

CIENCIAS SOCIALES
ARTÍCULO ORIGINAL**Depresión y funcionamiento familiar en adolescentes de un municipio de Quindío,
Colombia****Depression and family functioning in adolescents from a municipality of Quindío,
Colombia**Daniela Serna-Arbeláez¹ , Claudia Yurani Terán-Cortés¹ , Ana Marcela Vanegas-Villegas¹ ,
Óscar Adolfo Medina-Pérez²  , Olga María Blandón-Cuesta³ , Deisy Viviana Cardona-Duque³ ¹Universidad de San Buenaventura. Medellín, Colombia.²Universidad Nacional Abierta y a Distancia. Bogotá, Colombia.³Universidad de San Buenaventura. Medellín, Colombia.**Cómo citar este artículo**Serna-Arbeláez D, Terán-Cortés CY, Vanegas-Villegas AM, Medina-Pérez OA, Blandón-Cuesta OM, Cardona-Duque DV. Depresión y funcionamiento familiar en adolescentes de un municipio de Quindío, Colombia. Rev haban cienc méd [Internet]. 2020 [citado]; 19(5):e3153. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3153>

Recibido: 05 de septiembre del 2019.

Aprobado: 22 de junio del 2020.

RESUMEN**Introducción:** la depresión en los adolescentes se ha asociado con diferentes factores, aquellos de tipo familiar cobran cada vez mayor relevancia. En la región quindiana se conocen pocos estudios al respecto.**Objetivo:** analizar la asociación entre depresión y funcionamiento familiar en adolescentes escolarizados del municipio de Circasia, Quindío.**Material y métodos:** se contó con la participación de 240 adolescentes, hombres y mujeres, entre 15 y 19 años escolarizados en las instituciones

educativas del municipio de Circasia, seleccionados a través de un muestreo aleatorio simple. Se aplicó el Inventario de Depresión de Beck, el APGAR familiar de Smilkstein y una encuesta para indagar datos sociodemográficos, familiares y de salud.

Resultados: se identificó algún nivel de depresión en el 45,8 % de los participantes y disfuncionalidad familiar en el 46,3 %. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre depresión moderada/grave y disfunción familiar leve y grave ($p < 0,001$). La

depresión también se asoció con antecedentes personales y familiares de conducta suicida, relaciones familiares regulares o malas y conflictos familiares.

Conclusiones: la disfunción familiar se asocia con síntomas depresivos moderados y graves en los adolescentes. Se requieren estudios posteriores que profundicen el análisis de diferentes variables familiares.

Palabras clave: adolescentes, depresión, familia, salud pública.

ABSTRACT

Introduction: Depression in teenagers has been associated with different factors and those of familiar type are gaining greater relevance. Few research works on this topic are known in the department of Quindío.

Objective: To analyze the association between depression and family functioning in schooled teenagers in the municipality of Circasia, Quindío.

Material and Methods: A total of 240 male and female adolescents between 15 and 19 years of age who received schooling in Educational Institutions of that region were evaluated. They were selected through a simple random sampling. The Beck Depression Inventory, the Smilkstein, G family APGAR and a survey about sociodemographic, family and health data were applied.

Results: Different depression levels were identified in 45,8% of the participants; family dysfunction was found in 46,3% of them. A statistically significant association between moderate and severe depression and mild and severe family dysfunction ($p < 0.001$) was found. Depression was also associated with personal and family history of suicidal behavior, regular or poor family relationships, and family conflicts.

Conclusions: Family dysfunction is associated with moderate and severe depressive symptoms in adolescents. Future research is needed to analyze different family variables.

Keywords: Adolescents, depression, family, public health.

INTRODUCCIÓN

La depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de manera significativa a la carga general de morbilidad, se calcula que

entre los años 2005 y 2015 se ha incrementado más de un 18 %, ⁽¹⁾ en la mayoría de países se ha reportado una prevalencia a lo largo de la vida



entre 8 % y 12 %;⁽²⁾ en el año 2016 se encontró que más de 300 millones de personas en el mundo vivían con depresión, un 4,4 % de la población mundial.⁽³⁾ Se estima que para el año 2030 sea mayor causa de carga de enfermedad.⁽²⁾ Dentro de los principales grupos afectados se encuentran los adolescentes, en quienes representa la tercera causa de morbilidad y discapacidad.⁽⁴⁾

En las Américas la depresión es uno de los principales problemas de salud pública que requiere atención, en el año 2015 se reportaron aproximadamente 50 millones de personas afectadas lo que representa un aumento del 17 % con respecto al año 2005⁽⁵⁾ y aporta un 15 % a la morbilidad global.⁽⁶⁾ La segunda Encuesta nacional de salud mental en Colombia identificó el trastorno depresivo mayor como el segundo más prevalente en población adolescente, comprobó que el total de esta población presentaba al menos un síntoma depresivo; la región central (que incluyó a los departamentos de Antioquia, Caquetá, Caldas, Quindío, Risaralda, Tolima y Huila) fue una de las más afectadas y reportó el porcentaje más alto de adolescentes con 4 a 6 síntomas de depresión.⁽⁷⁾ Los reportes de salud mental en el departamento del Quindío han indicado una alta frecuencia de intentos de suicidio en adolescentes, asociados a trastornos afectivos como la depresión,⁽⁸⁾ situación que constituye uno de los principales factores de riesgo, como lo confirman algunos hallazgos investigativos en esta zona, los cuales evidencian mayor probabilidad de riesgo suicida en adolescentes con síntomas depresivos moderados y graves (hasta 12 veces más en

comparación con aquellos que no presentan estos síntomas).⁽⁹⁾

La importancia de este fenómeno radica en las consecuencias que acarrea para la salud física y mental de las personas, ya que la depresión se caracteriza por pérdida de interés, anhedonia, sentimientos de culpa, baja autoestima, alteraciones del sueño y/o apetito, dificultades en la concentración y puede ir acompañada de síntomas de ansiedad e ideación suicida.⁽¹⁰⁾ La depresión afecta el funcionamiento cognitivo, emocional y fisiológico del individuo y representa un desajuste en el cual la persona se ve a sí misma, al entorno y al futuro de manera negativa, lo que causa sufrimiento y altera sus actividades sociales, laborales, escolares y familiares,^(3,11) además de esto, es un factor de riesgo relevante para el intento de suicidio y el suicidio consumado.⁽¹²⁾

Diferentes estudios han reportado hallazgos sobre la depresión en la adolescencia,^(2,13,14,15) y afirman que los adolescentes tienen mayor probabilidad de presentarla ya que en esta etapa se llevan a cabo procesos de cambio físico, psicológico y sociocultural, los cuales demandan estrategias de afrontamiento que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía, éxito personal y social.⁽¹⁶⁾ En esta etapa del desarrollo, distintos eventos vitales pueden adquirir un carácter estresante y tener influencia en el inicio y desarrollo de síntomas depresivos,⁽²⁾ que pueden asociarse a su vez, con factores escolares, socioeconómicos, psicológicos, sociales y familiares.^(3,14,17) Dentro de estos últimos se destacan las dificultades en la



dinámica familiar, relacionadas incluso con ideación suicida.⁽¹⁸⁾

Investigaciones en esta área indican que los adolescentes depresivos provienen de familias con patrones disfuncionales, como poca cohesión, cercanía, sentido de pertenencia y flexibilidad, lo que contribuye a la aparición de sus síntomas.⁽¹⁹⁾ En este sentido, la relación del adolescente con sus padres se considera importante en el desarrollo de la depresión, puesto que las dificultades en el vínculo y el poco apoyo emocional les hace más proclives a ella cuando enfrentan eventos estresantes.^(14,16) Estudios en diferentes grupos de adolescentes latinoamericanos, confirman esta relación: en México se han reportado mayores síntomas depresivos entre quienes informan alta percepción de conflictos familiares,⁽²⁰⁾ que indican una relación inversamente proporcional entre depresión y cohesión familiar.⁽²¹⁾ Igualmente, en Perú se ha encontrado que los alumnos pertenecientes a familias disfuncionales y severamente disfuncionales presentan depresión ligera y/o moderada.⁽²²⁾ En adolescentes colombianos se ha encontrado que la depresión en sus distintas manifestaciones está influida por alteraciones funcionales y estructurales del sistema familiar.⁽²³⁾

Los aspectos familiares fueron objeto de análisis en el II Estudio nacional de salud mental en Colombia, el cual mostró que alrededor del 31 % de la población presentaba algún tipo de disfunción familiar, este factor es fundamental para la salud mental, pues reduce las probabilidades de recibir apoyo en situaciones de estrés y aumenta síntomas de tensión emocional.

Así mismo, este estudio puso de manifiesto que las relaciones estrechas con los miembros de la familia es un factor protector de la depresión en los adolescentes.⁽⁷⁾

Otras pequisas en adolescentes colombianos, han demostrado el papel fundamental de la familia en el desarrollo de la sintomatología depresiva y el riesgo de orientación suicida, considerando el buen funcionamiento familiar muy importante en la salud mental de los jóvenes⁽²⁴⁾ y la baja cohesión familiar y dificultades en la relación con los padres, como factores de riesgo que soportan la influencia del sistema familiar en la génesis de las alteraciones en salud mental durante la adolescencia, incluyendo la depresión.^(23,25,26) Sumado a esto, algunos investigadores sugieren una relación recíproca entre estas variables, por ello afirman que el conflicto familiar es un factor asociado a la depresión en adolescentes y esta a su vez aumenta la probabilidad de conflictos familiares,⁽²⁷⁾ no obstante, en el Quindío no se conocen estudios que evalúen estos aspectos y que aporten evidencia para la caracterización de las variables familiares y personales que se asocian con la depresión en este grupo etario.

De acuerdo con todo lo anterior, se hace relevante en cada región desarrollar estudios que identifiquen los problemas de salud mental y sus factores de riesgo, a fin de generar conocimiento que aporte a la construcción de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad mental, particularmente en la etapa de la adolescencia como un momento evolutivo determinante en el desarrollo psicológico de los seres humanos.



En este sentido, el **objetivo** de este estudio fue analizar la asociación entre depresión y

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional - analítico, de tipo transversal en el periodo comprendido entre 2016-2017.

El universo poblacional estuvo conformado por todos los adolescentes entre 15 y 19 años, que estuviesen matriculados entre los grados 8° y 11° en alguno de los colegios del municipio de Circasia, Quindío. En total, setecientos siete estudiantes (707) cumplían con dichos criterios. Se realizó un muestreo aleatorio simple, ajustado por edad y sexo; con un nivel de confianza del 95 %. La distribución de respuestas fue del 30 %, esto arrojó una muestra de 222 estudiantes, la cual se sobreestimó en un 30 % por posibles pérdidas, quedó así una muestra de 288 estudiantes.

Como criterios de exclusión estuvieron los siguientes: presentar condiciones físicas o alteraciones cognitivas o psicológicas que impidieran comprender los instrumentos. También actuó como criterio de exclusión el que los menores de 18 años no presentasen por escrito consentimiento informado con la firma de su representante legal en el cual se diese autorización para que el menor participase del estudio.

Para la recolección de la información se utilizó una encuesta de datos sociodemográficos y de salud (edad, sexo, grado, estado civil, estrato socioeconómico, religión, antecedentes personales de conducta autolesiva e intento de

funcionamiento familiar en adolescentes escolarizados del municipio de Circasia, Quindío.

suicidio) y familiares (personas con quienes vivía, antecedentes familiares de suicidio, percepción de ser comprendido en la familia, frecuencia de conflictos en la familia, entre otras).

Se utilizó el Inventario de Depresión de Beck IDB,^(28,29) instrumento de 21 ítems diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva, en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años. El IDB evalúa síntomas psicológico-cognitivos y somático-vegetativos y propone rangos de calificación que oscilan entre depresión ausente y depresión grave. Las preguntas se articulan a partir de 21 síntomas y actitudes que se clasifican de 0 a 3 en términos de intensidad. En su adaptación española, el instrumento obtuvo niveles elevados de consistencia interna tanto en muestras de universitarios, población general y consultantes con trastornos psicopatológicos, el coeficiente de fiabilidad fue alto (alfa de Cronbach = 0,83). Los rangos de calificación establecen depresión mínima < 10, depresión leve a moderada 10 - 18; depresión moderada a grave de 19 - 29 y depresión severa de 30 – 63.⁽³⁰⁾

Igualmente se aplicó el APGAR familiar, esta escala de calificación establece dos posibilidades de interpretación: funcionalidad y disfuncionalidad familiar. Las dimensiones que integran los cinco conceptos que originaron el número de reactivos en el test⁽⁵⁾ son: adaptabilidad, cooperación, desarrollo,



afectividad y capacidad resolutive. Posee buena consistencia interna (alfa de Cronbach = 0,84)⁽³¹⁾ y ha mostrado ser una herramienta válida y confiable para medir la disfunción familiar de adolescentes colombianos.⁽³²⁾

Se tuvieron en cuenta las consideraciones éticas en investigación y el aval de un Comité de Bioética. Para el trabajo de campo, se acordó con las coordinaciones de cada institución educativa, los horarios, espacios y condiciones para contactar con los participantes, se entregó consentimiento informado y se solicitó la firma de los representantes legales, una vez obtenidos estos documentos se procedió a realizar las aplicaciones colectivas de los instrumentos en

grupos de entre 15 y 30 estudiantes. Para el almacenamiento de los datos se utilizó el programa Microsoft Excel y para su procesamiento, el programa SPSS.

Se calcularon medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas, se prepararon tablas de frecuencias para variables cualitativas; se realizaron análisis de asociación a través de la prueba chi – cuadrado. Para verificar la existencia de asociación entre la variable de interés y las variables dependientes, se calcularon Odds Ratio (OR) e intervalos de confianza (IC), asumiendo como significativos aquellos que tuviesen valores p inferiores a 0,05.

RESULTADOS

Análisis univariado

En total, 240 adolescentes entre 15 y 19 años respondieron la prueba, de los cuales 56,7%

fueron mujeres. Sus características sociodemográficas se describen en la Tabla 1.



Tabla 1. Características sociodemográficas de adolescentes de Circasia, Colombia

Características	Hombres		Mujeres		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Etapas de la adolescencia*						
Media (15-17 años)	88	84,6	116	85,3	204	85,0
Tardía (18-19 años)	16	15,4	20	14,7	36	15,0
Estrato socioeconómico						
Bajo-Bajo/Bajo	73	85,9	100	90,1	173	88,3
Medio-Bajo/Medio	12	14,1	11	9,9	23	11,7
Estado civil						
Soltero	99	97,1	127	94,8	226	95,8
Unión Libre	3	2,9	7	5,2	10	4,2
Religión						
No profesa	20	19,6	20	14,8	40	16,9
Profesa	82	80,4	115	85,2	197	83,1
Estructura familiar						
Nuclear	36	34,6	51	37,8	87	36,4
Monoparental	30	28,8	40	29,6	70	29,3
Extensa	20	19,2	20	14,8	40	16,7
Reconstruida	7	6,7	4	3,0	11	4,6
Otros (Abuelos, hermanos, tíos, primos, etc.)	11	10,6	20	14,8	31	13,0
Sus padres viven en otra ciudad						
No	67	67,7	93	69,4	160	68,7
Si	32	32,3	41	30,6	73	31,3
Tiempo en años de tener los padres en otra ciudad						
Entre 1 mes y 5 años	12	42,9	8	25,0	20	33,3
Entre 6 y 10 años	6	21,4	9	28,1	15	25,0
Más de 10 años	10	35,7	15	46,9	25	41,7

*Clasificación de etapas de la adolescencia.

Respecto a los antecedentes en salud mental, 14,2 % de los adolescentes afirmaron antecedentes familiares de problemas psicológicos y 24,3 % intento de suicidio en la familia; 10,1 % manifestó existencia de casos de suicidio en la familia. Por otro lado, el 14,5 %

informó tener problemas psicológicos o psiquiátricos; el 37,0 % alguna vez ha asistido al psiquiatra o psicólogo; el 94,1 % no estaba en tratamiento psicológico y el 54,2 % de ellos presentó niveles ausentes o mínimos de depresión. (Tabla 2).



Tabla 2 - Antecedentes psicológicos familiares y personales de adolescentes de Circasia, Colombia

Características	Hombres		Mujeres		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Problemas psicológicos en la familia						
No	90	87,4	115	84,6	205	85,8
Si	13	12,6	21	15,4	34	14,2
Intento de suicidio en la familia						
No	85	82,5	96	70,6	181	75,7
Si	18	17,5	40	29,4	58	24,3
Suicidio en la familia						
No	96	93,2	118	87,4	214	89,9
Si	7	6,8	17	12,6	24	10,1
Problemas psicológicos o psiquiátricos en el adolescente						
No	90	88,2	111	83,5	201	85,5
Si	12	11,8	22	16,5	34	14,5
Ha asistido alguna vez a psicólogo o psiquiatra						
No	72	70,6	78	57,4	150	63,0
Si	30	29,4	58	42,6	88	37,0
Está actualmente en tratamiento psicológico o psiquiátrico						
No	77	93,9	100	94,3	177	94,1
Si	5	6,1	6	5,7	11	5,9
Depresión						
Ausente/Mínima	68	65,4	62	45,6	130	54,2
Leve	20	19,2	47	34,6	67	27,9
Moderada	13	12,5	15	11,0	28	11,7
Grave	3	2,9	12	8,8	15	6,3

En cuanto a la ideación y conducta suicida, se encontró que el 47,5 % ha pensado en morir como la solución a sus problemas; 34,7 % ha realizado conductas autolesivas no suicidas y 18,9 % ha realizado uno o más intentos de suicidio. El 11,7 % manifestó que nunca se presentan

conflictos familiares, mientras el 12,6 % informa que nunca ha sentido que su familia lo conoce y comprende. En cuanto al funcionamiento familiar, se encontró que el 46,2 % percibe disfunción. (Tabla 3).



Tabla 3 - Suicidalidad y funcionamiento familiar en adolescentes de Circasia, Colombia

Características	Hombres		Mujeres		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ha pensado en morir como solución a sus problemas						
Nunca	60	59,4	64	47,4	124	52,5
Algunas veces	35	34,7	57	42,2	92	39,0
Muchas veces	6	5,9	14	10,4	20	8,5
Conductas autolesivas no suicidas						
Nunca	72	69,9	84	61,8	156	65,3
Sí (una o varias veces)	31	30,1	52	38,2	83	34,7
Intento de suicidio						
Nunca	94	91,3	99	73,3	193	81,1
Una vez	3	2,9	24	17,8	27	11,3
Varias veces	6	5,8	12	8,9	18	7,6
Conflictos familiares						
Nunca	17	16,3	11	8,1	28	11,7
Algunas veces	76	73,1	109	80,7	185	77,4
Muchas veces/Casi siempre	11	10,6	15	11,1	26	10,9
Siente que su familia conoce y comprende sus intereses, ideas y sentimientos						
Nunca	14	13,5	16	11,9	30	12,6
Algunas veces	41	39,4	74	54,8	115	48,1
Muchas veces/Siempre	49	47,1	45	33,3	94	39,3
Funcionamiento familiar – (APGAR familiar)						
Disfunción Familiar Grave	8	7,7	15	11,0	23	9,6
Disfunción Familiar Leve	37	35,6	51	37,5	88	36,7
Funcionalidad Familiar	59	56,7	70	51,5	129	53,8

Análisis bivariado

Se realizó un análisis bivariado para establecer si algunos factores sociodemográficos, personales y familiares de los adolescentes escolarizados del municipio de Circasia, están asociados con la

depresión. Ninguna de las variables sociodemográficas se asoció con la depresión. (Tabla 4).



Tabla 4 - Asociación entre depresión y características sociodemográficas en adolescentes de Circasia, Colombia

Características	Depresión moderada/ grave		Depresión mínima/ leve		Total		p	OR	IC95 %	
	No.	%	No.	%	No.	%			Inf	Sup
Sexo										
Hombre	16	37,2	88	44,7	104	43,3	0,372	0,734	0,372	1,448
Mujer	27	62,8	109	55,3	136	56,7	-	1,000	-	-
Etapas de la adolescencia*										
Media (15-17 años)	88	84,6	116	85,3	204	85,0	0,832	1,108	0,430	2,853
Tardía (18-19 años)	16	15,4	20	14,7	36	15,0	-	1,000	-	-
Estrato socioeconómico										
Bajo-Bajo/Bajo	27	90,0	146	88,0	173	88,3	0,749	1,233	0,342	4,439
Medio-Bajo/Medio	3	10,0	20	12,0	23	11,7	-	1,000	-	-
Estado civil										
Soltero	38	90,5	188	96,9	226	95,8	0,075	0,303	0,082	1,126
Unión Libre	4	9,5	6	3,1	10	4,2	-	1,000	-	-
Religión										
No profesas	7	16,7	33	16,9	40	16,9	0,968	0,982	0,402	2,400
Profesas	35	83,3	162	83,1	197	83,1	-	1,000	-	-
Estructura familiar										
Nuclear	19	44,2	68	34,7	87	36,4	0,287	1,886	0,587	6,057
Monoparental	14	32,6	56	28,6	70	29,3	0,394	1,687	0,507	5,616
Extensa	6	14,0	34	17,3	40	16,7	0,801	1,191	0,305	4,652
Reconstruida	0	-	11	5,6	11	4,6	0,999	0,000	0,000	-
Otros (Abuelos, hermanos, tíos, primos, etc.)	4	9,3	27	13,8	31	13,0	-	1,000	-	-
Padres en otra ciudad										
No	29	70,7	131	68,2	160	68,7	0,754	1,125	0,538	2,354
Si	12	29,3	61	31,8	73	31,3	-	1,000	-	-
Tiempo en años										
Entre 1 mes y 5 años	2	25,0	18	34,6	20	33,3	0,815	1,278	0,164	9,973
Entre 6 y 10 años	4	50,0	11	21,2	15	25,0	0,128	4,182	0,662	26,415
Más de 10 años	2	25,0	23	44,2	25	41,7	-	1,000	-	-

*Clasificación de etapas de la adolescencia



Se encontró asociación de la depresión con las siguientes variables: ha pensado en morir como solución a sus problemas, conductas autolesivas

no suicidas, antecedentes personales y familiares de intento de suicidio. (Tabla 5).

Tabla 5 - Asociación entre depresión y suicidalidad en adolescentes de Circasia, Colombia

Características	Depresión moderada/ grave		Depresión mínima/leve		Total		p	OR	IC 95%	
	No.	%	No.	%	No.	%			Inf	Sup
Ha pensado en morir como solución a sus problemas										
Nunca	2	4,7	122	63,2	124	52,5	<0,001	0,009	0,002	0,047
Algunas veces	28	65,1	64	33,2	92	39,0	0,005	0,236	0,085	0,654
Muchas veces	13	30,2	7	3,6	20	8,5	-	1,000	-	-
Conductas autolesivas no suicidas										
No	8	19,0	148	75,1	156	65,3	<0,001	0,078	0,034	0,180
Sí (una o varias veces)	34	81,0	49	24,9	83	34,7	-	1,000	-	-
Intento de suicidio										
Nunca	19	45,2	174	88,8	193	81,1	<0,001	0,069	0,024	0,200
Una vez	12	28,6	15	7,7	27	11,3	0,276	0,509	0,151	1,714
Varias veces	11	26,2	7	3,6	18	7,6	-	1,000	-	-
Intento de suicidio en la familia										
No	23	53,5	158	80,6	181	75,7	<0,001	0,277	0,138	0,555
Si	20	46,5	38	19,4	58	24,3	-	1,000	-	-
Suicidio en la familia										
No	33	76,7	181	92,8	214	89,9	0,003	0,255	0,105	0,623
Si	10	23,3	14	7,2	24	10,1	-	1,000	-	-

También se encontró asociación significativa en las relaciones familiares regulares o malas,

conflictos familiares y disfunción familiar leve y grave. (Tabla 6).



Tabla 6 - Asociación entre depresión y funcionamiento familiar en adolescentes de Circasia, Colombia

Características	Depresión moderada/grave		Depresión mínima/leve		Total		p	OR	IC 95%	
	No.	%	No.	%	No.	%			Inf	Sup
Conflictos familiares										
Nunca	0	-	28	14,3	28	11,7	0,998	0,000	-	-
Algunas veces	33	76,7	152	77,6	185	77,4	0,018	0,347	0,145	0,833
Muchas veces/Casi siempre	10	23,3	16	8,2	26	10,9	-	1,000	-	-
Siente que su familia conoce y comprende sus intereses, ideas y sentimientos										
Nunca	16	37,2	14	7,1	30	12,6	-	34,667	8,938	134,452
Algunas veces	24	55,8	91	46,4	115	48,1	0,001	8,000	2,327	27,504
Muchas veces/Siempre	3	7,0	91	46,4	94	39,3	-	1,000	-	-
Funcionamiento Familiar										
Disfunción Familiar Grave	11	25,6	12	6,1	23	9,6	<0,001	12,222	4,225	35,354
Disfunción Familiar Leve	23	53,5	65	33,0	88	36,7	<0,001	4,718	2,062	10,794
Funcionalidad Familiar	9	20,9	120	60,9	129	53,8	-	1,000	-	-

DISCUSIÓN

Este estudio tuvo como objetivo analizar la asociación entre la depresión y el funcionamiento familiar en adolescentes escolarizados. Los resultados encontrados indican que estas variables se asocian de manera significativa, evidenciando el aumento de las probabilidades de presentar depresión moderada/grave cuando la disfunción familiar es mayor. Igualmente, la depresión se asocia con antecedentes personales y familiares de conducta suicida. La depresión en los adolescentes es más probable cuando ellos perciben disfunción en sus familias. Este resultado es congruente con otros hallazgos

obtenidos en la región quindiana⁽⁹⁾ y guarda coherencia con otros estudios nacionales e internacionales^(18,19,22,23). Lo anterior sugiere la importancia de la familia para el entendimiento de esta problemática, dado que, interviene en el desarrollo cognitivo, emocional y social, así como en el establecimiento de patrones de comportamiento, esquemas de pensamiento y estilos de afrontamiento.⁽¹¹⁾ La familia es un agente que modela y modula el comportamiento y ello tiene gran relevancia en la adolescencia en que se afrontan cambios importantes que influirán en el desarrollo



posterior;⁽¹⁶⁾ en este orden de ideas, su papel es primordial en la salud mental de los adolescentes, al ser parte de su esfera personal es un referente de identidad y se constituye en un factor fundamental para la construcción de la visión de sí mismos, por tanto, tiene el potencial para intervenir en la génesis de perturbaciones emocionales o para promover el bienestar y el desarrollo integral de los individuos.⁽¹¹⁾

En relación con lo anterior, los resultados evidencian que cuando la disfuncionalidad familiar es grave hay mayor probabilidad de presentar sintomatología depresiva, esta última también se asoció con el deterioro de las relaciones familiares y la percepción de no ser comprendido en la familia. Esto se ha explicado en algunas investigaciones por el hecho de que los conflictos familiares pueden generar estrés y emociones negativas,^(33,34,35) en este sentido, la depresión se presenta con mayor intensidad cuando la familia enfrenta problemáticas concernientes a dificultades en las relaciones, comunicación conflictiva y bajos niveles de cercanía afectiva.^(18,23)

Ahora bien, este estudio reveló asociación estadísticamente significativa entre la depresión y los antecedentes personales y familiares de conducta suicida. Se identificó que pensar en morir como solución a los problemas, las conductas autolesivas o intento de suicidio y la ocurrencia de suicidios en la familia, estuvieron asociados con este trastorno; lo que es acorde con la literatura científica actual que presenta la depresión como uno de los factores estrechamente relacionados con el suicidio;^(12,36) mostró además, que los desencadenantes del

intento suicida están vinculados al área familiar.⁽¹⁸⁾ Dentro de este contexto, cabe resaltar que la depresión también se ha asociado a factores neurobiológicos predisponentes que pueden ser hereditarios,⁽³⁷⁾ aunque estos superan los objetivos de este estudio.

Todo lo anterior indica una compleja interacción entre los factores familiares (de tipo ambiental y biológico), las alteraciones del estado del ánimo y el riesgo suicida, por lo que se hace necesario profundizar esta relación a través de investigaciones futuras.

El estudio actual aporta conocimiento específico sobre la asociación entre depresión y funcionamiento familiar, el cual puede ser generalizable a la región evaluada debido al tipo de muestreo que se realizó, no obstante, también se deben tener en cuenta algunas limitaciones: las medidas utilizadas fueron de autoinforme, en futuros estudios se podría disminuir el riesgo de sesgo de memoria o atribucional al evaluar indicadores de funcionamiento con otros miembros de la familia y utilizar entrevistas clínicas estructuradas para verificar síntomas, antecedentes médicos y psiquiátricos. Así mismo, es necesario tener presente que el funcionamiento familiar evaluado refleja de manera general la satisfacción con cinco dimensiones medidas por el APGAR familiar, instrumento validado en Colombia; se requieren validaciones de otros instrumentos en este contexto para evaluar diferentes variables implicadas en el sistema familiar (ej.: cohesión, adaptación, comunicación, entre otros). El diseño utilizado fue transversal, por lo que se desconoce si la asociación se mantiene a lo largo de la



adolescencia, lo que requiere investigaciones posteriores con diseños longitudinales.

Las conclusiones de este estudio pueden aportar al fortalecimiento de los programas de prevención en salud mental adolescente en la región estudiada, dentro de los cuales, la inclusión de la familia desempeñaría un papel significativo. De acuerdo con la literatura, el núcleo familiar ejerce las influencias más tempranas, directas y duraderas en la formación integral de los individuos, y actúa en el transcurso

de sus vidas como agente modulador en su relación con el medio, que propicia una menor o mayor vulnerabilidad para la enfermedad y el aprendizaje de conductas protectoras de la salud.^(18,23)

La depresión se ha relacionado con el riesgo suicida y su detección temprana es clave para facilitar el acceso al tratamiento, particularmente en la región quindiana, la cual es fuertemente afectada por el suicidio e intento de suicidio en este grupo etario.^(8,33)

CONCLUSIONES

El funcionamiento familiar percibido por los adolescentes se asocia de manera significativa con la depresión. Cuanto más grave es la disfunción familiar, mayor es la probabilidad de presentar sintomatología depresiva moderada/grave. No se presentan diferencias en los síntomas depresivos entre los hombres y las mujeres.

RECOMENDACIONES

Se recomienda para futuras investigaciones incluir en la muestra a los padres o cuidadores, lo que permitiría comparar niveles de depresión y percepciones del funcionamiento familiar entre ellos y los adolescentes, así como verificar el historial médico y psiquiátrico. Igualmente, el análisis de otras variables intervinientes, tales como, eventos vitales estresantes y estrategias de afrontamiento familiares e individuales,

La probabilidad de presentar depresión moderada/grave es mayor en los adolescentes que informan antecedentes familiares de suicidio consumado e intento de suicidio. Así mismo, se presenta mayor depresión entre quienes reportan antecedentes personales de ideación suicida, autolesión e intento de suicidio.

podría aportar a la comprensión de la asociación entre depresión y funcionamiento familiar.

En estudios posteriores el uso de diseños longitudinales de investigación y de análisis estadísticos que determinen relaciones de causalidad, discriminen variables moderadoras y mediadoras, permitirían establecer modelos explicativos de la depresión en la adolescencia.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Depression: let's talk [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [Citado 02/02/2019]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/management/depression/en/
2. World Federation for Mental Health. Depresión: Una crisis global [Internet]. Estados Unidos: World Federation for Mental; 2012 [Citado 02/02/2019]. Disponible en: <http://www.infocoponline.es/pdf/DMSaludMentalDepresion.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2017 [Citado 02/02/2019]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
4. Organización Mundial de la Salud. Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones [Internet]. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2017 [Citado 02/02/2019]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>
5. Organización Panamericana de la Salud. "Depresión: hablemos", dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad [Internet]. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2017 [Citado 02/02/2019]. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102%3Adepression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es
6. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates [Internet]. Geneva: World Health Organization ;2017 [Citado 02/02/2019]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/
7. Ministerio de Salud y Protección Social & Colciencias. II Encuesta Nacional de Salud Mental - 2015. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social & Colciencias; 2015.
8. Secretaría de Salud Departamental del Quindío - Sistema de Vigilancia en Salud Pública. Indicadores de salud en el contexto de los determinantes sociales. Armenia: Secretaría de Salud Departamental del Quindío; 2016.
9. Arias JD. Indicadores de depresión y función familiar asociados al riesgo suicida en adolescentes de una Institución Educativa de la ciudad de Armenia [Tesis de Especialidad Psicología]. Colombia: Universidad de San Buenaventura Medellín; 2015.
10. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5. 5 ed. Arlington: Panamericana; 2014.
11. Beck A, Rush J, Shaw B, Emery G. Terapia cognitiva de la depresión. 20 ed. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2012.
12. Liotta M, Mento C, Settineri S. Seriousness and lethality of attempted suicide: A systematic review. *Aggress Violent Behav* [Internet]. 2015 [Citado 02/02/2019];21:97-109. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2014.12.013>
13. Arrieta K, Díaz S, González F. Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de odontología: prevalencia y factores relacionados. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2013;42(2):173-81.
14. Pardo G, Sandoval A, Umbarila D. Adolescencia y depresión. *Rev Colomb Psicol.* 2004;(13):17-32.
15. Heredia Ancona MC, Gómez Maqueo LE, Suárez de la Cruz LE. Depresión y sucesos de vida estresantes en adolescentes. *Rev Latinoam Med Conduct.* 2011;1(2):49-57.
16. Orcasita Pineda L, Uribe Rodríguez A. La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psychol Av la Discip.* 2010;4(2):69-82.



17. Ferrel Ortega F, Vélez Mendoza J, Ferrel Ballestas L. Factores psicológicos en adolescentes escolarizados con bajo rendimiento académico: depresión y autoestima. *Rev Encuentros*. 2014;12(2):35-47.
18. Carvajal G, Caro CV. Ideación suicida en la adolescencia: Una explicación desde tres de sus variables asociadas en Bogotá, 2009. *Colomb Med*. 2011;42(2):45-56.
19. Matejevic M, Jovanovic D, Ilic M. Patterns of Family Functioning and Parenting Style of Adolescents with Depressive Reactions. *Procedia - Soc Behav Sci*. 2015;185:234-9.
20. Galicia Moyeda IX, Sánchez Velasco A, Robles Ojeda FJ. Factores asociados a la depresión en adolescentes: Rendimiento escolar y dinámica familiar. *An Psicol*. 2009;25(2):227-40.
21. Álvarez Zúñiga M, Ramírez Jacobo B, Silva Rodríguez A, Coffin Cabrera N, Jiménez Rentería L. La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *Int J Psychol Psychol Ther*. 2009;9(2):205-16.
22. Torrel M, Delgado M. Funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la I.E. Zarumilla-Tumbes, 2013. *Cienc Desarro*. 2014;17(1):47-53.
23. Hoyos E, Lemos M, Torres De Galvis Y. Factores de Riesgo y de Protección de la Depresión en los Adolescentes de la Ciudad de Medellín. *Int J Psychol Res*. 2012;5(1):109-21.
24. Paniagua R, González C, Rueda S. Orientación al suicidio en adolescentes en una zona de Medellín, Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2014;32(3):314-21.
25. Moreno J, Echavarría K, Pardo A, Quiñones Y. Funcionalidad familiar, conductas internalizadas y rendimiento académico en un grupo de adolescentes de la ciudad de Bogotá. *Psychol Av la Discip [Internet]*. 2014 [Citado 02/02/2019];8(2):37-46. Disponible en: <http://revistas.usbbog.edu.co/index.php/Psychologia/article/viewFile/656/454>
26. Pérez Olmos I, Cruz DLT, Traslaviña ÁLV, Ibáñez Pinilla M. Caracterización de factores asociados con comportamiento suicida en adolescentes estudiantes de octavo grado, en tres colegios bogotanos. *Rev Colomb Psiquiatr [Internet]*. 2012 [Citado 02/02/2019];41(1):26-47. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0034745014600676>
27. Biglan A, Gau J, Jones L, Hinds E, Rusby J, Cody C, et al. The role of experiential avoidance in the relationship between family conflict and depression among early adolescents. *J Context Behav Sci*. 2015;4(1):30-6.
28. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4(6):561-71.
29. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev*. 1988;8(1):77-100.
30. Sanz J, Vázquez C. Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de beck. *Psicothema*. 1998;10(2):303-18.
31. Saameñoa JB, Sáncheza AD, Luna del Castillo JD, Claret PL. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Aten Primaria [Internet]*. 1996 [Citado 02/02/2019];18:289-96. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-validez-fiabilidad-cuestionario-funcion-familiar-apgar-familiar-14357>
32. Forero Ariza LM, Avendaño Durán MC, Duarte Cubillos ZJ, Campo Arias A. Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. *Rev Colomb Psiquiatr [Internet]*. 2006 [Citado 02/02/2019];35(1):23-9. Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=80635103>



33. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Comportamiento del suicidio. Colombia, 2015. Forensis. 2015;421-78.
34. Zapata J, Figueroa M, Méndez N, Miranda V, Linares B, Carrada T, et al. Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia. Bol Med Hosp Infant Mex. 2007;64(5):295-301.
35. Aguirre D, Castaño J, Cañón S, Marín D, Rodríguez J, Rosero L, et al. Riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de tres colegios de la ciudad de Manizales (Colombia), 2013. Rev la Fac Med. 2014;63(3):419-29.
36. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global [Internet]. Genova: Organizaciom Mundial de la Salud; 2014 [Citado 02/02/2019]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_spanish.pdf
37. Marcheco Teruel B. El rol de los genes en la depresión: una mirada al presente y futuro en el campo de las investigaciones genéticas. Rev Cuba Genet Comunit. 2015;9(1):5-7.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Contribución de autoría

DSA: búsqueda bibliográfica, sistematización de los datos y escritura del reporte final.

CYTC: recolección y sistematización de los datos, y escritura del reporte final.

AMVV: búsqueda bibliográfica, recolección y sistematización de los datos, y escritura del reporte final.

ÓAMP: dirigió el diseño metodológico del proyecto, análisis estadísticos y participó en la escritura del reporte final.

OMBC: asesoró el diseño del proyecto, ejecución y escritura del reporte final.

DVCD: Dirigió el diseño y ejecución del estudio, y la escritura del reporte final.

Todos los autores participamos en la discusión de los resultados y hemos leído, revisado y aprobado el texto final del artículo.

