un clima de afecto y apoyo estable:** el mismo que pueda verse como punto de referencia psicológico, contando con un esquema de valores que construyan una moral autónoma, para la correcta adaptación de la persona, siendo este clima afectivo necesario para afrontar situaciones de estrés, además, de ser clave en el aprendizaje

de la comunicación, es así como una relación sana y equilibrada entre los miembros, ofrece comúnmente al niño experimentar sus relaciones con otras personas, generalizando sus estrategias aprendidas de comunicación desde el entorno familiar reducido, hacia otros entornos más amplios.

**Aportar la estimulación necesaria para optimizar las capacidades de sus miembros a través de la estructuración del ambiente y de la interacción:** Es la familia quien continuamente define ciertas situaciones de aprendizaje, por ejemplo, a la hora de la comida, del juego, del baño, son los padres quienes interactúan con sus hijos y de esta manera potencian sus capacidades, dando respuesta a las distintas necesidades terciarias de los individuos, que son: necesidades de exploración, estimulación sensorial de aprendizaje y autocontrol del desarrollo sobre las propias capacidades, desarrollándose también a partir de la interrelación de los miembros de la familia.

A partir de lo expresado por los autores antes citados, se puede apreciar que, en general los miembros de la familia tienen necesidades básicas que deben ser cubiertas, por lo tanto, son los padres, o las personas a cargo de la familia quienes se aseguran de cubrir estas necesidades, asumiendo responsabilidades y compromisos, por ende, las familias cumplen funciones biológicas, psicológicas y emocionales, sociales, educativas, económicas y morales. Es el entorno familiar el que ejerce mayor influencia en el desarrollo de la persona, motivando y condicionando a sus miembros.

#### **1.2.4. *Dinámica familiar***

Otro elemento importante es la dinámica con la que los miembros de la familia cuentan, es por eso, que algunos autores señalan aspectos básicos para comprender su importancia.

En tal sentido, Minuchin y Fishman (1985, como se citó en Viveros Chavarría y Vergara Medina, 2019), sostienen que las dinámicas familiares, a diferencia de la estructura

familiar, son cambiantes e inconstantes, refiriéndose al hecho de que las dinámicas de grupo son necesarias para adaptarse y hacer frente a los constantes y diversos cambios a los que se enfrentan en la trayectoria de la vida; dado que la respuesta no será la misma, se presentarán acciones más bien diferentes para cada situación.

Viveros Chavarría y Vergara Medina (2019), concuerdan con la afirmación anterior ya que conceptualizan la dinámica familiar como el clima en que se relacionan los integrantes de la familia, así, la idea de dinámica familiar, se basa de igual manera en el cambio constante que la familia utiliza para ajustarse a las dificultades que enfrenta, inventando diferentes mecanismos para cada situación, es decir, generando ideas que les permitan tomar decisiones para las adversidades presentadas a diario. Al respecto, Gallego (2012) afirma que es crucial que todos los miembros de la familia conozcan e internalicen su rol dentro del núcleo familiar, lo que les facilita adaptarse a la dinámica interna de su grupo.

Es importante recalcar que durante la etapa adolescencia la comunicación y la cohesión toman relevancia en la dinámica familiar, considerándose como uno de los recursos principales en el momento de enfrentarse ante un conflicto intrafamiliar, así la dinámica familiar juega un papel importante en la familia, en especial cuando el adolescente se encuentra pasando por un periodo transición y vulnerabilidad que lo colocan en situaciones riesgosas. (Santiago y Torres, 2019)

La dinámica familiar es entendida como una interacción o relación que existe entre los miembros que componen una familia y que conviven a diario, por lo que, cada familia tiene una forma particular de actuar y relacionarse, esto va influir en su funcionamiento armónico, al mismo tiempo que favorecerá al desarrollo saludable de sus integrantes.

#### **1.2.5. Conceptualización clima social familiar:**

Después de haber abordado aspectos cruciales relacionados a la familia, es conveniente enfatizar en el presente apartado sobre la variable de estudio, el clima familiar, entendido como la forma en que los miembros de la familia perciben el ambiente en el que se

encuentran y cómo actúan en el mismo. El clima familiar tiene una connotación emocional y educativa muy relevante, ya que permite el proceso de desarrollo de habilidades sociales en los niños a partir de diversos mecanismos y estrategias, donde el entorno que se desarrolla en el niño juega un papel fundamental. (Moos et al., 1984, como se citó en Oseda Gago et al., 2020)

En este sentido, Andrade y Gonzales (2020) consideran que es una condición emergente derivada de las interrelaciones de los miembros de la familia con otros sujetos, grupos e instituciones, es de estos procesos que surgen percepciones e ideas acerca de sí mismos y de las interacciones que se tiene con los otros. El clima familiar es de vital importancia, para disponer de una correcta relación intra e interpersonal con el entorno. (Pi Osoria & Cobián Mena, 2016)

Además, Herke et al. (2020) mencionan que el clima familiar se refiere a las relaciones interpersonales dentro de la familia, igualmente, García Barthe (2010) concuerda con este punto de vista, señalando que el clima social familiar se relaciona con las interacciones que los padres desarrollan con los hijos dentro del hogar, las mismas que pueden variar en calidad y cantidad según sea el caso, siendo el tipo de interacción familiar que utilizan desde edades tempranas, lo que influye en las distintas etapas de la vida, evolución y desarrollo de los niños y adolescentes.

Se puede señalar también que, el clima familiar es uno de los factores más importantes en la adaptación psicosocial de los integrantes del núcleo familiar, pues tiene un impacto significativo en su comportamiento y desarrollo social, físico, emocional y desarrollo intelectual de los niños, asimismo, es esencial en la cohesión afectiva entre padres e hijos, potenciando un ajuste integral de la persona. (Moreno et al., 2009)

Para concluir, el clima social familiar es el estado de interacción percibido por los integrantes de la familia y su relación, por lo tanto, juega un papel importante y fundamental en el desarrollo de cada miembro de la familia en diferentes ámbitos, reiterando que un clima

familiar positivo contribuye al ajuste integral de la persona en especial en las etapas de niñez y adolescencia.

#### **1.2.6. Teoría del clima social de Moos:**

En la literatura existen distintas teorías sobre el Clima Social Familiar, sin embargo, para el presente trabajo de investigación se ha tomado la teoría del clima social familiar de Moos.

Según Moos y Trickett (1993), el clima social familiar se forma a partir de las características socio-ambientales de la familia, las cuales se relacionan básicamente con tres elementos: (a) La interacción entre los miembros y con otros externos, (b) aspectos relacionados con el desarrollo familiar y (c) la estructura básica de la familia.

Consiguientemente, Moos et al. (1989) plantean una escala que tiene como fin evaluar la dinámica familiar, la Escala de Clima Social de la Familia (FES), la misma que aprecia las características socio-ambientales relacionadas con los elementos mencionados anteriormente, construyendo una versión de la escala adaptada, formada por 90 elementos, que están agrupados en 10 subescalas, basadas en tres dimensiones fundamentales las cuales son:

**Relaciones.** Esta dimensión se trata de una medida que evalúa el grado de libertad de expresión o comunicación en la familia y el grado de interacción conflictiva que la caracteriza, la misma se compone de 3 subescalas:

**Cohesión (CO):** Es el Grado en que los miembros de la familia están unidos, se ayudan y apoyan entre ellos.

**Expresividad (EX):** Hace referencia al grado en que se permiten y se animan a los miembros de la familia a actuar de forma libre, expresando directamente sus sentimientos.

**Conflicto (CT):** Se refiere al grado en que expresan libre y abiertamente la cólera o ira, agresividad y conflicto entre los integrantes de la familia.

**Desarrollo.** Evalúa la importancia de ciertos procesos de desarrollo en la familia que la convivencia puede promover o no. Esta dimensión incluye las subescalas de:

Autonomía (AU): Grado en que los miembros de la familia se sienten seguros de sí mismos, además son autosuficientes y pueden tomar propias decisiones.

Actuación (AC): Es el grado en que las actividades puede ser la escuela o el trabajo, se encuentran orientadas a la acción.

Intelectual – Cultural (IC): Se refiere al grado de interés que tienen los integrantes de la familia en las actividades políticas, sociales, intelectuales y culturales.

Social – Recreativa (SR): Grado de participación en este tipo de actividades sociales o de recreación.

Moralidad- Religiosidad (MR): Es la importancia que se le da a las prácticas y valores de tipo ético y religioso.

**Estabilidad.** Nos ofrece información sobre la estructura y organización del núcleo familiar y la medida en que los miembros de la familia tienden a utilizar o ejercer control sobre otros. Conformada por 2 subescalas:

Organización: (OR): Se refiere a la importancia que se da a una organización clara y estructura al planificar las distintas actividades y responsabilidades de la familia.

Control (CN): Es el grado en que la dirección de la vida familiar se rige a reglas, normas y procedimientos ya establecidos.

Finalmente, el presente apartado se centra en la teoría del Clima Social Familiar de Rudolf H Moos y colaboradores, misma que sitúa sus bases teóricas en la psicología del ambiente, la cual toma en cuenta tres dimensiones o atributos afectivos que son; relaciones, desarrollo y estabilidad, estas dimensiones son plasmadas en la Escala de Clima Social de la Familia (FES), que tiene como objetivo evaluar las características socio-ambientales y las relaciones personas dentro de la familia.

### **1.3. Depresión**

#### **1.3.1. Conceptualización**

A nivel mundial los trastornos mentales se han convertido en una problemática que afecta a la salud de la población en general, es por ello que antes de analizar el tema de la depresión, se debe comprender qué implica la salud y cuando una persona goza de buena salud física y mental.

Según la Organización Mundial de la Salud [OMS], “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (2014, p.1). Asimismo, autores como León et al. (2004) ofrecen definiciones similares describiendo a la salud como la ausencia de enfermedad o dolencia del cuerpo, De acuerdo a Turchi y Fortuna (2018) basándose en varias definiciones de salud afirman que el término corresponde a un estado o condición connotada en términos de bienestar, que se refiere no solo al cuerpo en su apariencia física, sino también a las dimensiones psicológicas y sociales.

Con respecto a la salud Prince et al. (2007) enfatizan que no hay salud sin salud mental, destacando la importancia de integrar la relación entre los ámbitos físicos y psicosociales en relación con la salud y la enfermedad.

Es así que hoy en día la salud de las personas en general se ve afectada en diferentes ámbitos, trayendo consigo consecuencias que afectan a la salud mental, una de ellas es la depresión, la cual es una patología que interfiere en el funcionamiento de nuestra vida y según García-Batista et al. (2019) se lo establece como un desorden emocional con alta prevalencia e impacto en todo el mundo. A continuación, en la Tabla 3. Se ofrecen conceptualizaciones de depresión por parte de varios autores:

**Tabla 3***Conceptualizaciones de depresión*

<b>Autor</b>	<b>Definición</b>
Organización Mundial de la Salud [OMS], (2020)	La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares.
American Psychological Association [APA], (2017)	La depresión ocurre cuando los sentimientos de profunda tristeza o desesperanza duran al menos dos semanas o más, y cuando interfieren con actividades cotidianas. Las personas deprimidas tienden a sentirse impotentes y desesperanzadas y se culpan a sí mismas por estos sentimientos. Algunos pueden tener pensamientos de muerte. Además, pueden sentirse abrumadas y agotadas, alejándose de familiares y amigos.
National Institute of Mental Health [NIH], (2018)	La depresión (trastorno depresivo mayor o depresión clínica) es un trastorno del estado de ánimo común pero grave. Provoca síntomas graves que afectan la forma en que se siente, piensa y maneja sus actividades diarias, como dormir, comer o trabajar. Para ser diagnosticado con depresión, los síntomas deben estar presentes durante al menos dos semanas.
American Psychological Association [APA], (2014), en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V)	La característica principal es un período de al menos dos semanas durante el cual hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de placer en casi cualquier actividad. En los niños y adolescentes, el estado de ánimo suele ser más irritable que triste. Se deben experimentar al menos cuatro síntomas adicionales de una lista que incluya cambios en el apetito o el peso y la actividad psicomotora, disminución de energía, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultad para pensar, para concentrarse o tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte o pensamientos suicidas o intentos de suicidio.

*Nota*, Adaptado de Organización Mundial de la Salud [OMS], (2020), American Psychological Association [APA], (2017), National Institute of Mental Health [NIH], (2018), American Psychological Association [APA], (2014).

Otro punto de vista es el de Vélez et al. (2010) que define la depresión como un grupo heterogéneo de trastornos afectivos cuyas características son estado de ánimo deprimido,

disminución del placer, apatía y pérdida de interés por el trabajo asociado. insomnio, anorexia y pensamientos suicida.

Los autores citados coinciden al describir a la depresión como un trastorno que se caracteriza principalmente por un estado de ánimo deprimido, en el cual predominan sentimientos de tristeza, vacío, soledad, desesperanza, frustración y pérdida de placer, lo cual afecta a la vida diaria de la persona y a la realización de sus actividades cotidianas, e incluso, algunos de ellos mencionan que se pueden presentar ideas e intentos suicidas.

### **1.3.2. Prevalencia**

La OMS (2020) plantea que la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas.

Con referencia a la afirmación anterior, García-Batista et al. (2019) manifiestan que, en el 2015, se encontró que 322 millones de personas a nivel mundial, es decir el 4.4% de la población padecían depresión, siendo declarada como la causa singular que ocasiona más incapacidad universalmente. A esto se le suman los datos de Rai et al. (2013), respecto a la prevalencia de la depresión globalmente, la misma que fluctúa entre el 0,4 y el 15,7%. De igual manera, en Asia, autores como Moledina et al. (2018) encontraron que la depresión prevalecía en el 6.5% de la población de estudio que fue 384 personas, por otra parte, los autores Zeng y Jian (2018) exponen que en cuatro años la depresión ha disminuido en China llegando a alcanzar el 32,7% en el año 2015.

Aunado a esto, en otro contexto se puede evidenciar en los resultados de Singh et al. (2017) en Chandigarh, India, una prevalencia del 40% de presencia de trastornos depresivos en los adolescentes de 13 a 18 años, considerándose una proporción significativa. De la misma forma, en Turquía la investigación de Topuzoğlu et al. (2015), la estimación para la depresión fue del 8,2%, siendo este un valor que también se ubica entre los valores antes mencionados a nivel mundial.

Por otro lado, los valores fueron más elevados en Estados Unidos de América (EE. UU), según la investigación de Kessler et al. (2003), sus resultados mostraron una prevalencia del 16.2%, la cual es similar a la encontrada en Asia. De acuerdo a Pratt (2014) en el periodo del 2009-2012, el 7,6% de los estadounidenses de 12 años o más había padecido depresión lo que incluye síntomas depresivos moderados o graves en las últimas 2 semanas. Por su parte Weinberger et al. (2017), demuestra que la prevalencia de la depresión aumentó significativamente en los EE UU. De 2005 a 2015, al mismo tiempo, este autor menciona que la tasa de aumento de la depresión entre los jóvenes fue significativamente más rápida en comparación con los grupos de mayor edad.

Revisando datos a nivel de Latinoamérica, Rivera-Rivera et al. (2015), encontraron que, en México el 27% de una población de 9982 estudiantes de 14 a 19 años de edad, presentó sintomatología depresiva, de igual manera, específicamente los autores Ossa et al. (2016) en sus resultados apreciaron una prevalencia total de depresión mayor de 7,1 % lo que equivale a 108 jóvenes de una muestra total de 1520 adolescentes de Colombia. En este mismo sentido, Mercader (2020) realizó un estudio en Perú, el cual presenta resultados similares con respecto a la población adolescente, los cuales indicaron que el 11,8% de los adolescentes poseen un nivel clínico de depresión.

Continuando con el contexto Latinoamericano Ecuador como muchos de otros países no difiere de la perspectiva mundial, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP] (2017) ofrece información sobre los datos más actuales que se tienen que son del 2015, en ese año existieron 50.379 casos de personas con diagnóstico presuntivo y definitivo por depresión; de los cuales 36.631 corresponden a mujeres y 13.748 a hombres. De igual manera, según los datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC] (2017) expone que de las personas que fueron atendidas igualmente en el año 2015 por depresión, el 12.07% correspondió a adolescentes.

A su vez, con respecto a la Zona 7 del país conformada por las provincias de El Oro, Loja y Zamora Chinchipe, los autores Ordoñez et al. (2017) concretaron que, en este grupo etario de adolescentes entre 15 y 19 años de edad, el 55,9% manifiesta esta patología.

Teniendo en cuenta la literatura antes citada y en base a los estudios que existen acerca de la prevalencia de depresión en adolescentes, se puede llegar a la conclusión de que, en general a nivel mundial, existe un alto número de personas que presentan esta patología y en especial, las tasas en nuestro país son relativamente altas, afectando en gran medida a la población adolescente, la cual, como se apreció en el primer capítulo es considerada una población vulnerable a padecer patologías o enfermedades de salud mental entre ellas la depresión.

### **1.3.3. Comorbilidad**

En la actualidad los índices de depresión han ido aumentando considerablemente y de acuerdo a la literatura analizada, es importante recalcar que, esta patología se ha vuelto frecuente en población adolescente, impidiendo el desarrollo normal de su vida diaria, en especial porque tiene un alto riesgo de coexistir con otros trastornos al mismo tiempo.

Al referirse a comorbilidad, se habla de la presencia de dos condiciones juntas, teniendo una mayor frecuencia, de la esperada por separado, es decir de la que tendría la patología por sí sola. (Ramos Ramos, 2012)

Es así como la APA (2014), identifica en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), algunos trastornos con los que generalmente se asocia el trastorno depresivo mayor, los cuales incluyen trastornos relacionados con sustancias, trastorno de pánico, trastorno obsesivo compulsivo, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno límite de la personalidad. No obstante, en comparación con los pacientes con trastorno depresivo mayor, los que padecen trastorno depresivo persistente o distimia corren un mayor riesgo de comorbilidad psiquiátrica en general, además de trastornos de ansiedad y uso de sustancias.

Coincide con estos criterios Ramos Ramos (2012) señalando que generalmente las alteraciones que se presentan acompañando a la depresión son trastornos de ansiedad de uno u otros tipos, también alteraciones obsesivo-compulsivas, además de algunas alteraciones de la conducta que se presentan más frecuentemente en adolescentes del sexo femenino.

Distintos autores, mantienen la idea de la relación que existe entre la depresión y la ansiedad, tal como Rey et al. (2017) quienes afirman que está relación es ampliamente conocida, ya que a menudo los síntomas de ambas patologías ocurren al mismo tiempo, además, las personas a menudo experimentan episodios depresivos y ansiosos en varios momentos de su vida. De igual manera, San et al. (2016) describen algunos ejemplos de comorbilidad entre patologías o trastornos mencionado una asociación clara entre los trastornos del estado de ánimo como la depresión con los trastornos de ansiedad y los trastornos relacionados con el consumo de sustancias.

Con respecto a la relación de la depresión con los trastornos de consumo de sustancias, Ibáñez et al. (2020) afirman que es común e impacta de forma negativa en la evolución de ambos cuadros, e incluso, en ciertos casos la comorbilidad es más frecuente que uno de los diagnósticos por separado.

Desde una perspectiva personal y a partir de las evidencias, es necesario enfatizar en la comorbilidad que existe principalmente entre la depresión y la ansiedad, ambos trastornos tienen una alta posibilidad de coexistir y tener un efecto más adverso, cabe recalcar que la depresión aparece también junto a otros trastornos como consumo de sustancias, trastorno obsesivo-compulsivo, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, entre otros.

#### **1.3.4. Tipología**

A continuación, se ha considerado exclusivamente el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) creado por el APA (2014), para especificar la clasificación de los trastornos depresivos con sus respectivos criterios diagnósticos:

***Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.*** Se experimentan accesos de cólera graves y recurrentes manifestados verbalmente, desproporcionados a la situación y grado de desarrollo; se producen tres o más veces por semana durante 12 o más meses. También, el estado de ánimo es irritable la mayor parte del día, casi todos los días y es observable por las demás personas a su alrededor, ya sea en la familia, escuela, compañeros de estudio o trabajo, entre otros, presentándose con mayor gravedad en al menos dos de sus contextos. (p.156).

***Trastorno de depresión mayor.*** Se presentan 5 o más síntomas en al menos un periodo de dos semanas, prevaleciendo el estado de ánimo deprimido, pérdida de placer la mayor parte del día casi todos los días. Pérdida o aumento de peso o del apetito, presencia de insomnio o hipersomnia, agitación o retraso psicomotor observable, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, disminución en la capacidad para pensar, concentrarse y tomar decisiones, presencia de pensamientos y/o ideas de muerte y suicidio recurrentes con intentos de suicidio o planes para ejecutarlo. Los síntomas se presentan la mayor parte del día casi todos los días, causando deterioro en el ámbito social, laboral, familiar, entre otros. (pp.160-161).

***Trastorno depresivo persistente (distimia).*** Se evidencia la presencia de estado de ánimo deprimido la mayor parte del día con una duración mínima de dos años, en niños y adolescentes el estado de ánimo se torna irritable y dura al menos un año, durante este periodo de tiempo se presentan síntomas como poco apetito o sobrealimentación, insomnio o hipersomnia, fatiga, baja autoestima, falta de concentración, sentimientos de desesperanza, causando malestar y deterioro en diferentes ámbitos de la vida de la persona como lo social, laboral, familiar, etc. Además, nunca se han presentado episodios maníacos o hipomaníacos. (p.168).

***Trastorno disfórico premenstrual.*** en la mayoría de los ciclos menstruales, una semana antes de la menstruación se deben presentar al menos 5 de los síntomas

siguientes: labilidad afectiva intensa, irritabilidad intensa, enfado o mayor cantidad de conflictos interpersonales, el estado de ánimo se torna intensamente deprimido con sentimientos de desesperanza y autodesprecio, ansiedad, pérdida de interés por las actividades habituales, dificultad de concentración, letargo o fatiga, cambio del apetito, insomnio o hipersomnias, sensación de agobio, síntomas de dolor físico, como dolor mamario y muscular, interfiriendo en distintas áreas importantes del funcionamiento. (pp.171-172).

***Trastorno depresivo inducido por una sustancia o medicamento.*** Incluye una alteración importante y persistente del estado de ánimo, donde predomina el estado de ánimo deprimido y la disminución del interés por casi todas las actividades, estos síntomas se desarrollan poco tiempo después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o medicamento, causando deterioro en las áreas importantes del funcionamiento. (p.175).

***Trastorno depresivo debido a otra afección médica.*** Caracterizado por un período de estado de ánimo deprimido o disminución del placer o interés por consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica, esto basado en pruebas a partir de la historia clínica, el trastorno causa malestar en lo social, laboral y otras áreas del funcionamiento. (p.180).

***Depresión breve recurrente.*** Se caracteriza por estado de ánimo deprimido entre otros síntomas de depresión, que están presentes entre 2 y 13 días, mínimo una vez al mes, al menos doce meses consecutivos. (p.183).

***Episodio depresivo de corta duración (4-13 días).*** Estado deprimido, con al menos cuatro de los síntomas de depresión mayor incluido malestar clínicamente significativo durante un período de más de 4 días, pero menos de 14. (p.183).

***Episodio depresivo con síntomas insuficientes.*** Afecto deprimido, incluye al menos 4 de los ocho síntomas de depresión mayor, durante al menos dos semanas, causando malestar clínicamente significativo. (pp. 183-184).

En síntesis, los trastornos depresivos se clasifican en; trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, trastorno de depresión mayor, trastorno depresivo persistente (distimia), trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo inducido por una sustancia o medicamento, trastorno depresivo debido a otra afección médica y otros trastornos depresivos especificados, los mismos que se constituyen por una sintomatología común como es el estado de ánimo deprimido, pérdida de placer, fatiga, insomnio e hipersomnia, etc. No obstante, difieren por su duración, la gravedad con la que se presenta y la evolución.

### **1.3.5. Evaluación**

Para Ballesteros (2013) la evaluación psicológica tiene distintos objetivos, como el diagnóstico, orientación, predicción e intervención, para esto el psicólogo debe abordar tales objetivos con una base de conocimiento que comprenderá no solamente la evaluación, sino, los procedimientos y las técnicas que conllevan realizar una evaluación psicológica, anteponiendo el conocimiento sobre la psicopatología.

Delgado et al. (2019) refieren que, para una correcta evaluación, se debe obtener la información de varias fuentes, además, la evaluación debe orientarse hacia los síntomas relacionados a la patología, aunque también deben cuantificarse los aspectos cognitivos. De igual manera menciona que, existen diferentes métodos e instrumentos para evaluar depresión en adolescentes, que básicamente consisten en cuestionarios de autoinforme y entrevistas con diferentes grados de estructuración, así el instrumento de evaluación que sea seleccionado dependerá del objetivo.

Este mismo autor sostiene que, uno de los métodos que más se usa para evaluar la depresión es el cuestionario o test, estos son instrumentos que tienen como objetivo registrar

sentimientos e ideas recientes, los cuestionarios de evaluación de depresión tienen diferentes utilidades como:

- Cuantificar la intensidad de los síntomas.
- Establecer áreas problemáticas del comportamiento.
- Monitoreo de síntomas.

Se pueden distinguir distintas formas y técnicas para evaluar la depresión en adolescentes, una de las más utilizadas son los cuestionarios o test, los cuales son instrumentos psicométricos cuyo objetivo es medir una determinada característica en este caso la depresión.

A continuación, en la Tabla 4. González Llanea (2007) describe los principales instrumentos para evaluar la depresión:

**Tabla 4**

*Instrumentos para evaluar la depresión*

Nombre	Aplicación	Año	Autor	Descripción
Inventario de depresión de Beck (BDI)	En adultos preferentemente de forma autoadministrada <b>Duración:</b> aproximadamente 20 minutos.	1996	Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J y Erbauhg J.	Su objetivo es evaluar la profundidad o intensidad de la depresión, dada su demostrada confiabilidad y validez, siendo uno de los instrumentos más utilizados, tiene su fundamentación teórica en el enfoque cognitivo de la depresión.
Inventario de depresión Rasgo-Estado (Idere)	Personas mayores de 15 años <b>Duración:</b> 15 minutos	1989	Martín M, Grau JA, Ramírez V y Grau R.	Diseñado para evaluar dos formas independientes de depresión, la depresión como estado, permite identificar de forma rápida a las personas que tienen síntomas depresivos, como rasgo permite identificar a los pacientes que son propensos a sufrir estados depresivos.

Tabla 4 (continuación)

Nombre	Aplicación	Año	Autor	Descripción
Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión (CES-D)	Población en general, autoadministrada Conformado por 20 ítems	1997	Martín M.	Se centra fundamentalmente en componentes cognitivo conductuales de la depresión, con menos presencia de síntomas somáticos, es una herramienta de screening orientado a la detección de casos.
Autoescala de depresión Zung y Conde	Consta de 20 ítems	1969	Zung y Conde	Investigan la frecuencia de aparición de síntomas en un sujeto, evaluando 20 situaciones de acuerdo a la frecuencia con la que le ocurre a él.

Nota, Adaptado de González Llana (2007).

En conclusión, para realizar una correcta evaluación, se necesita información que proceda de varias fuentes, en especial cuando se trata de evaluar a adolescentes en una patología como la depresión, ya que si no es detectada a tiempo se considera una amenaza, para esto existen diferentes formas de evaluarla ya sea, por entrevista psicológica, test proyectivos, observación, autoinformes, test psicométricos, estos últimos son instrumentos que nos ayudan a registrar sentimientos e ideas para un correcto diagnóstico.

### 1.3.6. Depresión en adolescentes

La depresión en adolescentes constituye una problemática actual, como se ha visto a lo largo de este capítulo tiene una alta prevalencia globalmente, Zuluaga et al. (2012) señalan que, en la adolescencia, el tema de la salud mental y la depresión en particular se vuelve especialmente importante debido al tamaño de esta población y las consecuencias de los problemas de salud mental para estas personas, ahora y en el futuro.

Es así que, la OMS (s.f) considerado un referente mundial, afirma que, muchos de los problemas de salud mental suelen aparecer al final de la infancia o al comienzo de la etapa de adolescencia, por esta razón, los problemas de salud mental, en especial, la depresión, se establecen como la principal causa de mortalidad en los jóvenes.

Ciertamente, la depresión se suele presentar de forma similar en los adolescentes como en los adultos, esto en relación a los síntomas percibidos, no obstante, la principal diferencia entre ambos grupos poblacionales es que, en la adolescencia, los niveles de afectación o destructividad son más altos debido a esta patología (García, 2009).

Así también, Galicia y Sánchez (2009) refieren que la presencia de la depresión en la adolescencia se asocia a múltiples problemáticas en ámbitos de la salud, laborales o escolares, siendo este último en el que se pueden observar los efectos de este trastorno en la adolescencia, esto porque los jóvenes pasan mayor tiempo en la escuela y se pueden apreciar claramente.

Frecuentemente una de las preocupaciones de los profesionales es que cuando deben diagnosticar una depresión, deben distinguir la conducta normal en los adolescentes, de las de aquellos que están deprimidos, esto porque usualmente se les percibe como malhumorados, irritables, con anhedonia y que siempre están aburridos. (Rey et al., 2017), otro aspecto importante según Ospina-Ospina et al. (2011) es que los síntomas depresivos son frecuentes en la población adolescente, es por ello, que se hace necesarios sospecharlos y detectarlos temprano, así puedan recibir atención oportuna, de lo contrario, al no ser tratada a tiempo pueden causar comorbilidad o complicaciones, una de ellas es el suicidio, dejando a su paso secuelas tanto para la familia como para la comunidad.

Para concluir, a consideración propia, la depresión en adolescentes es una problemática de salud mental grave, que puede tener diversas causas y factores asociados, generalmente se suelen presentar síntomas que no permitan que la persona pueda continuar con su vida cotidiana, con frecuencia resulta difícil detectar este trastorno en esta población,

esto por las características propias de esta etapa, sin embargo, la detección temprana puede prevenir distintas consecuencias graves.

### 1.3.7. Factores asociados

Delgado et al. (2019) establecen que, es poco probable que solo un factor de riesgo pueda explicar la depresión y su desarrollo, por lo tanto, en la Tabla 5, se describen distintos factores que inciden en la aparición de la depresión en edades adolescentes:

**Tabla 5**

*Factores de riesgo asociados a la depresión*

Factores	Definición
Factores familiares	<p>Los factores familiares y sociales juegan un papel importante en el desarrollo de la depresión, por ejemplo, el contexto familiar en el que se desarrolla el adolescente parece influir en el desarrollo de la depresión, los factores de riesgo más comunes son la existencia de conflictos de pareja, o dificultades emocionales entre los padres y el hijo, además también se incluyen las diferentes formas de abuso, negligencia en la atención, eventos negativos en la vida, divorcio, pérdida de amistades o fallecimiento de familiares</p>
Riesgos relacionados con el medio ambiente	<p>La depresión adolescente se suele asociar con la aparición de conflictos interpersonales y el rechazo por los miembros del entorno social, aumentando los problemas de relaciones interpersonales, los adolescentes con pocos amigos presentan mayor probabilidad de desarrollar depresión, además, otro factor asociado incluye vivir en estructuras familiares diferentes a los de padres biológicos, problemas de salud o mala adaptación en la familia, con amigos, escuela, etc. Asimismo, la adicción y el consumo de sustancias psicoactivas también se consideran factores de riesgo.</p>
Factores individuales	<p><b>Sexo:</b> Se considera que en la primera mitad de la adolescencia estos trastornos son más frecuentes en las mujeres, las posibles causas son por lo diferentes cambios hormonales que ocurren, aumento del estrés, tendencia a pensamientos intrusivos, etc.</p>

Tabla 5 (continuación)

Factores	Definición
Factores individuales	<p><b>Factores genéticos y bioquímicos:</b> En general entre el 20% y el 50% de los niños y adolescentes con trastornos depresivos presentan antecedentes familiares de depresión u otras enfermedades mentales. También parece haber ciertas alteraciones en los niveles de la hormona del crecimiento, prolactina y cortisol en los jóvenes quienes corren riesgo de depresión</p> <p><b>Factores psicológicos:</b> Usualmente la afectividad negativa implica una mayor reactividad frente a estímulos negativos, asociándose a una mayor probabilidad de trastornos emocionales, sobre todo en niñas, la presencia de síntomas depresivos, aumenta el riesgo de aparición de depresión mayor en niños y adolescentes</p>

*Nota,* Adaptado de Delgado et al. (2019).

No cabe duda que, en la adolescencia se presentan factores de riesgo que aumentan la probabilidad de padecer alguna patología, siendo la depresión es una de las principales, como puede apreciarse en la Tabla 3, se identifican varios factores de riesgo, como factores familiares, sociales, ambientales, genéticos o de origen biológico y psicológicos, sin embargo, uno de los más significativos son los factores familiares, cuya presencia puede aumentar el riesgo de manifestar o mantener la sintomatología depresiva.

Es necesario hacer hincapié también en los factores protectores de la depresión, Páramo (2011) alude que el hablar de factores protectores, hace referencia a características detectables de un individuo, familia, grupo o comunidad, mismos que favorecen el desarrollo humano, además del mantenimiento y recuperación de la salud en general, contrarrestando los factores de riesgo y sus efectos.

En tal sentido, algunos autores describen diversos factores de protección:

López et al. (2016) en su estudio concluyó que, la inteligencia emocional es considerada un factor positivo o un factor de protección, para así, afrontar adaptativamente

situaciones depresivas que se le presente al individuo e influir para evitar el desarrollo de síntomas depresivos, que pueden tener su origen en situaciones familiares, personales y económicas.

A partir de los resultados obtenidos en la investigación de Hernandez et al. (2016) se determina que la cohesión familiar parece ser un factor de protección frente al riesgo de depresión. La cohesión familiar tiene un efecto positivo en los adolescentes, evitando que la depresión y factores relacionados se propaguen entre los adolescentes de entre 13 y 17 años en Colombia contra diversas enfermedades mentales, incluida la depresión.

En el estudio realizado por Bravo-Andrade et al. (2020) encontraron en sus resultados que el estilo explicativo optimista, es decir en sí, el optimismo es considerado factor protector de la depresión ante diversas situaciones.

De igual manera, Ospina-Ospina et al. (2011) mencionan factores protectores como la autoestima y resiliencia ante la depresión en población adolescente, por lo que la prevención radica en fortalecer estos factores para evitar la aparición de este y otros trastornos.

Por otra parte, Singh et al. (2017) afirman que factores relacionados con la educación como el entorno de apoyo en la escuela y actividades culturales actúan como factores protectores de la depresión.

Desde mi punto de vista, existe un amplio grupo de factores protectores implicados en la depresión de los adolescentes, los mismos, que reducen la probabilidad de depresión y su sintomatología, como podemos evidenciar, estos factores implican la inteligencia emocional, la autoestima, resiliencia, optimismo y factores que se asocian a su medio tanto social como familiar, enfatizando en la importancia de este último, con respecto a la cohesión familiar que protege al adolescente frente a la depresión.

### **1.3.8. Causas y consecuencias**

Como se ha constatado en apartados anteriores, existen factores que inciden en la aparición de sintomatología depresiva, estos pueden ser sociales, biológicos y psicológicos, su interacción contribuye para comprender que la depresión se puede producir generalmente por diversas causas, a continuación, autores describen algunas de las causas principales para padecer depresión:

Pérez-Padilla et al. (2017) indican que múltiples factores biológicos causan la depresión, estos mecanismos involucran a al sistema nervioso central y al aumento de cortisol, que compromete la expresión genética y puede que el aumento del nivel de cortisol se eleve por motivos hereditarios, ocasionando cambios conductuales característicos del trastorno depresivo.

También se ha visto que los factores socioeconómicos indican en la presencia de la depresión, por ejemplo, Singh et al. (2017) realizaron una investigación donde se encontró que la pobreza, la educación del padre, los ingresos del padre y la educación de la madre podían influir en la mayor prevalencia de depresión.

Además, Rey et al. (2017), señalan que la depresión en la etapa de adolescencia pareciera ser el resultado de complejas interacciones entre las vulnerabilidades biológicas que se presentan en este periodo y las influencias ambientales que incluyen las relaciones familiares, sus cogniciones, puesto que en su mayoría los adolescentes deprimidos experimentan pensamientos negativos sobre sí mismos, además que otra causa es la presencia de eventos estresantes en su vida, en especial pérdidas u otros episodios estresantes, que pueden incrementar el riesgo de depresión.

Por otra parte, Yamuza et al. (2019) sugieren que existen determinadas actitudes y pautas de crianza que pueden verse implicadas como; la satisfacción en la crianza, el apoyo por parte de los progenitores, distribución de rol, disciplina y autonomía del padre, de igual manera, variables familiares así como; la frecuencia de discusiones, horas que comparten

madre e hijo, la implicación de ambos padres y el orden del adolescente entre sus hermanos, se ha visto que pueden influir significativamente en el desarrollo y mantenimiento de trastornos como la depresión. Dentro de este marco Galicia y Sánchez (2009), manifiestan que, la depresión se puede dar a partir de las relaciones de hostilidad y rechazo en el ambiente familiar, así como la expresión no controlada de ira y la agresividad entre los integrantes del grupo familiar.

En tal sentido, el trastorno depresivo debe ser diagnosticado y tratado a tiempo, de lo contrario podría traer consecuencias inmediatas como las mencionadas a continuación:

García-Batista et al. (2019) manifiestan que una de las consecuencias negativas que se derivan de la depresión, se encontraría la drogodependencia o el consumo abusivo sustancias psicoactivas.

Según un estudio realizado por Tabares et al. (2020) a mayor gravedad de los síntomas depresivos que presenta el adolescente, mayor será el nivel de riesgo e ideación suicida, estableciéndose así, tanto la ideación como el riesgo suicida en una consecuencia directa de la depresión.

Los antecedentes en mención afirman que, diversos factores pueden actuar como desencadenantes de depresión, no obstante, las principales causas que aumentan el riesgo de padecer depresión según la teoría son: factores biológicos y genéticos, socioeconómicos, sociales y familiares, resulta importante, un diagnóstico temprano para evitar posibles complicaciones y consecuencias negativas como el consumo de drogas, la violencia, riesgo de autolesionarse o suicidarse.

## Capítulo dos

### Metodología

#### 2.1. *Objetivos*

##### 2.1.1. **Objetivo general.**

Identificar la relación entre clima social familiar con la depresión en adolescentes de 15 a 17 años de edad de la ciudad de Loja.

##### 2.1.2. **Objetivos específicos.**

- 1) Determinar el nivel de depresión en los participantes.
- 2) Identificar el clima social familiar en adolescentes de 15 a 17 años.
- 3) Establecer la relación entre clima social familiar y niveles de depresión en adolescentes de 15 a 17 años.

#### 2.2. *Variables de estudio.*

En la presente investigación se trabajó con dos variables de estudio, como variable dependiente la depresión en adolescentes y como variable independiente el clima social familiar de esta misma población.

#### 2.3. *Preguntas de investigación*

- ¿Cuál es el porcentaje de adolescentes que presentan depresión?
- ¿Cuál es el sexo que presente mayores niveles de depresión?
- ¿La depresión y el clima social familiar presentan algún nivel de relación?

#### 2.4. *Diseño de investigación*

La investigación se llevó a cabo a partir de un diseño de investigación de tipo no experimental, transversal, exploratorio, descriptivo con alcance correlacional y un enfoque cuantitativo.

En esta investigación se implicó también un estudio cuantitativo ya que, utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de comprobar teorías, midiendo variables en un determinado contexto.

Se considera de tipo no experimental, puesto que las variables con las que se trabajó no han sido manipuladas deliberadamente; se ha limitado a observar los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos. Igualmente, abarcó un diseño de tipo transversal ya que los datos se recopilan en un momento único, con el propósito de describir las variables y analizar su incidencia en un momento dado.

Además, se considera una investigación de tipo exploratoria, pues se trata de conocer y explorar las variables en un momento específico. También, implicó un diseño descriptivo ya que se centra en indagar y describir la incidencia de las modalidades, categorías o niveles de una o más variables en una población.

Finalmente, el estudio empleó un alcance correlacional, de modo que, se describió la relación entre dos variables, en este caso entre depresión y clima social familiar; considerando también el grado y tipo de correlación que pueda presenciarse entre ambas. (Hernández et al., 2014).

## **2.5. Población y muestra**

La población invitada con la que se trabajará en esta investigación está conformada por 568 adolescentes de 6 distintas Unidades Educativas de la ciudad de Loja. Además, los datos se recolectaron a conveniencia.

### **2.5.1. Tamaño de la muestra.**

La muestra fue de 200 estudiantes entre 15 y 17 años de edad pertenecientes a varias Unidades Educativas de la ciudad de Loja; la misma que se obtuvo mediante un muestreo no probabilístico, intencional y accidental.

### **2.5.2. Descripción de la muestra.**

En la Tabla 6 se presentan las características sociodemográficas de la población:

**Tabla 6**

Características sociodemográficas de los adolescentes

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>SEXO</b>		
Hombre	91	45,5
Mujer	109	54,5
<b>EDAD</b>		
M	16,05	
DT	,769	
Intervalo	15-17	
<b>NIVEL SOCIOECONÓMICO</b>		
bajo	4	2,0
medio bajo	44	22,0
medio	101	50,5
medio alto	47	23,5
alto	4	2,0
<b>INGRESOS MENSUALES NETOS</b>		
menos de 570	82	41,0
Entre \$571 a \$1040	55	27,5
Entre 1041\$ a \$1610	26	13,0
Entre \$1611 a \$2180	22	11,0
Más de \$2181	15	7,5
<b>CON QUIEN VIVE</b>		
Padre	8	4,0
Madre	19	9,5
Hermanos	3	1,5
Sólo	1	,5
Tíos	2	1,0
Abuelos	1	,5
Otros	61	30,5
Padre y madre	18	9,0
Padre, madre, hermanos	87	43,5

Tabla 6 (continuación)

Variable	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>SALUD EN GENERAL</b>		
Muy mala	1	,5
Mala	11	5,5
Normal	113	56,5
Buena	49	24,5
Muy buena	26	13,0
<b>SATISFACCIÓN CON SU VIDA</b>		
M	7,46	
DT	1,856	
Intervalo	0-10	

*Nota.* La siguiente tabla contiene los datos obtenidos de la Encuesta de datos sociodemográficos Ad-Hoc (2017).

### 2.5.3. Criterios de inclusión

En cuanto a los criterios de inclusión se ha considerado:

1. Adolescentes matriculados en la institución educativa, sección matutina.
2. Encontrarse en un rango de edad desde los 15 hasta los 17 años.
3. Presentar el consentimiento informado para la participación firmado por los representantes.
4. Los jóvenes debían aceptar libremente participar en la investigación a través de un asentimiento informado.
5. Que los sujetos de estudio hayan completado cada uno de los instrumentos.

### 2.5.4. Criterios de exclusión

Dentro de los criterios de exclusión encontramos los siguientes:

1. Adolescentes que no se encuentren matriculados legalmente en la institución educativa y no estudien en sección matutina.

2. Jóvenes mayores de edad.
3. Adolescentes que no dispongan del consentimiento informado firmado por su representante.
4. Adolescentes que no firmen el asentimiento informado para aceptar su participación en la investigación.
5. No haber contestado los instrumentos en su totalidad.

## 2.6. Instrumentos de investigación.

En el presente trabajo de investigación, se utilizaron 3 diferentes instrumentos para recoger información. A continuación, se detallan cada uno de ellos:

**Tabla 7**

*Encuesta datos sociodemográficos*

<b>Instrumento</b>	<b>Encuesta de datos sociodemográficos Ad-Hoc</b>	
<b>Autor</b>	Cuenca, Torres y Jiménez (2017)	
<b>Aplicación</b>	Individual o Colectiva	
<b>Tiempo</b>	15 a 25 minutos	
<b>Objetivo</b>	Obtener información de datos personales, familiares y de salud del participante	
<b>Población</b>	Adolescentes y jóvenes	
<b>N° reactivos</b>	13	
<b>Dimensiones</b>	Datos personales	6
	Datos socioeconómicos	4
	Datos de salud personal y familiar	3
<b>Tipo de respuesta</b>	De manera dicotómica, escala de Likert y respuesta abierta.	

*Nota.* La información ha sido obtenida de Cuenca, Torres y Jiménez, (2017).

**Tabla 8***Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)*

<b>Instrumento</b>	<b>Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)</b>	
<b>Autor</b>	Beck, Steer y Brown	
<b>Aplicación</b>	Individual o Colectiva	
<b>Tiempo</b>	10 - 20 minutos	
<b>Objetivo</b>	Evaluar la gravedad de sintomatología depresiva	
<b>Población</b>	Personas a partir de 13 años	
<b>N° reactivos</b>	21	
<b>Puntuación</b>	1-7 ítems positivos	Puntaje máx.: 84 Puntaje min: 12
<b>Interpretación de puntajes</b>	Depresión mínima: 0-13 puntos Depresión leve: 14-19 puntos Depresión moderada: 20-28 puntos Depresión grave: 29 -63 puntos	
<b>Confiabilidad y Validez</b>	De acuerdo al estudio realizado por Beltran et al. (2012), las cifras de Fiabilidad fueron altas presentando un coeficiente Alfa de Cronbach = 0,92. Asimismo, los índices de validez, arrojaron correlaciones que oscilaban entre 0,80 y 0,88.	
<b>Calificación</b>	Se califica cada ítem de 0 a 3 y se suman todos los ítems	

*Nota.* La información ha sido obtenida de Beck, Steer y Brown, (2009).

**Tabla 9***Escala de Clima Social Familiar (FES)*

<b>Instrumento</b>	<b>Escala del Clima Social Familiar (FES)</b>
<b>Autor</b>	R. H. Moos, B. S. Moosy E. J. Trickett
<b>Aplicación</b>	Individual o Colectiva
<b>Tiempo</b>	20 minutos aproximadamente para cada escala.

Tabla 9 (continuación)

Instrumento	Escala del Clima Social Familiar (FES)		
<b>Objetivo</b>	Evaluar y describir las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica.		
<b>Población</b>	Adolescentes y adultos		
<b>N° reactivos</b>	90 ítems.	<b>Desarrollo</b>	<b>Estabilidad</b>
	Cohesión (CO)	Autonomía (AU)	Organización (ORG)
	Expresividad (EX)	Actuación (AC)	Control (CTL)
	Conflicto (CT)	Intelectual-cultural (IC)	
		Social-Recreativo (SR)	
		Moralidad-Religiosidad (MR)	
<b>Confiabilidad y validez</b>	Ríos (2013), evaluó la confiabilidad del instrumento llegando a niveles de amplia aceptabilidad con (0,84). De igual manera, realizó la validez de contenido con índice binomial significativo de (>0,005) y en la validez de constructo según las diferentes dimensiones se obtuvo; Dimensión de Relación (alfa=0,898), Desarrollo (alfa=0,920), y Estabilidad (alfa=0,900).		
<b>Tipo de respuesta</b>	Dicotómica, se responde con verdadero o falso.		
<b>Puntuación</b>	Las puntuaciones obtenidas se transformaran en puntuaciones percentiles.		

*Nota.* La información ha sido obtenida de Moos, R. H., Moos, B. S., & Trickett, E. J. (1989).

## 2.7. Procedimiento

En el presente trabajo se elaboró un proceso descrito en distintas fases para la correcta recolección de información:

**Fase 1:** Se realizó una revisión bibliográfica para la elaboración de cada capítulo que compone el marco teórico.

**Fase 2:** Se solicitó la base de datos al director para realizar el trabajo de titulación.

**Fase 3:** Se ejecutó la depuración de base de datos e ingreso al paquete estadístico SPSS v25.

**Fase 4:** Análisis de los datos mediante paquete estadístico SPSS v25.

**Fase 5:** En esta fase se desarrolló la elaboración, análisis y discusión de resultados.

**Fase 6:** Se elaboraron las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

**Fase 7:** Finalmente, en esta fase se trabajó en la elaboración y presentación del informe final de tesis.

## **2.8. Análisis de datos.**

El análisis de datos se efectuó por medio del programa estadístico SPSS versión 25, el cual permitió realizar procedimientos descriptivos utilizando medidas de tendencia central y estadística inferencial para identificar el grado de correlación de las variables.

### **2.8.1. Medidas de tendencia central.**

Refiriéndonos a las medidas de tendencia central, se aplicó la moda, mediana y media aritmética, lo que permitió conocer la cantidad de veces que los evaluados respondían a cada uno de los instrumentos utilizados, obteniendo así, la identificación de datos representativos, identificando la prevalencia de forma eficaz.

### **2.8.2. Análisis inferenciales.**

De igual manera, se llevó a cabo un análisis inferencial con los datos obtenidos, para ello se utilizaron:

**T de Student.** Se identifica por los grados de libertad, los cuales constituyen el número de maneras en que los datos pueden variar libremente. Se aplica cuando la población estudiada sigue una distribución normal pero el tamaño muestral es demasiado pequeño como para que el estadístico en el que está basada la inferencia esté normalmente distribuido, utilizándose una estimación de la desviación típica en lugar del valor real, Lind et al. (2012), señala que la distribución t de Student se emplea cuando la población sigue la distribución normal y se desconoce la desviación estándar de esta población.

**Anova.** Según Lind et al. (2012) su propósito fundamental es evaluar el efecto de dos o más variables independientes sobre una variable dependiente. Además, evalúan la

importancia de uno o más factores al comparar las medias de la variable de respuesta en los diferentes niveles de los factores.

**Pruebas de Chi-Cuadrado.** Es un tipo de prueba que permite realizar comparaciones entre los datos que se han obtenido con los datos que se esperarían del estudio.

**Correlación de Pearson.** Es considerada como una medida lineal entre dos variables aleatorias cuantitativas. (Lind et al. 2012)

## **2.9. Evaluación ética**

### **2.9.1. Posibles riesgos para los participantes:**

En el presente trabajo investigativo no existe un riesgo a nivel psicológico ni biológico. Los resultados obtenidos de cada uno de los participantes fueron tratados con la confidencialidad correspondiente, de igual forma, la población de estudio no fue ni será sometida a pruebas que alteren su funcionamiento físico, psicológico ni orgánico.

### **2.9.2. Posibles beneficios para los participantes:**

La presente investigación dará como resultado un beneficio para la población de estudio, ya que, en base a los resultados obtenidos, se podrá desarrollar un programa de intervención dirigido a adolescentes con depresión y a sus familias. Este programa puede ser aplicado para generaciones posteriores en los que se detecte depresión, favoreciendo no solo a las personas afectados sino también a su familia y a la sociedad en general.

## **2.10. Recursos**

### **2.10.1. Humanos**

Para el desarrollo del presente trabajo de investigación como recursos humanos fue necesaria la disponibilidad del docente director del proyecto Mgtr. Marco Jiménez Gaona y la tesista del mismo Ivannova Marianela Saca Aguilar.

De igual manera fue necesaria la colaboración de la muestra aproximada de 200 adolescentes de 15 a 17 años de edad de la ciudad de Loja, a quienes se les aplicó los instrumentos necesarios para la recolección de información.

**2.10.2. Equipos, materiales:**

<b>Equipos, materiales e instalaciones</b>	<b>Disponibilidad</b>
Computadores	SI
Programa informático SPSS versión 25	SI

## Capítulo tres

### 3.1. Análisis de datos

#### 3.1.1. Análisis descriptivos

En la Tabla 10 se detallan los resultados obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck, en la misma se evidencia que en la muestra  $n=200$ , el mayor porcentaje de evaluados 54% ( $n=108$ ) se ubican en el nivel Sin Depresión, seguido por Depresión Leve con 22% ( $n=44$ ), posteriormente con el 16% ( $n=32$ ) en Depresión Moderada y finalmente el 8% ( $n=16$ ) de los participantes manifiesta Depresión Severa.

**Tabla 10**

*Resultados de depresión*

DEPRESIÓN		
Nivel	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sin depresión	108	54,0
Depresión leve	44	22,0
Depresión moderada	32	16,0
Depresión severa	16	8,0
Total	200	100,0
	M	1,78
	DT	,988

*Nota.* En esta tabla se han incluido abreviaturas donde  $n$  significa frecuencia, media está representada por  $M$  y  $DT$  que es la desviación estándar.

En la Tabla 11, se ilustra en dos grupos los resultados del Inventario de Depresión de Beck donde según este instrumento, el 54% ( $n=108$ ) participantes no manifiestan niveles de depresión, mientras que, el 46% ( $n=92$ ) indican algún nivel de depresión.

**Tabla 11**

*Descripción de niveles de depresión*

NIVELES DE DEPRESIÓN		
Nivel	(n)	%
Con Depresión	92	46,0
Sin Depresión	108	54,0
Total	200	100,0

*Nota.* En esta tabla se ha incluido la abreviatura  $n$  la cual significa muestra.

En la Tabla 12 se presentan los resultados obtenidos en la Escala de Clima Social Familiar, por un lado, el puntaje total de esta Escala, donde, la mayor cantidad de estudiantes evaluados ( $n=200$ ) percibe un nivel Medio con el 66,5% ( $n=133$ ), encontrando una media de ( $M=3,28$ ) y desviación estándar de ( $DT=0,511$ ). Por otro lado, en esta misma tabla se muestra los resultados de las tres dimensiones de la Escala; Desarrollo, Relaciones y Estabilidad, las mismas que se encuentran en un nivel Medio con los siguientes porcentajes respectivamente; 66% ( $n=132$ ), 52% ( $n=104$ ), 50,5% ( $n=101$ ).

**Tabla 12**

*Descripción de la Escala de Clima Social Familiar*

	TOTAL DE CLIMA SOCIAL FAMILIAR		DIMENSIONES					
	(n)	%	RELACIONES		DESARROLLO		ESTABILIDAD	
Nivel	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Muy Bajo	,00	,00	2	1,0	,00	,00	1	,5
Bajo	6	3,0	63	31,5	13	6,5	18	9,0
Medio	133	66,5	104	52,0	132	66,0	101	50,5
Medio Alto	61	30,5	31	15,5	55	27,5	78	39,0
Alto	,00	,00	,00	,00	,00	,00	2	1,0
Total	200	100,0	200	100,0	200	100,0	200	100,0
M	3,28		2,82		3,21		3,31	
DT	,511		,693		,545		,668	

*Nota.* En esta tabla se han incluido abreviaturas donde  $n$  significa frecuencia, media está representada por  $M$  y  $DT$  que es la desviación estándar.

En la Tabla 13 se muestran las 10 subdimensiones que componen la Escala de Clima Social Familiar, donde se puede observar que los evaluados presentan un nivel Muy Bajo en la subdimensión de Conflicto con el 48% ( $n=96$ ), seguido del nivel Bajo donde las subdimensiones de Intelectual-Cultural y Social-Recreativo, presentan porcentajes de; 45,5% ( $n=91$ ) y 41% ( $n=82$ ), en el Nivel Medio se ubican las subdimensiones de Control, Autonomía, Actuación, Moralidad-Religiosidad y Expresividad 50,5% ( $n=101$ ), 49,5% ( $n=99$ ), 49,5% ( $n=99$ ), 42% ( $n=84$ ), 38% ( $n=76$ ), seguido del nivel Medio Alto, donde se ubica la subdimensión de Organización con 44,5% ( $n=89$ ), en el Nivel Alto se encuentra la subdimensión de Cohesión con un porcentaje de 38,5% ( $n=77$ ).

**Tabla 13***Subdimensiones de la Escala de Clima Social Familiar.*

<b>SUBDIMENSIONES CLIMA SOCIAL FAMILIAR</b>										
	<b>COHESIÓN</b>		<b>EXPRESIVIDAD</b>		<b>CONFLICTO</b>		<b>AUTONOMÍA</b>		<b>ACTUACIÓN</b>	
Nivel	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Muy bajo	13	6,5	36	18,0	96	48,0	13	6,5	3	1,5
Bajo	26	13,0	56	28,0	59	29,5	69	34,5	33	16,5
Medio	49	24,5	76	38,0	33	16,5	99	49,5	99	49,5
Medio Alto	77	38,5	31	15,5	9	4,5	19	9,5	63	31,5
Alto	35	17,5	1	,5	3	1,5	,00	,00	2	1,0
Total	200	100,0	200	100,0	200	100,0	200	100,0	200	100,0
M	3,48		2,95		1,82		2,62		3,14	
DT	1,121		,822		,966		,747		,750	
	<b>INTELECTUAL CULTURAL</b>		<b>SOCIAL RECREATIVO</b>		<b>MORALIDAD RELIGIOSIDAD</b>		<b>ORGANIZACIÓN</b>		<b>CONTROL</b>	
Nivel	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Muy Bajo	8	4,0	35	17,5	5	2,5	3	1,5	7	3,5
Bajo	91	45,5	82	41,0	36	18,0	25	12,5	47	23,5
Medio	76	38,0	59	29,5	84	42,0	68	34,0	101	50,5
Medio Alto	20	10,0	24	12,0	71	35,5	89	44,5	40	20,0
Alto	5	2,5	0	0	4	2,0	15	7,5	5	2,5
Total	200	100,0	200	100,0	200	100,0	200	100,0	200	100,0
M	2,62		2,36		3,17		3,44		2,95	
DT	,819		,908		,831		,860		,822	

*Nota.* En esta tabla se han incluido abreviaturas donde *n* significa frecuencia, media está representada por *M* y *DT* que es la desviación estándar.

### 3.1.2. Análisis correlacionales

En la Tabla 14 se evidencia que la variable dependiente Depresión y la variable independiente Clima Social Familiar presentan una correlación inversa (negativa) ( $r=-0,358^{**}$ ), y nivel de significancia estadísticamente significativo ( $p = 0,000$ ).

**Tabla 14**

*Correlación entre Clima Social Familiar y Depresión*

Clima Social Familiar	Depresión	
	Coeficiente ( $r$ )	Significancia ( $p$ )
Total Clima Social	-,358**	,000

*Nota.* En esta tabla se han incluido abreviaturas como  $r$  que representa al Coeficiente correlacional de Pearson, y  $p$  que simboliza el nivel de significancia; \*\*la correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

La tabla 15 muestra que, existe una correlación directa (positiva), con un nivel de significancia estadísticamente significativo entre la variable de Clima Social Familiar y el nivel de depresión "Sin Depresión", no obstante, en el nivel de Depresión Leve ( $r=,053$ ;  $p=,452$ ) se puede señalar que no existe asociación entre las variables, dado que el nivel de significancia es mayor a 0,05. Mientras que, se observa una correlación inversa (negativa) y un nivel de significancia estadísticamente significativo entre el Clima Social Familiar y los niveles de depresión Moderada ( $r=-,221^{**}$ ;  $p=,002$ ) y Severa ( $r=-,263^{**}$ ;  $p=,000$ ).

**Tabla 15**

*Correlación entre Niveles de Depresión y Clima Social Familiar.*

Niveles de Depresión	Clima Social Familiar	
	Coeficiente ( $r$ )	Significancia ( $p$ )
Sin Depresión	,261**	,000
Depresión Leve	,053	,452
Depresión Moderada	-,221**	,002
Depresión Severa	-,263**	,000

Nota. En esta tabla se han incluido abreviaturas como  $r$  que representa al Coeficiente correlacional de Pearson, y  $p$  que simboliza el nivel de significancia; \*\*la correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral), \*la correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

La Tabla 16 muestra que existe una relación inversa (negativa) entre las Dimensiones Relaciones, Desarrollo y Estabilidad con la variable dependiente Depresión ( $r=-,303^{**}$ ;  $r=-,266^{**}$ ;  $r=-,170^{*}$ ) y un nivel de significancia estadísticamente significativo en cada dimensión respectivamente ( $p=,000$ ;  $p=,000$ ;  $p=,016$ ).

**Tabla 16**

*Correlación entre Dimensiones de Clima Social Familiar y Depresión*

Dimensiones de Clima Social Familiar	Depresión	
	Coeficiente ( $r$ )	Significancia ( $p$ )
Dimensión Relaciones	$-,303^{**}$	,000
Dimensión Desarrollo	$-,266^{**}$	,000
Dimensión Estabilidad	$-,170^{*}$	,016

Nota. En esta tabla se han incluido abreviaturas como  $r$  que representa al Coeficiente correlacional de Pearson, y  $p$  que simboliza el nivel de significancia; \*\*la correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral), \*la correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En la Tabla 17, se puede evidenciar una correlación inversa (negativa) y un nivel de significancia estadísticamente significativo entre la variable Depresión y las subdimensiones; Cohesión ( $r= -,421^{**}$ ;  $p=,000$ ), Expresividad ( $r= -,346^{**}$ ;  $p=,000$ ) Autonomía ( $r= -,185^{**}$ ;  $p=,009$ ), Intelectual-Cutural ( $r= -,226^{**}$ ;  $p=,001$ ), Moralidad-Religiosidad ( $r= -,172^{**}$ ;  $p=,015$ ) y Organización ( $r= -,342^{**}$ ;  $p=,000$ ). Mientras que, se presenta una correlación positiva (directa) y un nivel de significancia estadísticamente significativo en la subdimensión; Conflicto ( $r= ,318^{**}$ ;  $p=,000$ ). Sin embargo, en las subdimensiones de Actuación ( $r= -,059^{**}$ ;  $p=,405$ ), Social-Recreativo ( $r= -,103^{**}$ ;  $p=,146$ ) y Control ( $r= ,105$ ;  $p= ,138$ ), se puede señalar que no existe asociación entre las variables, dado que el nivel de significancia es mayor a 0,05.

**Tabla 17**

*Correlación entre Subdimensiones de Clima Social Familiar y Depresión.*

Subdimensiones de Clima Social Familiar	Depresión	
	Coficiente ( <i>r</i> )	Significancia ( <i>p</i> )
Subdimensión Cohesión	-,421**	,000
Subdimensión Expresividad	-,346**	,000
Subdimensión Conflicto	,318**	,000
Subdimensión Autonomía	-,185**	,009
Subdimensión Actuación	-,059	,405
Subdimensión Intelectual-Cultural	-,226**	,001
Subdimensión Social-Recreativo	-,103	,146
Subdimensión Moralidad-Religiosidad	-,172*	,015
Subdimensión Organización	-,342**	,000
Subdimensión Control	,105	,138

*Nota.* En esta tabla se han incluido abreviaturas como *r* que representa al Coeficiente correlacional de Pearson, y *p* que simboliza el nivel de significancia; \*\*la correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral), \*la correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En la Tabla 18 se indica que, entre la presencia de sintomatología depresiva y la variable independiente Clima Social Familiar se encontró una correlación inversa (negativa) ( $r=-0,261^{**}$ ), presentando un nivel de significancia estadísticamente significativo ( $p = 0,000$ ).

**Tabla 18**

*Correlación entre Clima Social Familiar y Sintomatología depresiva n=92*

Clima Social Familiar	Sintomatología depresiva n=92	
	Coficiente ( <i>r</i> )	Significancia ( <i>p</i> )
Total Clima Social	-,261**	,000

*Nota.* En esta tabla se han incluido abreviaturas como  $r$  que representa al Coeficiente correlacional de Pearson, y  $p$  que simboliza el nivel de significancia; \*\*la correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la Tabla 19 se puede identificar que, existe una relación inversa (negativa) entre las Dimensiones Relaciones, Desarrollo y Estabilidad con la presencia de sintomatología depresiva ( $r=-,303^{**}$ ;  $r=-,266^{**}$ ;  $r=-,170^{*}$ ) y un nivel de significancia estadísticamente significativo en cada dimensión respectivamente ( $p=,005$ ;  $p=,008$ ;  $p=,018$ ).

**Tabla 19**

*Correlación entre Dimensiones de Clima Social Familiar y Sintomatología depresiva n=92*

Dimensiones de Clima Social Familiar	Sintomatología depresiva n=92	
	Coeficiente ( $r$ )	Significancia ( $p$ )
Dimensión Relaciones	$-,197^{**}$	,005
Dimensión Desarrollo	$-,187^{**}$	,008
Dimensión Estabilidad	$-,168^{*}$	,018

*Nota.* En esta tabla se han incluido abreviaturas como  $r$  que representa al Coeficiente correlacional de Pearson, y  $p$  que simboliza el nivel de significancia; \*\*la correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral), \*la correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

La tabla 20 muestra que, existe una correlación inversa (negativa) y un nivel de significancia estadísticamente significativo entre la presencia de sintomatología depresiva y las subdimensiones; Cohesión ( $r= -,356^{**}$ ;  $p=,000$ ), Expresividad ( $r= -,286^{**}$ ;  $p=,000$ ) Autonomía ( $r= -,152^{*}$ ;  $p=,032$ ), Intelectual-Cultural ( $r= -,150^{*}$ ;  $p=,034$ ), y Organización ( $r= -,330^{**}$ ;  $p=,000$ ). Por otro lado, se evidencia una correlación positiva (directa) y un nivel de significancia estadísticamente significativo en la subdimensión; Conflicto ( $r= ,355^{**}$ ;  $p=,000$ ). No obstante, en las subdimensiones de Actuación ( $r= -,071$ ;  $p=,321$ ), Social-Recreativo ( $r= -,053$ ;  $p=,456$ ), Moralidad-Religiosidad ( $r= -,109$ ;  $p=,124$ ) y Control ( $r= ,096$ ;  $p=,174$ ), se puede señalar que no existe asociación entre las variables, dado que el nivel de significancia es mayor a 0,05.

**Tabla 20**

*Correlación entre Subdimensiones de Clima Social Familiar y Sintomatología depresiva n=92*

Subdimensiones de Clima Social Familiar	Sintomatología depresiva n=92	
	Coeficiente ( <i>r</i> )	Significancia ( <i>p</i> )
Subdimensión Cohesión	-,356**	,000
Subdimensión Expresividad	-,286**	,000
Subdimensión Conflicto	,355**	,000
Subdimensión Autonomía	-,152*	,032
Subdimensión Actuación	-,071	,321
Subdimensión Intelectual-Cultural	-,150*	,034
Subdimensión Social-Recreativo	-,053	,456
Subdimensión Moralidad-Religiosidad	-,109	,124
Subdimensión Organización	-,330**	,000
Subdimensión Control	,096	,174

*Nota.* En esta tabla se han incluido abreviaturas como *r* que representa al Coeficiente correlacional de Pearson, y *p* que simboliza el nivel de significancia; \*\*la correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral), \*la correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Los resultados obtenidos en la Tabla 21, indican que, existe una correlación positiva (directa) y un nivel de significancia estadísticamente significativo ( $r=,261^{**}$ ;  $p=,000$ ) entre la variable independiente Clima Social Familiar y la Ausencia de Sintomatología Depresiva.

**Tabla 21**

*Correlación entre Clima Social Familiar y Ausencia de depresión n=108*

Clima Social Familiar	Ausencia de depresión n=108	
	Coeficiente ( <i>r</i> )	Significancia ( <i>p</i> )
Total Clima Social	,261**	,000

*Nota.* En esta tabla se han incluido abreviaturas como *r* que representa al Coeficiente correlacional de Pearson, y *p* que simboliza el nivel de significancia; \*\*la correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Como se observa en la Tabla 22, se encontró una correlación directa (positiva) y un nivel de significancia estadísticamente significativo entre la presencia de Sintomatología Depresiva y las Dimensiones que componen la escala de Clima Social Familiar; Relaciones ( $r=-,197^{**}$ ;  $p=,005$ ), Desarrollo ( $r=-,187^{**}$ ;  $p=,008$ ) y Estabilidad ( $r=-,168^*$ ;  $p=,018$ ).

**Tabla 22**

*Correlación entre Dimensiones de Clima Social Familiar y Ausencia de depresión n=108*

Dimensiones de Clima Social Familiar	Ausencia de depresión n=108	
	Coefficiente ( $r$ )	Significancia ( $p$ )
Dimensión Relaciones	,197**	,005
Dimensión Desarrollo	,187**	,008
Dimensión Estabilidad	,168*	,018

*Nota.* En esta tabla se han incluido abreviaturas como  $r$  que representa al Coeficiente correlacional de Pearson, y  $p$  que simboliza el nivel de significancia; \*\*la correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral), \*la correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En la Tabla 23 se observa una correlación directa (positiva), con un nivel de significancia estadísticamente significativo entre la Ausencia de Sintomatología Depresiva y las subdimensiones de Cohesión ( $r= ,356^{**}$ ;  $p=,000$ ), Expresividad ( $r= ,286^{**}$ ;  $p=,000$ ) Autonomía ( $r= ,152^*$ ;  $p=,032$ ), Intelectual-Cultural ( $r= ,150^*$ ;  $p=,034$ ), y Organización ( $r=,330^{**}$ ;  $p=,000$ ). Mientras tanto, se evidencia una correlación negativa (inversa) y un nivel de significancia estadísticamente significativo en la subdimensión de Conflicto ( $r= -,355^{**}$ ;  $p=,000$ ). Sin embargo, en las subdimensiones de Actuación ( $r= ,071$ ;  $p=,321$ ), Social-Recreativo ( $r= ,053$ ;  $p=,456$ ), Moralidad-Religiosidad ( $r=-,109$ ;  $p=,124$ ) y Control ( $r= -,096$ ;  $p= ,174$ ), se puede señalar que no existe asociación entre las variables, dado que el nivel de significancia es mayor a 0,05.

**Tabla 23**

*Correlación entre Subdimensiones Clima Social Familiar y Ausencia de depresión n=108*

Subdimensiones de Clima Social Familiar	Ausencia de depresión n=108	
	Coefficiente ( <i>r</i> )	Significancia ( <i>p</i> )
Subdimensión Cohesión	,356**	,000
Subdimensión Expresividad	,286**	,000
Subdimensión Conflicto	-,355**	,000
Subdimensión Autonomía	,152*	,032
Subdimensión Actuación	,071	,321
Subdimensión Intelectual-Cultural	,150*	,034
Subdimensión Social-Recreativo	,053	,456
Subdimensión Moralidad-Religiosidad	,109	,124
Subdimensión Organización	,330**	,000
Subdimensión Control	-,096	,174

*Nota.* En esta tabla se han incluido abreviaturas como *r* que representa al Coeficiente correlacional de Pearson, y *p* que simboliza el nivel de significancia; \*\*la correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral), \*la correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

### 3.2. *Discusión*

Para el cumplimiento del primer objetivo, el cual se centra en determinar el nivel de depresión en los participantes, se encontró que el 54% (n=108) de los participantes no manifestaron niveles de depresión, los resultados encontrados no son diferentes a otros estudios en poblaciones adolescentes donde los valores oscilan desde 54% a 63%, como el de Serna-Arbeláez et al. (2020) donde el 54,2 % de los participantes presentó niveles ausentes o mínimos de depresión; Martínez et al. (2020) señalan que, el 62.3% de encuestados refirió estar sin depresión en el momento de la entrevista, un nivel de depresión similar encontrado fue el del estudio de Tabares et al. (2020) donde se halló que, el 61.5% no presenta sintomatología depresiva.

Estas afirmaciones pueden explicarse debido a que los estudiantes poseen un factor protector ante la patología como es el Clima Social Familiar, puesto que según la Escala de Clima Social Familiar (FES) los participantes se ubican en nivel Medio, esto se enfatizará en párrafos posteriores.

Por otro lado, los resultados de este trabajo arrojan que el 46% (n=92) de los encuestados presentaron algún síntoma de depresión, constituyendo casi la mitad de la muestra total, estos porcentajes coinciden con Sun, et al. (2021), donde la prevalencia de sintomatología depresiva fue 34,0%, Tafur (2020), el 51% de participantes presentaron depresión, Islam et al. (2021) encontraron niveles de depresión de 26,5% en los participantes. En contraste con Calero et al. (2019), que identificaron un porcentaje más bajo de 16,40%.

Es por ello que los datos presentados resulten de interés, puesto que, pueden existir diferentes elementos que estén incrementando estos síntomas, tal como el nivel socioeconómico, ya que, los adolescentes en el presente estudio perciben un nivel socioeconómico medio evaluado a través de la Encuesta de datos sociodemográficos Ad-Hoc, no obstante, también expresaron contar con ingresos mensuales menores a 570 dólares. Tal como lo explica Zhou et al. (2018) en su investigación con población adolescente, donde el nivel socioeconómico familiar estaba significativamente asociado con los síntomas depresivos de los adolescentes.

Con respecto al segundo objetivo específico, que busca identificar el Clima Social Familiar en adolescentes de 15 a 17 años, se obtiene que, del total de la muestra de estudio (n=200), el 66,5% (n=133) se ubica en un nivel Medio de la Escala de Clima Social Familiar (FES), con una media de (M=3,28), los hallazgos de este estudio están en línea con algunos otros que se han realizado con esta variable, como es el de Aldea-Camargo (2020) quien efectuó una investigación con adolescentes de nacionalidad Peruana, identificando que en la Escala de Clima Social Familiar el 56.03% de los participantes obtuvo un nivel Medio. De modo similar, Escobar (2017), llevó a cabo una investigación con una muestra de adolescentes de la misma nacionalidad donde los participantes se ubicaron en un intervalo de puntaje que va de 37 a 54 puntos en la misma escala, esto significa que perciben también un nivel Medio. Desde otro punto de vista, Chen et al. (2021), difieren con los resultados

obtenidos, encontrando un nivel Alto de Clima Social Familiar, además en contraste de la presente investigación se utilizó la escala ISCWeB en una población adolescente.

Ahora bien, considerando las dimensiones de la Escala de Clima Social Familiar; Relaciones, Desarrollo y Estabilidad, en el presente estudio se obtuvo medias de ( $M=2,82$ ), ( $M=3,21$ ), ( $M=3,31$ ) respectivamente, los cuales son similares a los datos presentados por Alonso Ferres et al. (2018) donde se evidencia que, en las 3 dimensiones, en primer lugar, la dimensión "relaciones" se ha obtenido una ( $M>1,50$ ). En segundo lugar, se encuentra la dimensión "Desarrollo" con una ( $M=1,35$ ). Por último, se encuentra la dimensión "Estabilidad", presentándose una ( $M<1,50$ ).

Los resultados obtenidos pueden deberse al hecho de que existen ciertos elementos que podrían verse implicados, se obtuvo a través de la Encuesta de datos sociodemográficos Ad-Hoc, que en su mayoría los estudiantes encuestados viven en compañía de sus padres y hermanos, es decir una estructura de familia nuclear, la cual está asociada con beneficios para los miembros del hogar, trayendo consigo bienestar para el adolescente, esto por la estabilidad emocional brindada, misma que está relacionada con la ausencia de depresión, que en párrafos posteriores se enfatizará en la relación entre estas dos variables.

En cuanto al tercer objetivo que busca establecer la relación entre clima social familiar y niveles de depresión en adolescentes de 15 a 17 años, se ha encontrado una relación negativa significativa ( $r=-,358^{**}$ ), esto quiere decir que, a menor clima social familiar mayor es la presencia de sintomatología depresiva y viceversa. Estos resultados son similares a los presentados en investigaciones como; Wood (2006) quien utiliza la misma escala y obtienen resultados semejantes donde el clima familiar negativo o bajo contribuye a los síntomas depresivos del niño y adolescente, así también, Luebbe & Bell (2014) evidenciaron también en sus resultados que, el clima familiar negativo o en niveles bajos se relacionó con un aumento de los síntomas de depresión. Igualmente, los resultados coinciden con lo revelado por Álvarez et al. (2013) que muestra que, al correlacionar las variables de depresión y

satisfacción familiar, se halló una relación negativa significativa, esto indica que a mayor insatisfacción familiar se presenta una mayor depresión.

Estos resultados encontrarían explicación desde la edad de la población de estudio, puesto que la adolescencia es un periodo de transición y cambios constantes, por lo que resulta oportuno mencionar que el Clima Social Familiar es un factor de protección de depresión en este grupo etario, así, algunos estudios indican varios elementos del clima social familiar que pueden predisponer o evitar la manifestación de síntomas depresivos, tal como lo menciona Klasen et al. (2015) refiriendo que, los síntomas de la patología pueden ser atenuados por un clima familiar positivo, asimismo, Taylor et al. (2015) indican que el apoyo de familiares se asocia con menos depresión, mientras que la interacción negativa con miembros de la familia está relacionada con mayores probabilidades de depresión y síntomas depresivos, por su parte, Luebbe & Bell (2014) consideran que la expresividad de las emociones negativas de la familia y un entorno familiar caracterizado por una baja expresividad de emoción positiva predijo una mayor depresión.

Otro punto importante es que el Clima Social Familiar es un constructo que se sustenta en diez subdimensiones, las mismas que se podrían considerar factores de protección o de riesgo según el grado en que se perciban, en el presente trabajo, los estudiantes se ubicaron en un nivel Medio Alto en Cohesión, evidenciándose una relación negativa entre esta variable y la variable de depresión, por lo que a mayor Cohesión menor depresión, Zuluaga et al. (2012) afirma que la Cohesión es un gran factor protector a la hora de enfrentar cualquier tipo de crisis en especial patologías como la depresión, por otro lado, los estudiantes se ubicaron en un nivel Muy Bajo en la subdimensión de Conflicto presentándose una correlación positiva con la depresión, lo que quiere decir que el Conflicto puede considerarse un factor de riesgo si se manifiesta en niveles altos, Lee et al. (2006) concuerdan con esta afirmación basados en su estudio donde los altos niveles de conflicto entre padres y adolescentes se relacionaron positivamente con la depresión.

Al mismo tiempo, es importante considerar que según la encuesta de datos sociodemográficos Ad-Hoc los encuestados en su mayoría perciben su salud general como Normal, también, se observa una ( $M=7,46$ ) de la satisfacción con la vida referida por los adolescentes, lo cual es considerado un nivel alto. Por lo que, dentro de este marco, estas afirmaciones pueden deberse al hecho de que el clima social familiar suele estar fuertemente asociado con la buena salud y el bienestar de los adolescentes tal como lo afirman Herke et al. (2020). Además, que ya se ha encontrado en estudios anteriores una correlación fuerte entre el clima social familiar y los factores de satisfacción con la vida en esta población, es así que los resultados de Gomez-Baya et al. (2020) señalaron que pasar un buen rato junto a la familia y ser tratado de manera justa por los padres / cuidadores fueron los indicadores con mayores efectos positivos en la satisfacción con la vida. Ahora bien, otra variable relevante en este aspecto es la satisfacción familiar, dado que Álvarez et al. (2013) constató en su investigación que los adolescentes que mostraron insatisfacción familiar tuvieron 2.38 veces más posibilidad de sufrir depresión.

Por otro lado, es importante mencionar que, para el presente estudio, cabe reconocer que más que una limitación se considera una ventaja, el hecho de que no existen suficientes estudios realizados en este ámbito en adolescentes, no obstante, este proyecto sirve como pionero, reforzando la información en este tipo de investigaciones, proporcionando datos relevantes sobre una población adolescente de la ciudad de Loja y muestra que evidentemente existe una relación entre la variable dependiente depresión y la variable independiente Clima Social Familiar. Además, los hallazgos indican que el Clima social familiar se considera un factor protector que contribuye al bienestar y salud mental de los adolescentes, puesto que a mayor Clima Social Familiar menor depresión. Cabe señalar la importancia de continuar con investigación actual para comparación y análisis futuros entre estas dos variables a nivel de nuestro país.

Finalmente, a partir de lo antes expuesto, se da respuesta al objetivo general planteado, identificando una relación significativamente negativa entre la variable dependiente y la variable independiente, esto se puede explicar afirmando la importancia que tiene el Clima Familiar como factor protector hacia la depresión en esta población de estudio, enfatizando también en los elementos que lo componen, los cuales contribuyen a que la persona perciba de mejor manera su satisfacción con la vida y por ende su bienestar, previniendo la manifestación de síntomas depresivos. Estos resultados se pueden evidenciar no solamente en el presente trabajo, sino que, como se ha mencionado en párrafos anteriores varios estudios lo corroboran.

Cabe recalcar que, pese a que se presentan niveles de depresión bajos, se evidencia que 92 estudiantes manifiestan síntomas de depresión, por lo que resulta importante no dejar de lado a este grupo, ya que es una población considerable, en ese sentido, plantear programas de intervención específicos para trabajar con estos estudiantes. De igual manera, es imprescindible desarrollar un programa para potencializar el clima social familiar de los adolescentes, en función de concientizar sobre la importancia de la familia como factor de protección, a razón de que los participantes tienen un clima social familiar considerado como bueno.

## Conclusiones

Se puede concluir que la muestra de adolescentes encuestados  $n=200$ , presentan una media de ( $M=16,05$ ), de la cual la mayor parte son de sexo femenino  $n=109$  (54,5%), mientras que, de sexo masculino se evidenciaron  $n=92$  (45,5%). Los estudiantes se ubicaron en un nivel Socioeconómico Medio con ingresos mensuales netos menores a 570 dólares. Los mismos que refirieron vivir en compañía de sus padres y hermanos. Se puede destacar también que, los adolescentes consideran su salud general como Normal y la media de satisfacción con la vida fue de ( $M=7,46$ ), perteneciente a un intervalo de 0 a 10, por lo tanto, este puntaje es considerado como bueno.

En relación a los niveles de depresión, se concluye que el 54% ( $n=108$ ) no presenta ningún síntoma de depresión; y, el 46% ( $n=92$ ) mostraron presencia de algún síntoma de depresión.

En cuanto al Clima Social Familiar, se puede concluir que los adolescentes presentan un nivel Medio de Clima Social Familiar según el FES. Este mismo nivel se observa en las dimensiones que componen a esta escala; Relaciones, Desarrollo, Estabilidad. Asimismo, en las diez subdimensiones que componen la escala, se concluye que predomina el nivel Alto en la subdimensión de Cohesión, mientras que, se refleja en un nivel Muy Bajo la subdimensión de Conflicto.

En función de la relación entre las variables de estudio Clima Social Familiar y Depresión, se determina una relación inversa y estadísticamente significativa, es decir, a medida que se elevan los niveles de Clima Social Familiar menor es la presencia de sintomatología depresiva y viceversa.

Además, se encontró una relación significativa y directa entre las subdimensiones de Conflicto y Control con la sintomatología depresiva, por consiguiente, a menores niveles de

Conflicto y Control entre los miembros de la familia de los participantes, menores serán los niveles de sintomatología depresiva y viceversa.

### **Recomendaciones**

En base a los resultados, resulta importante plantear programas de intervención específicos para el grupo de estudiantes que manifestaron sintomatología depresiva.

Potencializar los factores de protección como; salud general, satisfacción con la vida, satisfacción familiar, enfocándose en el grupo de estudiantes sin sintomatología depresiva.

Diseñar y poner en marcha programas que busquen potencializar los factores de protección del Clima Social Familiar de los adolescentes y los miembros de su familia, a razón de mantener los niveles de cohesión, donde se fortalezca la comunicación asertiva, vínculos familiares y confianza, ya que la cohesión se considera un factor de protección en la presente investigación.

Se recomienda incrementar investigaciones con la variable Clima Social Familiar como factor de protección en población adolescente, de esta manera contar con mayor evidencia científica sobre la familia y su relación con otras variables psicológicas.

Otra recomendación se enmarca en profundizar y replicar estos hallazgos, incluyendo diferencias por sexo.

Se recomienda también para futuras investigaciones, considerar otras variables relacionadas con la familia como; cohesión familiar, funcionalidad en la familia y estructura familiar, para conocer su relación con la depresión en una población semejante.

## Referencias

- Aldea-Camargo, D. (2020). Clima social familiar y resiliencia en adolescentes en situación de vulnerabilidad en Barrios Altos, Lima. *CASUS. Revista de Investigación y Casos en Salud*, 5(2), 78-97. DOI:10.35626/casus.2.2020.282
- Alonso Ferres, M.; Berrocal de Luna, E. y Jiménez Sánchez, M. (2018). Estudio sobre la inteligencia emocional y los factores contextuales en estudiantes de cuarto de educación primaria de la provincia de Granada. *Revista de Investigación Educativa*, 36(1), 141-158. DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/rie.36.1.281441>
- Álvarez, Y. S., López, M. V., Mendoza, O. M., & Bravo, G. H. (2013). Relación entre satisfacción con el ambiente familiar y depresión en adolescentes. *Psicología y salud*, 23(1), 141-148. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/524/875>
- American Psychiatric Association, Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango, C., Ayuso, J. L., Vieta, E., & Bagny, A. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid [etc.]: Editorial Médica Panamericana.
- American Psychological Association [APA], (2017). *Psicoterapia y Depresión*. <https://www.apa.org/centrodeapoyo/depresion#>
- Andrade, S. J., & Gonzales, P. J. (2020). *Relación entre clima social familiar y tipos de funcionalidad en familias desplazadas en el Quindío*. *Tempus Psicológico*, 2(2), 169-200. <https://doi.org/10.30554/tempuspsi.2.2.2904.2019>
- Ballesteros, R. F. (2013). *Evaluación psicológica: conceptos, métodos y estudio de casos*. Pirámide.
- Beck, Steer y Brown, (2009). *Inventario de Depresión de Beck: BDI-II (1era ed.)*. Buenos Aires: Paidós.
- Beltrán, M. D. C., Freyre, M. Á., & Hernández-Guzmán, L. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia psicológica*, 30(1), 5-13.
- Bravo-Andrade, H. R., Ruvalcaba-Romero, N. A., Orozco-Solís, M. G., & Macías-Espinoza, F. (2020). *Factores individuales que protegen o favorecen el riesgo de suicidio adolescente: estudio*

*cualitativo con grupos focales. Duazary, 17(1), 36-48.*  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7507951>

Cabezuela, G., y Frontera, P. (2010). *El Desarrollo Psicomotor.* <https://www-digitaliapublishing-com.eu1.proxy.openathens.net/visor/28992>

Calero, C., Vásquez, K. L. P., & Moro, L. (2019). Depresión en adolescentes asociados a migración familiar, familia disfuncional y bullying en Huánuco 2018. *Revista peruana de investigación en salud, 3(4), 180-187.* <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7174465>

Casas Rivero, J. J., y Ceñal González Fierro, M. J. (2005). Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. [https://adolescenciasema.org/usuario/documentos/2 -  
Desarrollo Adolescente.pdf](https://adolescenciasema.org/usuario/documentos/2_-_Desarrollo_Adolescente.pdf)

Castillo, Á. G. (2008). *Familia y educación familiar: conceptos clave, situación actual y valores* (Vol. 114). Narcea Ediciones.

Cataldo, C. Z. (1991). *Aprendiendo a ser padres: conceptos y contenidos para el diseño de programas de formación de padres.* Visor Distribuidores.

Ceballos, G. C. (2013). *Tus hijos adolescentes* (Vol. 35). Palabra.  
[https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=MAYP\\_a6VDmoC&oi=fnd&pg=PA1&dq=ADOLESCENCIA+libro&ots=XfKZ9cM5PN&sig=iTP9q2oS9529-cR97B\\_QxKJD0lk#v=onepage&q&f=true](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=MAYP_a6VDmoC&oi=fnd&pg=PA1&dq=ADOLESCENCIA+libro&ots=XfKZ9cM5PN&sig=iTP9q2oS9529-cR97B_QxKJD0lk#v=onepage&q&f=true)

Conger, J., & Petersen, A. (1984). *Adolescence and youth: Psychological development in a changing world (3rd edition).* New York: Harper & Row.

Chen, J. K., Wang, S. C., Chen, Y. W., & Huang, T. H. (2021). Family climate, social relationships with peers and teachers at school, and school bullying victimization among third grade students in elementary schools in Taiwan. *School Mental Health, 1-10.*  
<https://doi.org/10.1007/s12310-020-09404-8>

- Delgado, C. A. B., Mera, E. C. R., Intriago, D. M. G., Sanchez, S. A. S., Suárez, K. E. G., & Tipán, A. P. M. (2019). Factores que inciden en la presencia de la depresión en adolescentes. *Polo del Conocimiento: Revista científico-profesional*, 4(2), 165-180. DOI: 10.23857/pc.v4i2.900
- Escobar, G. C. (2017). Relación entre el clima familiar y la adaptación de la conducta de adolescentes. *Investigación Valdizana*, 11(1), 23-28.  
<http://diu.unheval.edu.pe/revistas/index.php/riv/article/view/88/90>
- Gaete, H, V. (2010). El control de salud del adolescente. *Revista Médica Clínica Los Condes*, 21(5), 798-815.  
<https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0716864010706027?scrollTo=%23hI0001426>
- Gaete, H, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista chilena de pediatría*, 86(6), 436-443. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>
- Galicia, M, I., & Sánchez, V, A. (2009). Factores asociados a la depresión en adolescentes: Rendimiento escolar y dinámica familiar. *Anales De Psicología*, 25(2), 227-n/a.  
<https://search.proquest.com/scholarly-journals/factores-asociados-la-depresión-en-adolescentes/docview/1288735716/se-2?accountid=45668>
- Gallego H, A. (2012). Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (35),326-345.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1942/194224362017>
- García Barthe, M. S. (2010). *Adolescencia y pubertad: problemática actual*. MV Ediciones S.R.L.  
<https://elibro.net/es/ereader/bibliotecaupl/77182?page=10>
- García, A. (2009). La depresión en adolescentes. *Revista de Estudios de juventud*, 84(1), 85-105.  
<https://issuu.com/injuve/docs/revista84>
- García-Batista, Z.,E., Guerra-Peña, K., Cano-Vindel, A., Cantisano-Guzmán, L.,M., Flores-Kanter, P., & Medrano, L. A. (2019). Medición de la comorbilidad depresiva en drogodependientes: Validez y eficacia diagnóstica del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) en dominicanos

con múltiple consumo de sustancias. *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(3), 163-171. <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.24111>

Golombok, S. (2016). *Familias modernas: padres e hijos en las nuevas formas de familia*. Siglo XXI de España Editores, S.A. <https://elibro.net/es/ereader/bibliotecaupl/47599?page=1>

Gomez-Baya, D., Muñoz-Silva, A., & Garcia-Moro, F. J. (2020). Family climate and life satisfaction in 12-year-old adolescents in europe. *Sustainability*, 12(15), 5902. [https://apps.webofknowledge.com/full\\_record.do?product=WOS&search\\_mode=GeneralSearch&qid=1&SID=8BcQiESvOLJolH1Xqn2&page=1&doc=8](https://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=WOS&search_mode=GeneralSearch&qid=1&SID=8BcQiESvOLJolH1Xqn2&page=1&doc=8)

González Llana, F. M. (2007). *Instrumentos de evaluación psicológica*. Editorial Ciencias Médicas.

Herke, M., Knöchelmann, A., & Richter, M. (2020). Health and well-being of adolescents in different family structures in Germany and the importance of family climate. *International journal of environmental research and public health*, 17(18), 6470. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186470>

Ibáñez, C., Cáceres, J., Brucher, R., & Seijas, D. (2020). Trastornos del ánimo y trastornos por uso de sustancias: una comorbilidad compleja y frecuente. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 174-182. <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0716864020300201?token=42309266DB4E902EFB0DF0BB231790B95080C331B804C70C6E54B99A4FC9FE246517CC211B97FAF710600C9F948D05F>

Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC]. (2017). *Día Mundial de la Salud*. <https://bit.ly/2HC6aDn>

Islam, M.S, Rahman, M.E, Moonajilin, M.S, van Os J (2021) Prevalence of depression, anxiety and associated factors among school going adolescents in Bangladesh: Findings from a cross-sectional study. *PLoS ONE*, 16(4): e0247898. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247898>

Izcovich, M. (2017). *Ser padres, ser hijos: los desafíos de la adolescencia*. Editorial Gedisa. <https://elibro.net/es/ereader/bibliotecaupl/44370?page=98>

- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., ... & Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Jama*, *289*(23), 3095-3105. <https://doi.org/10.1001/jama.289.23.3095>
- Klasen, F., Otto, C., Kriston, L., Patalay, P., Schlack, R., & Ravens-Sieberer, U. (2015). Risk and protective factors for the development of depressive symptoms in children and adolescents: Results of the longitudinal BELLA study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *24*(6), 695-703. DOI: [10.1007/s00787-014-0637-5](https://doi.org/10.1007/s00787-014-0637-5)
- Lacopetti, C., Londi, I., Patussi, V., & Cosci, F. (2021). Family climate in children living with parents who harmfully consume alcohol. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1002/cpp.2562>
- Lee, M. T., Wong, B. P., Chow, B. W. Y., & McBride-Chang, C. (2006). Predictors of suicide ideation and depression in Hong Kong adolescents: Perceptions of academic and family climates. *Suicide and life-threatening behavior*, *36*(1), 82-96. [https://apps.webofknowledge.com/full\\_record.do?product=WOS&search\\_mode=GeneralSearch&qid=6&SID=7F7Jp3Vi3WviFKnwPFj&page=1&doc=3](https://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=WOS&search_mode=GeneralSearch&qid=6&SID=7F7Jp3Vi3WviFKnwPFj&page=1&doc=3)
- León, J., Medina, S., Barriga, S., Ballesteros, A. y Herrera, M. (2004). *Psicología de la salud y de la calidad de vida*. <https://www-digitaliapublishing-com.eu1.proxy.openathens.net/a/20501/psicologia-de-la-salud-y-de-la-calidad-de-vida>
- Lillo Espinosa, J. L. (2004). Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *(90)*, 57-71. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352004000200005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000200005)
- Lind, D. A., Marchal, W. G., Wathen, S. A., Obón León, M. D. P., & León Cárdenas, J. (2012). *Estadística aplicada a los negocios y la economía*. México: McGraw-Hill/Interamericana Editores.

- López, E. E., Pérez, S. M., Ochoa, G. M., & Ruiz, D. M. (2008). Clima familiar, clima escolar y satisfacción con la vida en adolescentes. *Revista mexicana de psicología*, 25(1), 119-128. [https://www.uv.es/lisis/estevez/E\\_A5.pdf](https://www.uv.es/lisis/estevez/E_A5.pdf)
- López, M. V., Gómez, R. J. F., Guadarrama, R. G., & González, N. E. (2016). Inteligencia emocional: Factor positivo ante la depresión en adolescentes de bachillerato. *Informes Psicológicos*, 16(1), 35-50. <file:///C:/Users/Dell/Downloads/Dialnet-InteligenciaEmocional-7044248.pdf>
- Luebke, A. M., & Bell, D. J. (2014). Positive and negative family emotional climate differentially predict youth anxiety and depression via distinct affective pathways. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(6), 897-911. <https://doi:10.1007/s10802-013-9838-5>
- Martínez, A. A., García, P. G., García, L. H., & Castillo, G. N. (2020). Depression and tobacco consumption in high school adolescents. Depresión y consumo de tabaco en adolescentes de secundaria. *Health and Addictions / Salud y Drogas*, 20(2), 13-19. <https://doi:10.21134/haaj.v20i2.476>
- Méndez, P. (2009). Factores psicológicos en la adolescencia. *Anales de Pediatría Continuada*, 7(4), 239-242. DOI: 10.1016/S1696-2818(09)71932-8
- Mercader, A. (2020). Problemas en el adolescente, mindfulness y rendimiento escolar en estudiantes de secundaria. Estudio preliminar. *Propósitos y Representaciones*, 8(1), e372. <https://doi.org/10.20511/pyr2020.v8n1.372>
- Minuchin, S., Fishman, H. C., & Etcheverry, J. L. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Moledina, S. M., Bhimji, K. M., & Manji, K. P. (2018). Prevalence and associated factors of depression in an Asian community in Dar es Salaam, Tanzania. *Psychiatry journal*, 2018. <https://www.hindawi.com/journals/psychiatry/2018/9548471/>
- Moos, R. H., Moos, B. S., & Trickett, E. J. (1989). *Escalas de clima social: familia (FES), trabajo (WES), instituciones penitenciarias (CIES), centro escolar (CES): manual*. Tea.

- Moos, R. H., Moos, B. S., & Trickett, E. J. (1993). *Escala de clima social familiar (FES)*. Madrid España: TEA Ediciones SA, 48.
- Moreno Fernández, A. (2015). *La adolescencia*. Editorial UOC. <https://elibro.net/es/ereader/bibliotecautpl/113757?page=14>
- Moreno, D., Estévez, E., Murgui, S., & Musitu, G. (2009). Relación entre el clima familiar y el clima escolar. Relación entre el clima familiar y el clima escolar: el rol de la empatía, la actitud hacia la autoridad y la conducta violenta en la adolescencia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9(1), 123-136. <https://www.ijpsy.com/volumen9/num1/226/relacin-entre-el-clima-familiar-y-el-clima-ES.pdf>
- Mosso, L. (2010). *Adolescencia y salud*. Editorial Maipue. <https://elibro.net/es/ereader/bibliotecautpl/78959?page=2>
- National Institute of Mental Health [NIH]. (2018). *Depression*. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>
- Omaña, J.M., & Contreras, L.A. (2018). Clima social familiar e impacto en el rendimiento académico de los estudiantes. *Revista Perspectivas*, 3, 24-43. <https://www.semanticscholar.org/paper/Clima-social-familiar-e-impacto-en-el-rendimiento-Oma%C3%B1a-Contreras/f911e929fab3fc8bddc1f2c23814201290560c6e>
- Oquendo Madriz, C. (2019). *Adolescente: libre pero nunca solo*. Universidad de La Sabana. <https://elibro.net/es/ereader/bibliotecautpl/123890?page=53>
- Ordóñez, M. A., González, J. E. y Larriva, A. E. (2017). Disfunción familiar y depresión en adolescentes del nivel de bachillerato de la Zona 7. *Revista Médica*. 12(1) <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/depresion-adolescentes-bachillerato/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2020, 30 enero). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

- Organización Mundial de la Salud. (2020, 30 enero). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>
- Organización Mundial de la Salud. (sin fecha). *Desarrollo en la adolescencia*. OMS. [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)
- Organización Mundial de la Salud. (sin fecha). *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente*. [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/mental\\_health/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/mental_health/es/)
- Oseña Gago, D., Ruiz Tejada, J. O., Hurtado Tiza, D. R., & Añaños Bedriñana, M. A. (2020). Clima social familiar y rendimiento académico en estudiantes de una universidad pública de Lima. *Revista Conrado*, 16(77), 26-31. [https://apps.webofknowledge.com/full\\_record.do?product=WOS&search\\_mode=GeneralSearch&qid=1&SID=6DedRm1d7e6PeJeaYrr&page=2&doc=18](https://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=WOS&search_mode=GeneralSearch&qid=1&SID=6DedRm1d7e6PeJeaYrr&page=2&doc=18)
- Ospina-Ospina, F. D. C., Hinestrosa-Upegui, M. F., Paredes, M. C., Guzmán, Y., & Granados, C. (2011). Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. *Revista de salud pública*, 13, 908-920.
- Ossa, A. M., Sanchez, A., Mejía, C. E., & Bareño, J. (2016). Prevalencia de depresión y sus factores asociados en adolescentes entre 13 y 17 años en Colombia año 2003. *Revista CES Salud Pública*, 7(1), 37-48. DOI: <http://dx.doi.org/10.21615/cessp.7.1.4>
- Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2012). *Desarrollo Humano*. <https://psicologoseducativosgeneracion20172021.files.wordpress.com/2017/08/papalia-feldman-desarrollo-humano-12a-ed2.pdf>
- Páramo, M. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Sociedad Chilena de Psicología Clínica*, 29(1),

[85-95]. [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082011000100009](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082011000100009)

Paredes, P. (2018). Bullying entre adolescentes, una problemática creciente. *INSPIPILIP*, 2(2), 1-15. <https://www.inspilip.gob.ec/OJS/index.php/inspilip/article/view/55>

Pérez-Padilla, E. A., Cervantes-Ramírez, V. M., Hijuelos-García, N. A., Pineda-Cortés, J. C., & Salgado-Burgos, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista biomédica*, 28(2), 73-98. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6048906>

Perpiñan, S. (2009). *Atención temprana y Familia*. <https://www-digitaliapublishing-com.eu1.proxy.openathens.net/a/28924/atencion-temprana-y-familia.-como-intervenir-creando-entornos-competentes>

Pi Osoria, A., & Cobián Mena, A. (2016). Clima Familiar: una nueva mirada a sus dimensiones e interrelaciones. *MULTIMED*, 20(2), 449-460. <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/164/212>

Pons, J., & Buelga, S. (2011). Factores asociados al consumo juvenil de alcohol: una revisión desde una perspectiva psicosocial y ecológica. *Psychosocial Intervention*, 20(1), 75-94. <https://dx.doi.org/10.5093/in2011v20n1a7>

Pratt, L. A. (2014). *Depression in the US household population, 2009-2012* (No. 172). US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db172.pdf>

Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *The lancet*, 370(9590), 859-877. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61238-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61238-0)

Rai, D., Zitko, P., Jones, K., Lynch, J. y Araya, R. (2013). Country- and individual-level socioeconomic determinants of depression: multilevel cross-national comparison. *The British Journal of Psychiatry*, 202(3), 195-203. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.112482>

- Ramos Ramos, P. (Coord.). (2012). *Actualización de conocimientos del Trastorno Depresivo* (2a. ed.). Editorial ICB. <https://elibro.net/es/ereader/bibliotecautpl/106628?page=161>
- Rey, J., Bella, A., & Liu, J. (2017). Depresión en niños y adolescentes. *Manual de salud mental infantil y adolescente de la IACAPAP*. <https://iacapap.org/content/uploads/E.1-Depresi%C3%B3n-Spanish-2017.pdf>
- Rios, M. M. (2013). Adaptación de la escala de clima social familiar en padres de familia de instituciones educativas nacionales del distrito de San Martín de Porres. *MINDS*, 1(1).
- Rivera-Rivera, L., Rivera-Hernández, R., Pérez-Amezcu, B., Leyva-López, A., & De Castro, F. (2015). Factores individuales y familiares asociados con sintomatología depresiva en adolescentes de escuelas públicas de México. *Salud Publica De Mexico*, 57(3), 219-226. <https://doi:10.21149/spm.v57i3.7559>
- Rosabal, E. P., Sánchez, Y. M., Rosabal, R. P., & Osorio, G. G. (2016). Factores de riesgo y consumo de alcohol en adolescentes. *Multimed*, 20(2), 308-321. <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/151/147>
- Rosales, C. R, y Espinosa, M. R. (2012). La percepción del clima familiar en adolescentes miembros de diferentes tipos de familias. *Psicología y Ciencia Social/ Psychology and Social Science*, 10(1 y 2). [https://www.researchgate.net/publication/237032729\\_La\\_Percepcion\\_del\\_Clima\\_Familiar\\_en\\_Adolescentes\\_Miembros\\_de\\_Diferentes\\_Tipos\\_de\\_Familias](https://www.researchgate.net/publication/237032729_La_Percepcion_del_Clima_Familiar_en_Adolescentes_Miembros_de_Diferentes_Tipos_de_Familias)
- Ryan, J. y Hargreaves, A. (2014). *Una educación para el cambio: reinventar la educación de los adolescentes*. Ediciones Octaedro, S.L. <https://elibro.net/es/ereader/bibliotecautpl/61962?page=26>
- San, M, L., Arranz, M, B., Arrojo, R, M., Becoña, I, E., Bernardo, A, M., Caballero, M, L., ... & Garriga, M. (2016). *Guía de práctica clínica para el tratamiento de la patología dual en población adulta*.

[https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/18529/san\\_practicaclinica\\_espa%  
c3%b1ol.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/18529/san_practicaclinica_espa%c3%b1ol.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Santiago, M. A., & Torres, F. M. (2019). Conductas de riesgo y dinámica familiar del adolescente y la de sus padres. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 24(2), 17-31.  
[http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista24\(2\)\\_3.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista24(2)_3.pdf)

Serna-Arbeláez, D., Terán-Cortés, C. Y., Vanegas-Villegas, A. M., Medina-Pérez, Ó. A., Blandón-Cuesta, O. M., & Cardona-Duque, D. V. (2020). Depresión y funcionamiento familiar en adolescentes de un municipio de Quindío, Colombia. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(5). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7633418>

Singh, M. M., Gupta, M., & Grover, S. (2017). Prevalence & factors associated with depression among schoolgoing adolescents in Chandigarh, north India. *The Indian journal of medical research*, 146(2), 205.  
[https://apps.webofknowledge.com/full\\_record.do?product=WOS&search\\_mode=GeneralSea  
rch&qid=17&SID=8DgPKyhsyyJoKzhTliy&page=7&doc=66](https://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=WOS&search_mode=GeneralSearch&qid=17&SID=8DgPKyhsyyJoKzhTliy&page=7&doc=66)

Sun, W., Mei, J., Wang, Y. *et al.* Psycho-social factors associated with high depressive symptomatology in female adolescents and gender difference in adolescent depression: an epidemiological survey in China's Hubei Province. *BMC Psychiatry* 21, 168 (2021).  
<https://doi.org/10.1186/s12888-021-03165-7>

Tabares, A. S., Núñez, C., Osorio, M. P., & Aguirre, A. M. (2020). Risk and suicidal ideation and its relationship with impulsivity and depression in school adolescent. Riesgo e Ideación Suicida y su Relación con la Impulsividad y la Depresión en Adolescentes Escolares. *Revista Iberoamericana De Diagnostico y Evaluacion Psicologica*, 54(1), 147-163.  
<https://doi:10.21865/RIDEP54.1.12>

Tafur, Y. M. (2020). Sintomatología ansiosa-depresiva en relación con el funcionamiento familiar en un grupo de adolescentes de Lima Norte. *CASUS*. 2020;5(1):18-25. DOI: 10.35626/casus.1.2020.228

- Taylor, R. J., Chae, D. H., Lincoln, K. D., & Chatters, L. M. (2015). Extended family and friendship support networks are both protective and risk factors for major depressive disorder, and depressive symptoms among African Americans and Black Caribbeans. *The Journal of nervous and mental disease*, 203(2), 132  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4310769/>
- Topuzoğlu, A., Binbay, T., Ulaş, H., Elbi, H., Tanık, F. A., Zağlı, N., & Alptekin, K. (2015). The epidemiology of major depressive disorder and subthreshold depression in Izmir, Turkey: Prevalence, socioeconomic differences, impairment and help-seeking. *Journal of affective disorders*, 181, 78-86. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.04.017>
- Torrel, M., & Delgado, M. (2016). Funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la IE Zarumilla-Tumbes, 2013. *Ciencia y desarrollo*, 17(1), 47-53.  
<http://revistas.uap.edu.pe/ojs/index.php/CYD/article/view/1102/1080>
- Turchi, G. y Fortuna, D. (2018). *Psicología de la salud: del modelo bio-psico-social al modelo dialógico*. <https://www-digitaliapublishing-com.eu1.proxy.openathens.net/a/58658/psicologia-de-la-salud-del-modelo-bio-psico-social-al-modelo-dialogico>
- Valdés Cuervo, Á. A. (2007). *Familia y desarrollo: intervenciones en terapia familiar*. Editorial El Manual Moderno. <https://elibro.net/es/ereader/bibliotecautpl/39589?page=1>
- Vélez, L. P., Gutiérrez, J. A., & Isaza, B. E. (2010). Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *Ces Medicina*, 24(1).  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-87052010000100002&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87052010000100002&lng=en&tlng=es)
- Vicarioa, M. I., & González, M. J. (2014). Adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Anales de pediatría continuada*, 12(01), 42-46. <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-adolescencia-aspectos-fisicos-psicologicos-sociales-S1696281814701672>

- Viveros Chavarría, E. F. y Vergara Medina, C. E. (2019). *Familia y dinámica familiar: cartilla dirigida a facilitadores para la aplicación de talleres con familias*. Universidad Católica Luis Amigó. <https://elibro.net/es/ereader/bibliotecautpl/127447?page=11>
- Weinberger, A. H., Gbedemah, M., Martinez, A. M., Nash, D., Galea, S., & Goodwin, R. D. (2017). Trends in depression prevalence in the USA from 2005 to 2015: widening disparities in vulnerable groups. *Psychological medicine*, 48(8), 1308-1315. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291717002781>
- Wood, B. L., Miller, B. D., Lim, J., Lillis, K., Ballow, M., Stern, T., & Simmens, S. (2006). Family relational factors in pediatric depression and asthma: Pathways of effect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(12), 1494-1502. DOI: [10.1097/01.chi.0000237711.81378.46](https://doi.org/10.1097/01.chi.0000237711.81378.46)
- Yamuza, B. A., Trenas, A.F., Osuna, M.J., & Cabrera, J. (2019). Relación entre el estilo de crianza parental y la depresión y ansiedad en niños entre 3 y 13 años. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 6, 36-43. [http://www.revistapcna.com/sites/default/files/05\\_1.pdf](http://www.revistapcna.com/sites/default/files/05_1.pdf)
- Zeng, J. y Jian, W. (2018). Income-related inequality and its effect on depression prevalence in China: a longitudinal, population study. *Lancet*, 392, 22-22. <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0140673618326515>
- Zhou, Q., Fan, L., & Yin, Z. (2018). Association between family socioeconomic status and depressive symptoms among Chinese adolescents: Evidence from a national household survey. *Psychiatry research*, 259, 81-88.
- Zuluaga, E. H., Hoyos, M. L., & De Galvis, Y. T. (2012). Factores de Riesgo y de Protección de la Depresión en los Adolescentes de la Ciudad de Medellín. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 109-121. <https://revistas.usb.edu.co/index.php/IJPR/article/view/767/556>



## Apéndice 2: Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

### CUESTIONARIO 3

Por favor, lea con atención cada una de las siguientes frases. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también.

- 1) .  No me siento triste.  
 Me siento triste.  
 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.  
 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
- 2) .  No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.  
 Me siento desanimado respecto al futuro.  
 Siento que no tengo que esperar nada.  
 Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
- 3) .  No me siento fracasado.  
 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.  
 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.  
 Me siento una persona totalmente fracasada.
- 4) .  Las cosas me satisfacen tanto como antes.  
 No disfruto de las cosas tanto como antes.  
 Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.  
 Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
- 5) .  No me siento especialmente culpable.  
 Me siento culpable en bastantes ocasiones.  
 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.  
 Me siento culpable constantemente.
- 6) .  No creo que esté siendo castigado.  
 Me siento como si fuese a ser castigado.  
 Espero ser castigado.  
 Siento que estoy siendo castigado.
- 7) .  No estoy decepcionado de mí mismo.  
 Estoy decepcionado de mí mismo.  
 Me da vergüenza de mí mismo.  
 Me detesto.
- 8) .  No me considero peor que cualquier otro.  
 Me auto crítico por mis debilidades o por mis errores.  
 Continúamente me culpo por mis faltas.  
 Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9) .  No tengo ningún pensamiento de suicidio.  
 A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.  
 Desearía suicidarme.  
 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
- 10) .  No lloro más de lo que solía llorar.  
 Ahora lloro más que antes.  
 Llora continuamente.  
 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
- 11) .  No estoy más irritado de lo normal en mí.  
 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.  
 Me siento irritado continuamente.  
 No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
- 12) .  No he perdido el interés por los demás.  
 Estoy menos interesado en los demás que antes.  
 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.  
 He perdido todo el interés por los demás.
- 13) .  Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.  
 Evito tomar decisiones más que antes.  
 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.  
 Ya me es imposible tomar decisiones.

- 14) .  No creo tener peor aspecto que antes.  
 Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.  
 Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.  
 Creo que tengo un aspecto horrible.
- 15) .  Trabajo igual que antes.  
 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.  
 Tengo que obligarme mucho para hacer algo.  
 No puedo hacer nada en absoluto.
- 16) .  Duermo tan bien como siempre.  
 No duermo tan bien como antes.  
 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.  
 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
- 17) .  No me siento más cansado de lo normal.  
 Me canso más fácilmente que antes.  
 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.  
 Estoy demasiado cansado para hacer nada.
- 18) .  Mi apetito no ha disminuido.  
 No tengo tan buen apetito como antes.  
 Ahora tengo mucho menos apetito.  
 He perdido completamente el apetito.
- 19) .  Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.  
 He perdido más de 2 kilos y medio.  
 He perdido más de 4 kilos.  
 He perdido más de 7 kilos.  
 Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.
- 20) .  No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.  
 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.  
 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.  
 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
- 21) .  No he observado ningún cambio reciente en mi interés.  
 Estoy menos interesado por el sexo que antes.  
 Estoy mucho menos interesado por el sexo.  
 He perdido totalmente mi interés por el sexo.

### Apéndice 3: Escala de Clima Social Familiar (FES)

#### **ESCALA DE CLIMA SOCIAL FAMILIAR (FES) – R. H. MOOS**

**Instrucción:** Marque con una **X** en la palabra **SI**, si su respuesta de acuerdo con la oración, y en **NO**, cuando está en Desacuerdo.

**Recuerde que se pretende conocer lo que piensa usted sobre su familia, no intente reflejar la opinión que tienen los demás en esta prueba**

<b>PREGUNTAS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1. En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros		
2. Los miembros de la familia guardan a menudo sus sentimientos para sí mismos		
3. En mi casa peleamos mucho		
4. Nadie en mi casa decide por su propia cuenta		
5. Creemos que es importante ser los mejores e cualquier cosa que hagamos		
6. En mi familia, a menudo hablamos de temas políticos y sociales		
7. Pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo libre		
8. Mi familia asiste frecuentemente a diversas actividades de la iglesia		
9. Las actividades de nuestra familia se planifican con cuidado		
10. Muy pocas veces se dan reuniones obligatorias en mi familia		
11. Muchas veces da la impresión de que en casa sólo estamos “pasando el rato”		
12. Siempre podemos hablar de los que nos parece o queremos dentro de mi familia		
13. En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enojos		
14. En mi familia nos esforzamos para mantener la independencia de cada uno		
15. Para mi familia es muy importante triunfar en la vida		
16. Casi nunca asistimos a exposiciones conferencias, etc.		
17. Mi familia recibe frecuentemente visitas		
18. En mi casa no rezamos en familia		
19. En mi casa somos muy ordenados y limpios		
20. En mi familia hay pocas normas que cumplir		
21. El esfuerzo está presente en lo que hacemos en casa		
22. Es difícil desahogarse sin molestar a todos en mi familia		
23. En la casa a veces nos molestamos tanto que golpeamos o rompemos algo		
24. Cada quien decide por sus propias cosas en mi familia		
25. Para nosotros no es muy importante el dinero que gane cada uno		
26. Es muy importante aprender algo nuevo o diferente		
27. En mi familia alguien practica deporte		
28. Nos interesa el sentido religioso en mi familia y lo conversamos con temas como la navidad, semana santa, etc.		
29. Cuando necesitamos algo en casa es difícil encontrarlo		
30. Las decisiones de mi casa son tomadas por una sola persona		
31. En mi familia estamos fuertemente unidos		
32. Nuestros problemas personales lo comentamos en familia		
33. Los miembros de la familia casi nunca expresamos nuestra cólera		
34. En casa cada uno entra y sale cuando quiere		
35. Mi familia acepta la competencia y respeta al que gana		
36. Las actividades culturales nos interesan muy poco		
37. Frecuentemente vamos al cine, excursiones, paseos con mi familia		
38. No creemos en el cielo o en el infierno		
39. En mi familia la puntualidad es muy importante		
40. En la casa las cosas se hacen de una forma establecida		
41. Es raro que se ofrezca un voluntario cuando hay algo que hacer en casa		
42. Si a alguien de la casa se le ocurre hacer algo, lo hace sin consultar primero		
43. Frecuentemente nos criticamos unos a otros en mi familia		
44. En mi familia las personas tienen poca vida privada		
45. Tratamos de hacer que las cosas se hagan cada vez un poco mejor		
46. En mi casa casi nunca tenemos conversaciones intelectuales		

47. En mi casa casi todos tenemos una o dos aficiones		
48. Los miembros de mi familia tienen una idea clara de lo que está bien y lo que está mal		
49. En mi casa se cambia de opinión con facilidad		
50. En mi casa se pone mucha importancia al cumplimiento de las normas		
51. En mi familia nos apoyamos unos a otros		
52. En mi familia si alguien se queja hay otra persona que se siente mal		
53. En mi familia a veces nos peleamos y nos vamos a las manos		
54. Generalmente, en mi familia cada persona sólo confía en sí misma cuando surge un problema		
55. En la casa nos preocupamos poco por los asensos en el trabajo o las notas en el colegio		
56. Alguno de nosotros toca algún instrumento		
57. Ninguno de la familia participa en actividades recreativas fuera del trabajo o del colegio		
58. Creemos que hay algunas cosas en las que hay que tener fe		
59. En mi casa se aseguran que los dormitorios queden limpios y ordenados		
60. En las decisiones familiares todas las opiniones tienen el mismo valor		
61. En mi familia hay poco ejercicio de trabajo en grupo		
62. Se conversan libremente los temas de dinero		
63. Cuando ocurre un desacuerdo todos los miembros de mi familia trata de mantener la calma		
64. Cada miembro de mi familia defiende sus propios derechos		
65. En nuestra familia apenas nos esforzamos por tener éxito		
66. Las personas de mi familia vamos con frecuencia a la biblioteca o leemos obras literarias		
67. Las personas de mi familia van a clases particulares por interés		
68. Los miembros de mi familia piensan diferente sobre lo que es bueno y lo que es malo		
69. En mi familia están claramente definidas las tareas de cada uno		
70. En mi familia cada uno tiene libertad para lo que quiere		
71. Realmente nos llevamos bien unos con otros		
72. Frecuentemente ponemos cuidado en todo lo que nos decimos		
73. Los miembros de mi familia estamos enfrentados unos con otros		
74. En mi casa es difícil ser independiente sin herir los sentimientos de los demás		
75. "Primero es el trabajo luego es la diversión", es una norma en mi familia		
76. En mi casa ver la tv es más importante que leer		
77. Frecuentemente los miembros de mi familia salimos a divertirnos		
78. En mi casa leer la biblia es algo importante		
79. En mi familia el dinero no se administra con mucho cuidado		
80. En mi casa las normas son muy rígidas y tienen que cumplirse		
81. En mi familia se concede mucha atención tiempo a cada uno		
82. En mi casa expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontáneo		
83. En mi familia creemos que no se consigue mucho elevando la voz		
84. No existe libertad en mi casa para expresar lo que se piensa		
85. En mi casa hacemos comparaciones sobre nuestra eficacia en el trabajo en el estudio.		
86. A los miembros de mi familia nos gusta realmente el arte, la música o la literatura		
87. En mi familia la principal diversión es escuchar radio o ver tv		
88. En mi familia se cree que todo aquel que haga algo malo recibirá su castigo		
89. En mi casa generalmente la mesa se recoge inmediatamente después		
90. En mi familia es difícil que alguien se salga con la suya		