

Factores de Riesgo y de Protección de la Depresión en los Adolescentes de la Ciudad de Medellín

Risk Factors and Protective Adolescent Depression in the City of Medellín



ELIZABETH HOYOS ZULUAGA^{*a}, MARIANTONIA LEMOS HOYOS, YOLANDA TORRES DE GALVIS^b

^a Universidad de San Buenaventura, Colombia

^b Universidad CES

ABSTRACT

Mental disorders have become a key concern in the scientific and epidemiological in recent years. This is because the social consequences that some behaviors of these disorders may involve, reason it is important to inquire about the factors associated with one of the most prevalent mental disorders in the population, depression. The objective is to evaluate the association of risk factors and protective of depression in adolescents in the city of Medellín. Design is a study of Case-Control Analytical which was identified by multivariate analysis the weight of the factors related to depression as the dependent variable. The study population consisted of school pupils from 9 to 19 years living in the city of Medellín, belonging to the public and private schools of the city, was characterized by a mean age of 13.77 with a standard deviation of 2.195 years, 56.7% were female. Statistical analysis was performed with significance level $p < 0.05$, where significant association with family cohesion, $OR = 2.35$ ($CI = 1.63$ to 3.41); social scale, $OR = 0.657$ ($CI = 0.453$ to 0.953) and Academic Area, $OR = 0.534$ ($CI = 0.408$ to 0.699). Environmental factors such as stressful life events, relationship problems with parents, spirituality, affiliation with prosocial peers and antisocial behavior, academic achievement and commitment, have an association against the internalizing disorders, where the depression.

Key Words: Depression, adolescent population, protective factors, risk factors.

RESUMEN

Los trastornos mentales han cobrado una importancia fundamental en el ámbito científico y epidemiológico en los últimos años. Esto debido a las consecuencias sociales que algunas conductas propias de estos trastornos puedan acarrear, razón por la cual es importante investigar acerca de los factores asociados a uno de los trastornos mentales más prevalentes en la población, la depresión. El objetivo es evaluar la asociación de los factores de riesgo y de protección de la depresión, en los adolescentes de la ciudad de Medellín. Es un estudio de Diseño Analítico de Casos y Controles donde se identificó, mediante un análisis multivariado el peso de los factores relacionados con la depresión como variable dependiente. La población de estudio estuvo constituida por los adolescentes escolarizados de 9 a 19 años residentes en la ciudad de Medellín, pertenecientes a las escuelas públicas y privadas de la ciudad, se caracterizó por tener una edad media de 13,77 con una desviación de 2,195 años; el 56,7% fue de sexo femenino. El análisis estadístico se realizó con nivel de significación $p < 0,05$, donde se encontró asociación significativa con la cohesión familiar, $OR=2,35$ ($IC = 1,63-3,41$); escala social, $OR=0,657$ ($IC = 0,453-0,953$) y Área académica, $OR=0,534$ ($IC = 0,408-0,699$). Los factores ambientales como eventos vitales estresantes, problemas en la relación con los padres, la espiritualidad, afiliaciones con pares con comportamientos prosociales y antisociales, logros y compromiso académico, tienen una asociación frente a los trastornos internalizantes, donde se encuentra la depresión.

Palabras Clave: Depresión, población juvenil, Factores protectores, Factores de Riesgo

Recibido/Received: Febrero 21 de 2012

Revisado/Revised: Abril 13 de 2012

Aceptado/Accepted: Mayo 21 de 2012

*Correspondence / Correspondencia:

Elizabeth Hoyos Zuluaga, Estadística e Informática, Universidad de San Buenaventura, Facultad de Psicología, Email: elizabeth.hoyos@usbmed.edu.co

Indexing / indexaciones: International Journal of Psychological Research se encuentra incluida en: Scopus, EBSCO (Academic Search Complete), Dialnet, Imbiomed, Doaj, Scirus, New Jour, Ulrichsweb, Pserinfo, Journal Seek, Google scholar.

INTRODUCCIÓN

Según el DSM IV, los criterios para el diagnóstico de un episodio depresivo son: Un período mayor a dos semanas durante el cual hay un estado de ánimo deprimido y una baja de placer o motivación (anhedonia), en el que se presentan cinco o más de los siguientes síntomas: problemas de concentración, fatiga o pérdida de energía, cambios en el peso, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento motor, sentimiento de inutilidad e ideas recurrentes de muerte o suicidio. Estos síntomas llevan a un deterioro laboral, social o interpersonal y no son debidos a enfermedad médica o sustancias (American Psychiatric Association, 2003), esto, acompañado de síntomas conductuales como la apatía, indiferencia, retardo psicomotor y la inhibición conductual; síntomas cognitivos como la disminución de la memoria, atención y concentración, la culpa hacia sí mismo, disminución de autoestima y la presencia de esquemas negativos sobre sí mismo, el mundo y el futuro; síntomas físicos como la pérdida o aumento de sueño y del apetito, los problemas sexuales y molestias corporales; así como síntomas interpersonales, que hacen referencia al deterioro en las habilidades sociales por pérdida de interés y el rechazo de otros (Sarason, 1996).

En la actualidad, la depresión se considera en un problema de salud pública (Posada Villa, 2010), tanto a nivel mundial como en nuestro país. Además, se sabe que sus consecuencias y manifestaciones afectan no solo al individuo sino a todo su grupo familiar y social, ya que involucran alteraciones emocionales graves y duraderas, en este caso referidas a un estado de ánimo bajo o irritable acompañado de pérdida de placer en las actividades diarias, el aumento o la pérdida del apetito y del sueño, sentimientos de inutilidad, entre otros síntomas (Ingram, 2005). Estos cuadros clínicos tienen diferentes repercusiones que alteran la dinámica de interacción en donde se desarrolla el individuo, asociándose con problemas psicológicos y sociales, e incrementando el riesgo de conductas violentas, de consumo de sustancias y de suicidio tanto en esta etapa como en la adultez (Posada, 2010).

El padecer una depresión tiene consecuencias y manifestaciones que afectan no solo al individuo sino a todo su grupo familiar y social (Barlow, 2007; Ingram, 2005). En niños y adolescentes se ha asociado con problemas psicológicos y sociales, incrementando el riesgo de conductas violentas, consumo de sustancias y suicidio tanto en esta etapa como en la adultez (Posada, 2010). Los síntomas depresivos en la adolescencia se han relacionado con un mayor riesgo de presentar un trastorno psiquiátrico posterior (Hammen, 2001), especialmente depresión o uso de sustancias.

Los estudios de salud mental han reportado cifras nacionales de los trastornos mentales en toda la población, sin embargo, la adolescencia es una etapa que no ha sido

lo suficientemente estudiada. A esta demanda surgió como respuesta el Estudio de Salud Mental del Adolescente (Torres, 2009), en el cual se obtuvieron cifras sobre la presencia de ansiedad y depresión, así como de factores de riesgo y asociados a estos cuadros.

Una mirada multifactorial de esta problemática implica la comprensión de factores biológicos (ej. herencia, alteraciones estructurales y funcionales en el sistema nervioso central), psicológicos (ej. personalidad, factores relacionado con el desarrollo, creencias) y sociales (ej. contexto social, económico, ideológico, roles), entendiendo como en la adolescencia hay ciertos factores ayudan a desencadenar o a evitar la aparición de un trastorno depresivo (American Psychiatric Association, 2003). Al respecto Hicks, en (2009), señalaron, al analizar los datos de Minnesota Twin Family Study, como existe una interacción entre estas variables, donde los factores ambientales, como eventos vitales estresantes, problemas en la relación con el padre o la madre, afiliaciones con pares, comportamientos prosociales y antisociales, logros y compromiso académico, tienen una influencia causal frente a la depresión y la ansiedad.

El modelo de vulnerabilidad-estrés es un marco adecuado para comprender como los factores predisponentes de varios dominios pueden incrementar la susceptibilidad a la psicopatología y crear las condiciones suficientes para la aparición del desorden (Grant, 2005; Ingram, 2005), refiriéndose a la aplicación de este marco en la comprensión de la psicopatología de niños y adolescentes, enfatizan en la importancia de estudiar los factores estresores, desencadenantes de los acontecimientos; pero focalizarse en los factores moderadores y mediadores. Estos factores pueden ser conceptualizados como factores de riesgo o de protección, desde un enfoque epidemiológico, ya que representan características que incrementan o disminuyen la probabilidad de que el estresor lleve a que se produzca la psicopatología.

En esta línea se llevó a cabo el Estudio de Situación de Salud mental del adolescente. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia, de 2010 (Posada, 2010), en el cual se obtuvieron cifras sobre la presencia de depresión, así como de factores de riesgo y protección asociados a estos cuadros. Sin embargo los resultados de este estudio se basaron en análisis bivariados, por lo que se consideró importante realizar una segunda fase en la que se estimará el peso de estos factores en la depresión para los adolescentes de la ciudad. Esta investigación se plantea como una segunda fase de este estudio donde el análisis multivariado brinde una explicación adicional con respecto al peso y relevancia de los factores, a partir de una visión de este trastorno bajo el modelo de vulnerabilidad – estrés (Ingram, 2005).

Los estudios de prevalencia sobre los trastornos mentales, han reportado prevalencias del 10 al 25% para

las mujeres y del 5 al 12% para los hombres (American Psychiatric Association, 2003), es uno de los trastornos de mayor recurrencia en la población. En Colombia, las cifras son de prevalencia vida de al menos un episodio depresivo mayor son del 14.9% para las mujeres y del 8,6% para los hombres, según el estudio sobre Salud mental del 2003 (Ministerio de la Protección Social, 2003). Estas cifras fueron superiores a las encontradas en 1997 (Torres, 2009), quienes habían señalado cifras del 5 al 9% de prevalencia vida de un episodio de este tipo para las mujeres y de 2 al 3% en los hombres. Actualmente es sabido que la depresión en la adolescencia y la infancia es mucho más frecuente de lo que antes se suponía, cuando era considerada una rareza en estas etapas de la vida (Bunge, 2008). Esto fue evidenciado en el Estudio de Salud Mental del Adolescente Medellín 2006, donde se encontró una prevalencia de 12.1% en los adolescentes, con cifras del 9.3% en hombres y 13.9% en mujeres, que señalan diferencias estadísticamente significativas entre los sexos (Torres, 2006).

En la adolescencia, el asunto de la salud mental y especialmente el de la depresión cobra una importancia especial, debido a la importancia que tiene esta población y las repercusiones que los problemas mentales conllevan al presente y futuro de estos. Al respecto, se llevó a cabo un estudio longitudinal con 269 adolescentes para evaluar el poder predictivo de los síntomas psiquiátricos en un diagnóstico posterior en la adultez (Fichter, 2009). La línea de base se llevó a cabo entre 1980 y 1984 mediante la Standardized Psychiatric Interview y el seguimiento entre el 2001 y 2004, mediante la entrevista M-CIDI. Se obtuvieron datos de un 82% de los adolescentes evaluados inicialmente, los cuales mostraron que los síntomas somáticos, la irritabilidad, fatiga, desórdenes del sueño, depresión, ansiedad, preocupación y síntomas fóbicos durante la niñez y adolescencia, están relacionados con un mayor riesgo de presentar un trastorno psiquiátrico en la adultez (Fichter, 2009 ; Keenan, 2009).

En la misma línea se ha encontrado que los síntomas depresivos en la adolescencia están asociados con un alto riesgo de padecer depresión o uso de sustancias en la adultez, así como las fobias se asocian con trastornos de ansiedad posterior (Fichter, et al., 2009).

Actualmente se sabe que el abordaje de los trastornos en este campo debe estar basado en una visión de la etiología donde se consideren factores biológicos (ej. herencia, alteraciones estructurales y funcionales en el sistema nervioso central), psicológicos (ej. personalidad, factores relacionado con el desarrollo, creencias) y sociales (ej. contexto social, económico, ideológico, roles), relacionados de manera multifactorial. Así, podría definirse la psicopatología como una incapacidad para llevar a cabo los roles esperados según su etapa de desarrollo, debido a una vulnerabilidad del individuo que se activa a partir de un evento o eventos estresantes que lo desbordan, manifestándose en una disminución de su

estabilidad personal (Vargas, 2008). Este modelo se confirma con los estudios que evidencian como en la adolescencia hay ciertos factores ayudan a desencadenar o a evitar la aparición de un trastorno depresivo (Wick, 1997). Al respecto, se realizó un estudio con 86 adolescentes en edades tempranas (media de edad 13.46 años), donde se reportaron correlaciones con las variables de los pares y la familia, pero que la ansiedad social estaba más fuertemente relacionada con variables de los pares (competencia social, confianza y comunicación con los amigos), mientras que los síntomas depresivos presentaron mayor fuerza de asociación con las variables familiares (baja confianza, alienación familiar, conflictos familiares (Starr, 2009).

Estos factores asociados también fueron objeto de análisis en el Estudio de Situación de Salud mental del adolescente. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia (Posada, 2010), donde se analizaron tanto factores protectores como de riesgo, tales como el maltrato infantil, la tipología familiar, la relación con los padres, entre otros. Sin embargo los análisis llevados a cabo en éste fueron bivariados, de tal forma que este trabajo se plantea como una segunda fase de este estudio en la que se busca realizar un análisis de los factores asociados a la depresión en adolescentes de la ciudad de Medellín, de tal forma que se comprendan las interacciones que hay entre estos eventos.

MÉTODO

Se aplicó el método Analítico de Casos y Controles mediante el cual se exploró la relación causal de las variables estudiadas, utilizando la regresión lineal múltiple, la regresión logística, por lo que permite introducir como variables predictoras de la respuesta una mezcla de variables categóricas y cuantitativas, y a partir de los coeficientes de regresión de las variables independientes introducidas en el modelo se puede obtener directamente la OR de cada una de ellas, buscando explicar a través de un modelo matemático el peso de los factores relacionados con la depresión como variable dependiente; y el análisis de componentes principales, cuya proyección de la nube de puntos sobre los componentes sirven para interpretar la relación entre las diferentes variables. Sin embargo, su interpretación, a veces, puede llegar a ser muy compleja, por lo que se puede recurrir a la rotación de los componentes (ejes). Se definió el caso como los adolescentes entre 9 y 19 años que según la escala de Depresión del DSM –IV cumplieran con más de cinco criterios, y el grupo control, como los adolescentes entre 9 y 19 años que según la escala de Depresión del DSM –IV no cumplieran con los criterios establecidos. Este estudio, al ser anidado y establecido desde una muestra probabilística, representa la fortaleza de poder generalizar los resultados a toda la población de estudio.

Población y Muestra

La población y la muestra de este estudio serán las mismas del Estudio de Situación de Salud mental del adolescente. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia (Posada, 2010), proponiendo un análisis secundario de esta base de datos. La población de este proyecto fueron adolescentes entre 9 y 19 años pertenecientes a las escuelas públicas y privadas de la ciudad de Medellín, clasificándolos de acuerdo al sexo, la edad y el tipo de colegio. La muestra se estimó mediante la aplicación de estudios poblacionales utilizando una estimación de proporciones. La base de datos está constituida por 3690 adolescentes escolarizados a los cuales se les evaluó con escalas validadas con anterioridad por el Grupo de Salud Mental –CES. Como parte del primer estudio se validó la nueva Escala depresión versión Medellín, que tiene como origen conceptual los criterios incluidos en la escala de María Kovak y la de WS Reynolds. El valor psicométrico obtenido en esta validación es muy alto con un coeficiente de confiabilidad Alpha de Cronbach de 0,91. La cohesión familiar se evaluó por medio de la aplicación de la escala validada para nuestra cultura, por integrantes del Grupo de Investigación en Salud Mental varios de los ítems que la componen ya habían sido aplicados en los Estudios Nacionales de Salud Mental y se viene aplicando en numerosos estudios en el medio, entre los cuales el primer estudio sobre Salud Mental del adolescente Medellín 2006 (Torres, 2006), presenta un alto valor psicométrico con un Alpha de Cronbach: 0.798 y está conformada por 8 ítems. Así mismo, la Escala de Autoestima, validada por los mismos autores y que viene siendo aplicada desde el estudio sobre consumo de sustancias psicoactivas y otros factores asociados a violencia juvenil realizado por el mismo grupo de investigación en el año 2000 (Torres, 2006), presenta muy buena confiabilidad, siendo el coeficiente Alpha de Cronbach es de 0.8180, está conformada por 10 ítems, por último, la escala de Comportamiento social, tiene nueve ítems y es unidimensional con un coeficiente Alpha de Cronbach de 0.82, desde su validación el 2000, viene siendo aplicada en numerosos estudios sobre consumo de sustancias psicoactivas, violencia juvenil y salud mental de adolescente, su resultado positivo se comporta como factor de protección (Torres, 2006).

Procedimiento

Si bien, el objetivo principal de la investigación es la evaluación de los factores asociados a través de un modelo matemático, se tuvo en cuenta el análisis a partir de diferentes procesos, siguiendo con una revisión exhaustiva de la base de datos de la investigación Salud Mental del Adolescente para garantizar la calidad del dato, y reducir el sesgo que se introduce en el proceso de medición de la exposición, ya que se midió en forma retrospectiva, después del inicio del evento en estudio. El

análisis estadístico pertinente al proyecto se realizó en la versión 19 del paquete estadístico SPSS.

En un primer momento se realizó una distribución de frecuencias de acuerdo a las variables sociodemográficas con el fin de caracterizar la población estudiada; indicando promedios en las variables cuantitativas y porcentajes y frecuencias en variables cualitativas. Se estimaron las prevalencias de las variables de análisis (factores de riesgo) y de la variable dependiente, Depresión, la cual se categorizó a partir de los criterios señalados en el Manual Estadístico de los Trastornos Mentales IV edición (DSM-IV), esta variable se analizó a partir de variables como sexo y grupos de edad.

Haciendo una revisión de las variables que apuntan a la presencia o no de la depresión en los adolescentes, se evalúan en un segundo momento las Escalas de cohesión familiar, relaciones con los padres, la espiritualidad, el área académica, la escala de ansiedad, autoestima, entre otras, a partir de un análisis bivariado, de acuerdo a la significancia del estadístico y la estimación de los intervalos de confianza.

En un tercer momento se seleccionó la variable depresión basada en la escala de criterios del DSM-IV para realizar el análisis multivariado a través de la aplicación de un modelo de Regresión Lineal Múltiple, el cual tuvo una distribución normal. Se evaluó la existencia o no de la multicolinealidad entre las variables independientes incluidas en el modelo. Así mismo, la presencia de signos algebraicos o componentes contrarios a la lógica.

En cuanto al modelo de Regresión Logística, se realizaron pruebas de asociación (t-Student y Chi-cuadrado) entre las variables con respecto a la presencia o no de la depresión en los adolescentes obteniéndose diferencias estadísticamente significativas con las variables sexo, y se determinó el peso de cada uno de los factores evaluados. Este estudio se evaluó como una investigación sin riesgo, ya que fue un estudio que empleó técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron en el estudio, entre los que se consideraron revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identificaron ni se trataron aspectos sensitivos de su conducta.

RESULTADOS

La población de estudio, que estuvo constituida por 3690 adolescentes, se caracterizó por ser mujeres en un 56,7% (2131) y el porcentaje restante fueron hombres, con una edad comprendida entre los 9 y 19 años cuya

media se encuentra en los 13,77 años con una desviación de 2,19 años. Además fueron adolescentes de instituciones privadas en un 50,7% y pertenecientes en su gran mayoría a grados de octavo hasta once.

En cuanto a la composición familiar, se encuentra que, la familia nuclear, aunque es la predominante, no llega a ser ni el 50%, por otro lado, la falta de

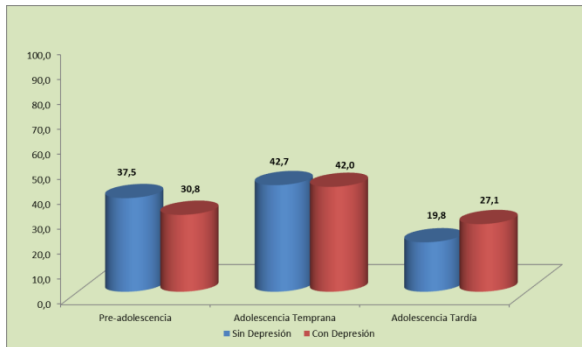
comunicación entre las familias, produce un distanciamiento y una incomprensión, promoviendo así a los malos hábitos familiares si lugar a la consolidación firme de la personalidad de los miembros de la familia (Posada, 2010). Respecto a la prevalencia de depresión, 12.1% de los adolescentes cumplieron los criterios para depresión, encontrando diferencias significativas entre los sexos (9.3% hombres y 13.9% mujeres; $p=0.0000$).

Tabla 1. Prevalencia específica por edad y sexo

	Sin Depresión n = 445		Con depresión n = 3245		Muestra Total n = 3690		Chi cuadrado	Valor p
	N	%	n	%	n	%		
Tipo de Institución							5.2892	0.0215
Publico	238	(53,5)	1547	(47,7)	1785	(48,4)		
Privado	207	(46,5)	1698	(52,3)	1905	(51,6)		
Total	445	(100,0)	3245	(100,0)	3690	(100,0)		
Hijos en la familia							16.1070	0.0966
1	80	(18,0)	585	(18,0)	665	(18,0)		
2	142	(31,9)	1220	(37,6)	1362	(36,9)		
	112	(25,2)	786	(24,2)	898	(24,3)		
4	55	(12,4)	356	(11,0)	411	(11,1)		
5	22	(4,9)	146	(4,5)	168	(4,6)		
6	14	(3,1)	59	(1,8)	73	(2,0)		
7	8	(1,8)	46	(1,4)	54	(1,5)		
8	7	(1,6)	18	(0,6)	25	(0,7)		
9	4	(0,9)	17	(0,5)	21	(0,6)		
10	0	(0,0)	6	(0,2)	6	(0,2)		
11	1	(0,2)	6	(0,2)	7	(0,2)		
Total	445	(100,0)	3245	(100,0)	3690	(100,0)		
Sexo							16.0761	0.00006
Hombre	123	(27,6)	880	(27,1)	1003	(27,2)		
Mujer	95	(21,3)	1044	(32,2)	1139	(30,9)		
Total	445	(100,0)	3245	(100,0)	3690	(100,0)		
Grado Escolar							25.6159	0.00001
Quinto	66	(14,8)	349	(10,8)	415	(11,2)		
Sexto y Séptimo	161	(36,2)	972	(30,0)	1133	(30,7)		
Octavo y Noveno	123	(27,6)	880	(27,1)	1003	(27,2)		
Décimo y Once	95	(21,3)	1044	(32,2)	1139	(30,9)		
Total	445	(100,0)	3245	(100,0)	3690	(100,0)		
Edad							13.7180	0.001
Pre-adolescencia	167	(37,5)	1000	(30,8)	1167	(31,6)		
Adolescencia Temprana	190	(42,7)	1364	(42,0)	1554	(42,1)		
Adolescencia Tardía	88	(19,8)	881	(27,1)	969	(26,3)		
Total	445	(100,0)	3245	(100,0)	3690	(100,0)		
Familia							11.6513	0.3091
Nuclear	181	(40,7)	1488	(45,9)	1669	(45,2)		
Extensa	44	(9,9)	363	(11,2)	407	(11,0)		
Monoparental femenina	70	(15,7)	418	(12,9)	488	(13,2)		
Monoparental masculina	8	(1,8)	30	(,9)	38	(1,0)		
Extendida	47	(10,6)	347	(10,7)	394	(10,7)		
Simultanea	61	(13,7)	377	(11,6)	438	(11,9)		
Comunitaria	14	(3,1)	92	(2,8)	106	(2,9)		
Fraterna	4	(,9)	32	(1,0)	36	(1,0)		
Extendida simultanea	9	(2,0)	42	(1,3)	51	(1,4)		
Extensa simultanea	6	(1,3)	43	(1,3)	49	(1,3)		
Comunitaria simultanea	1	(,2)	13	(,4)	14	(,4)		
Total	445	(100,0)	3245	(100,0)	3690	(100,0)		

Se observa con un 95 % de confianza y un 5% de error que existe asociación entre la depresión y el sexo de las personas entrevistadas, así mismo, existe asociación

con la edad y el grado escolar. En cuanto a la edad se encontró una tendencia positiva en la prevalencia de depresión a medida que aumenta la edad.

Gráfica 1. Prevalencia de depresión por edad

Haciendo una revisión de las variables que apuntan a la presencia o no de la depresión en los adolescentes, se evalúan las Escalas de cohesión familiar, relaciones con los padres, la espiritualidad, el área académica, la escala de ansiedad, autoestima, entre otras, en el cual, de acuerdo a la significancia del estadístico, se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 2. Caracterización de las Variables de Análisis escalares

Variables de Análisis	Sin Depresión		Con Depresión		Chi Cuadrado	P
	N	F (%)	N	F (%)		
Escala Cohesión Familiar					140,0969	0,000
Mala	90	(20,5)	116	(5,1)		
Buena	349	(79,5)	3058	(94,9)		
Total	439	(100,0)	3224	(100,0)		
Escala Relación con el Padre					50,5767	0,000
Mala	228	(51,2)	1100	(34,0)		
Buena	217	(48,8)	2138	(66,0)		
Total	445	(100,0)	3238	(100,0)		
Escala Relación con la Madre					83,8704	0,000
Mala	105	(23,6)	298	(9,2)		
Buena	339	(76,4)	2945	(90,8)		
Total	444	(100,0)	3243	(100,0)		
Escala de Espiritualidad					5,1231	0,024
Mala	191	(44,0)	1595	(49,8)		
Buena	243	(56,0)	1608	(50,2)		
Total	434	(100,0)	3203	(100,0)		
Escala de Comportamiento Prosocial					15,5590	0,000
Mala	29	(6,5)	95	(2,9)		
Buena	414	(93,5)	3138	(97,1)		
Total	443	(100,0)	3233	(100,0)		
Escala Social					140,9376	0,000
Sin Problemas	149	(33,6)	2041	(63,1)		
Severo	295	(66,4)	1196	(36,9)		
Total	444	(100,0)	3237	(100,0)		
Escala Área Académica					108,9567	0,000
Sin Problemas	123	(28,0)	1763	(54,5)		
Severo	317	(72,0)	1474	(45,5)		
Total	440	(100,0)	3237	(100,0)		
Escala Autoestima					28,0618	0,000
Mala	148	(33,4)	712	(22,0)		
Buena	295	(66,6)	2518	(78,0)		
Total	443	(100,0)	3230	(100,0)		
Escala Ansiedad					157,9182	0,000
Normal	85	(19,3)	1645	(51,2)		
Severo	355	(80,7)	1567	(48,8)		
Total	440	(100,0)	3212	(100,0)		
Escala Relación con los Maestros					4,5571	0,033
Mala	333	(75,3)	2573	(79,7)		
Buena	109	(24,7)	654	(20,3)		
Total	442	(100,0)	3227	(100,0)		

* Hay diferencias significativas (a nivel 0,05)

Se puede decir, con el 95% de confianza que la variabilidad en los niveles de depresión se ve explicada en un 18,2% por las variables independientes incluidas en el siguiente modelo (Ver tabla).

El valor medio de los errores es igual a 0,000, y tiene una distribución normal con un valor en el estadístico Kolmogorov - Smirnov, de 0.315, si bien, con el valor del estadístico Durbin Watson, no es posible afirmar que los errores están incorrelacionados con el 95% de confianza y con una varianza constante se puede establecer la independencia y homoscedasticidad del modelo.

Se puede afirmar que no existe multicolinealidad entre las variables independientes incluidas en el modelo ya que el factor de inflación de la varianza (VIF) es menor de 10 en cada una de las variables independientes incluidas, y la suma de sus VIF también lo es. Así mismo, cuando el modelo se evalúa como un todo hay significancia de 0,02, en los coeficientes. Y no se presentan signos algebraicos o componentes contrarios a la lógica.

Se realizaron pruebas de asociación (t-Student y Chi-cuadrado) entre las variables respecto a la presencia o no de la depresión en los adolescentes obteniéndose diferencias estadísticamente significativas con las variables sexo ($p=0,000$), Escala de Cohesión familiar ($p=0,000$), Escala Espiritualidad ($p=0,024$), Escala Comportamiento ($p=0,000$), Escala Social ($p=0,000$), Escala Académica ($p=0,000$), Escala Autoestima ($p=0,000$), Escala Ansiedad ($p=0,000$), Escala Maestros ($p=0,033$).

De acuerdo a la prueba de Hosmer y Lemeshow, y el criterio de inclusión con un $p>0,25$, la clasificación inicial mostró una especificidad del 0,883, y una final de 0,887, lo que indica que hay un 88,7% de probabilidad que los adolescentes diagnosticados, tengan realmente depresión. Por ello, con un índice de determinación de 0,359 se puede decir que la variación en los niveles de depresión explica un 35,9% de la variabilidad de depresión.

Después de la realización de varias iteraciones al comparar depresión con las demás variables a través del modelo de regresión logística binaria, se encontraron resultados contravenientes a la revisión de la literatura, factores protectores para el desarrollo del evento. Se ajustó el modelo ingresando las variables con valores de significancia de $p> 0,25$ y teniendo en cuenta la interacción de variables como sexo y grado y sexo y edad, evaluando el valor de OR de la constante por encima de un 10%.

En el modelo se observa que variables como cohesión familiar, la edad, la no satisfacción con la forma de conversar con el padre y la interacción entre sexo y grado actúan como factores de riesgo al momento de presentarse episodios de depresión. Mientras que variables como expresión de sentimientos al padre, escala social, buen nivel académico, buenas relaciones con el maestro se muestran como factores protectores a la hora de presentar grados de depresión en la población adolescente

Tabla 3. Modelo de Regresión Múltiple

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	T	Sig.	Intervalo de confianza de 95,0% para B	
	B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
(Constante)	1,761	,079		22,181	,000	1,605	1,917
Sexo	-,029	,011	-,044	-2,688	,007	-,049	-,008
Grado Escolar	,023	,009	,071	2,487	,013	,005	,041
Escala Relación con el Padre	,038	,012	,056	3,207	,001	,015	,061
Escala Relación con la Madre	,111	,017	,107	6,366	,000	,077	,145
Escala de Comportamiento Pro-social	,083	,029	,046	2,834	,005	,025	,140
Escala Social	-,069	,012	-,104	-5,959	,000	-,091	-,046
Escala Área Académica	-,064	,011	-,100	-5,724	,000	-,087	-,042
Escala Autoestima	,026	,013	,034	2,017	,044	,001	,051
Escala Ansiedad	-,092	,011	-,141	-8,249	,000	-,113	-,070
Escala Relación con los Maestros	-,058	,013	-,073	-4,402	,000	-,084	-,032

Tabla 4. Modelo de Regresión Logística

Factor	OR	I.C. 95% para EXP(B)	
		Inferior	Superior
Cohesión Familiar	2,358	1,630	3,412
Padre: satisfecho forma de conversar	1,682	1,100	2,571
Padre: me es fácil expresarle todos mis sentimientos	,657	,453	,953
Escala Social	,602	,464	,780
Escala Área Académica	,534	,408	,699
Escala Ansiedad	,683	,503	,928
Escala Maestro	,446	,331	,600
Edad	1,157	1,087	1,230
Sexo* Grado	1,065	1,004	1,129
Constante	340,624		

Cohesión Familiar, Satisfecho forma de conversar, Edad, Me es fácil expresarle todos mis sentimientos, Escala Social, Escala Área Académica, Escala Ansiedad, Escala Maestro.

** Interacción entre Sexo*Grado

DISCUSIÓN

No hay salud sin salud mental. La relación entre los componentes físico y mental de la salud es múltiple y variada. Los trastornos mentales aumentan el riesgo de padecer enfermedades transmisibles y no transmisibles, además de contribuir a las lesiones no intencionales e intencionales. También, muchas condiciones patológicas aumentan el riesgo de padecer trastornos mentales y esta comorbilidad no sólo complica la búsqueda de ayuda y de tratamiento sino que influye en el pronóstico (Rueda, 2008). Los estudios epidemiológicos suelen reflejar diferentes proporciones de prevalencia de acuerdo a la metodología usada, los tipos de trastornos incluidos en la investigación y el periodo de tiempo tomado como referencia. No obstante, se calcula que el 25% de las personas (una de cada cuatro) padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida (Vargas, 2008). En 1990 se calculaba que las afecciones psiquiátricas y neurológicas explicaban 8,8% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en América Latina y el Caribe; en el 2004 esa carga había ascendido a 22,0%.

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

Dentro de un proceso de disolución familiar, el subsistema que se ve más afectado es el filial. Estas alteraciones se manifiestan principalmente en las esferas emocional y psíquica, que se acentúan especialmente cuando los afectados se encuentran en la etapa de la

pubertad o adolescencia que, como es de conocimiento general, es una fase de cambios en todos los aspectos en el individuo (Sawyer, 2010).

Factores estresores como la extrema pobreza o indigencia también ha aumentado significativamente y en la actualidad es del 45,5% de nuestra población, es decir, 19 millones 900 mil colombianos y en estado de indigencia hay un 16,4% de la población, es decir, 7 millones 200 mil colombianos (DANE, 2011), con lo que hay hogares que ni siquiera logran cubrir sus necesidades elementales.

La incidencia de embarazo y la maternidad en las adolescentes es un indicador de los aspectos disfuncionales de una sociedad que sufre rápidos cambios sociales y culturales. Otros de los indicadores importantes de la problemática de los adolescentes son el lugar y la actividad en que distribuyen su tiempo libre; la calidad de su vivienda y el hacinamiento en el que conviven el 78,6% de los hogares de la ciudad, el consumo de alcohol, que constituye un hábito muy difundido en nuestra sociedad y que alcanza a 1 de cada 4 adolescentes antes de cumplir 15 años, y cerca del 6% de adolescentes entre 12 y 17 años de edad que han consumido algún tipo de droga. Así mismo, debemos anotar que la asignación del Estado en el sector salud alcanza tan sólo 3 dólares por habitante (Espinal, 2004).

Al responder el interrogante se encontró que las patologías más frecuentes en adolescentes provenientes de familias desestructuradas fueron las diferentes formas de trastornos depresivos, dándose una estrecha relación en los trastornos depresivos en adolescentes que presentan factores de riesgo y más cuando no se evidencia un acompañamiento familiar, por estar éste núcleo, especialmente desestructurado (Gibb, 2006).

El estudio realizado demostró la influencia de la desestructuración familiar en la génesis de las enfermedades psiquiátricas durante la adolescencia, específicamente de las diferentes formas de depresión. La modalidad más frecuente fue la familia monoparental, lo que confirma que el proceso de ruptura conyugal es el motivo más frecuente de separación de los hijos de sus respectivos padres, lo cual provoca cambios fundamentales en los ámbitos familiar, social y psíquico, que afectan así la percepción que el adolescente tiene del mundo circundante y generan crisis psicológicas y emocionales en ellos; evidentes tanto desde una perspectiva funcional familiar como estructural, pues existen familias que desde el punto de vista de su estructura se consideran nucleares, pero en la interacción de sus miembros son claramente disfuncionales, lo cual influye naturalmente en los mecanismos etio-patogénicos de los trastornos psíquicos en los adolescentes (Gibb, 2006). Del mismo modo, es sabido por estudios realizados en diferentes partes del mundo que la incidencia de las patologías psiquiátricas en las familias desestructuradas es mayor en las zonas urbanas y marginales de las grandes ciudades (Posada, 2010).

Con una mayor proporción de mujeres y una tendencia positiva con respecto a la edad, hasta los 16 años, resultados similares a los de Ge, Xiaojia, Misaki Natsuaki y Rand (Ge, 2006), quienes encontraron como los niveles de depresión aumentan en la adolescencia temprana y llegan al pico entre la adolescencia media y tardía. Igualmente es coherente con los datos que señalan que hay una mayor prevalencia en mujeres (American Psychiatric Association, 2003) y que existe un pico en la prevalencia en esta etapa entre los 15 y 17 años (Adkins, 2009).

Este estudio encontró que la baja cohesión familiar y las dificultades en la relación con el padre son los dos factores de riesgo más relevantes en los adolescentes de la ciudad de Medellín, además de la edad y el sexo. Otros factores que se señalan son las dificultades sociales, la presencia de ansiedad, las dificultades académicas y la relación con el maestro. Mientras que variables como expresión de sentimientos al padre, escala social, buen nivel académico, buenas relaciones con el maestro se muestran como factores protectores a la hora de presentar grados de depresión en la población adolescente.

Variables como cohesión familiar, concepto acuñado por la sociología que mide la “intensidad de los lazos emotivos que los miembros de una familia desarrollan entre sí”, medidos en términos de relaciones más frecuentes y estrechas entre ellos, y que se expresa generalmente en actitudes de apoyo mutuo, realización de actividades juntos y afecto recíproco (Morla, 2006). Pues bien, está ampliamente probado por los estudios de sociología de la familia que la cohesión familiar afecta positivamente el desarrollo de los hijos y favorece el juicio moral de los niños. En ese tipo de familias los padres son

la fuente principal de influencia moral y ejercen un mayor control en los estándares morales de los hijos. Además, otras como la edad, la no satisfacción con la forma de conversar con el padre y la interacción entre sexo y grado, adquieren mayor grado de impacto negativo, cuando existen en los adolescentes una percepción de minusvalía, baja autoestima, o procesos vinculares familiares poco profundos, con las figuras más representativas, favoreciendo la aparición de dificultades emocionales e incongruencias con el sí mismo, tanto desde lo individual como desde lo colectivo (Morla, 2006).

En este sentido, la cohesión y adaptabilidad familiar se consolida como un gran factor protector a la hora de enfrentar cualquier tipo de crisis. Dentro de la cohesión, se encuentran dos aspectos importantes: la relación al interior del subsistema conyugal – parental y la relación en el subsistema fraterno (Bugental, 2006).

Está ampliamente probado por los estudios de sociología de la familia que la cohesión familiar afecta positivamente el desarrollo de los hijos y favorece el juicio moral de los niños. En ese tipo de familias los padres son la fuente principal de influencia moral y ejercen un mayor control en los estándares morales de los hijos. Además, otras como la edad, la no satisfacción con la forma de conversar con el padre y la interacción entre sexo y grado, adquieren mayor grado de impacto negativo, cuando existen en los adolescentes una percepción de minusvalía, baja autoestima, o procesos vinculares familiares poco profundos, con las figuras más representativas, favoreciendo la aparición de dificultades emocionales e incongruencias con el sí mismo, tanto desde lo individual como desde lo colectivo (Lillo, 2004).

Partiendo de un modelo bioecológico, puede entenderse el mayor peso que tiene la cohesión familiar como lugar donde se dan las relaciones proximales más importantes para el niño (Bronfenbrenner, 2006). Esto es confirmado por estudios que muestran que los síntomas depresivos presentan una mayor fuerza de asociación con las variables familiares (Starr, Dávila, 2009), aunque algunos afirman que el peso de la asociación es mayor para los trastornos externalizantes que los internalizantes (Oliva, 2009; Yahav, 2007).

Analizando los factores que pueden incidir en una buena o mala cohesión familiar, se encuentra como la relación de pareja de los padres o el estilo de autoridad familiar son variables relevantes. Un estudio prospectivo con 451 adolescentes y sus familias concluyó que los conflictos entre los padres predicen síntomas depresivos y conductas de delincuencia en los adolescentes (Ming, 2007). Por otra parte, se encuentra como el conflicto marital tiene influencia en la seguridad del apego, pero además como el tipo de vínculo que se establezca no estará influenciado únicamente por los factores del niño y el cuidador, sino también por el clima familiar (Thompson, 2006).

De igual forma, actitudes sanas en los adolescentes y sus familias como son expresión de sentimientos y una sana comunicación con los padres y entre todo el grupo familiar primario, red de apoyo, círculo social amplio, que no se reduzca sólo a una pareja o un mínimo grupo de amigos, actividades deportivas, culturales, buen nivel académico, u óptimo desempeño en las actividades que realiza el adolescente, asociado esto a la percepción de su autoconcepto, y unas adecuadas relaciones con maestros o figuras de autoridad, se van consolidando en situaciones que favorecen una identificación positiva consigo mismos, el fortalecimiento de su sí mismo que en última instancia, va a ser la manera como se percibe y desde esa percepción, la forma de proyectarse y relacionarse con el mundo exterior; lo que se consolidaría como capacidades y habilidades establecidas como forma de protección frente a la aparición de enfermedades mentales como lo son los trastornos del estado del ánimo (Rosenfarb, 2001).

Acerca de los estilos de autoridad, se ha reportado como que un estilo cálido y con autoridad por parte de los padres (Bugental, 2006), el cual permite que el niño sea consciente de sus comportamientos sin sentirse amenazado por la falta de afecto de los padres, se asocia con un ajuste positivo por parte de los adolescentes (McKinney, 2008). Esto contrasta con prácticas donde se altera el desarrollo autónomo del niño, dados desde la intrusividad y la inducción de culpa, las cuales se ha encontrado que predicen altos niveles de problemas internalizantes y externalizantes, así como problemas académicos, baja autoestima y baja autoconfianza (Bronfenbrenner, 2006). Es importante anotar que en la relación con el padre dos factores fueron importantes, la forma de conversar y la dificultad para expresarle los sentimientos; resultados coherentes con la evidencia que señala que en los adolescentes los síntomas depresivos se han relacionado con el rechazo percibido, especialmente por parte del padre (Garber, 2001). Igualmente esto puede ser entendido desde lo afirmado por (Grossmann, 2005), quienes señalan como la relación de apego con el padre implica animar al niño a la exploración; factor que cobra gran importancia en la adolescencia donde los individuos enfrentan el proceso de buscar su identidad.

Con respecto a las dificultades académicas, se ha encontrado como el logro académico aumenta la sensación de control y la autoestima de los adolescentes (Ross, 2000), por lo que un bajo rendimiento académico podría llevar a la desesperanza aprendida (Au, 2009), que se manifestaría en un bajo autoconcepto y una baja autoestima, llevándolos a presentar mayor vulnerabilidad a la depresión (Dixon, 2008). Igualmente no debe dejarse de lado como todas las interacciones del adolescente están mediadas por los recursos psicobiológicos (Bronfenbrenner, 2006), donde debe reconocerse la vulnerabilidad genética a la depresión, la ansiedad, así como otros recursos en los que podría comprenderse la

influencia que puede tener el desempeño académico en la relación con los maestros, sus pares o padres.

Cabe anotar que la importancia de los factores sociales ha reportado ser mayor en adolescentes mujeres que en hombres. La aceptación social parece jugar un papel más importante en la autovalía de las mujeres (Cross, 1997), así como la ayuda de una amiga y la seguridad en la amistad pueden servir como factores amortiguadores contra la ansiedad y la depresión en el marco de la victimización escolar para este género (Schmidt, 2007).

Igualmente, y teniendo presente el peso que mostró la ansiedad para la presencia de depresión, parecería haber una asociación entre sintomatología ansiosa y depresiva, por lo que podría pensarse, que las variables sociales tendrían una influencia mediada por los síntomas ansiosos para la aparición de sintomatología depresiva (Halle III, 2009). Esto teniendo presente que factores como la competencia social, confianza y comunicación con los amigos han reportado mayor peso para la aparición de síntomas de ansiedad que de depresión (Starr, 2009), pero que la severidad de los síntomas ansiosos o depresivos en un comienzo son predictivos del desarrollo del otro cuadro, en grupos de adolescentes sanos.

Aunque estas relaciones evidencian la influencia de los factores familiares, sociales y académicos en la aparición de la depresión; su análisis dentro del modelo bioecológico implica comprender además el papel activo que tiene el adolescente frente a su medio (Bronfenbrenner, 2006). Este se evidencia en estudios que señalan como los adolescentes deprimidos tienden a percibir a sus familias menos cohesionadas y más conflictivas que sus pares sin depresión (Garber, 2001), así como resultados que evidencian que los síntomas depresivos del adolescente predicen también los conflictos de pareja entre los padres (Ming, 2007). Adicionalmente, en población de bajos recursos, se ha encontrado que el estado emocional de los adolescentes es un fuerte predictor del logro académico (Sznitman, 2011). Esto podría explicarse desde falta de atención, síntoma clásico de la depresión (Garber, 2001), que llevaría a una disminución cada vez mayor de la autoestima y la percepción de control, aumentando la desesperanza (Au, 2009). Finalmente debe anotarse que la relación entre los factores sociales y la depresión parecen también tener una tendencia bidireccional. Mediante un estudio longitudinal se evidenció como los síntomas depresivos y una baja autoestima predicen menor soporte por parte de los amigos a los dos años de la primera medición (Klima, 2008), sin embargo estas diferencias podrían deberse también a un sesgo de percepción, por ejemplo (Rudolph, 2007), encontraron una tendencia a percibir un menor número de amistades recíprocas y una menor calidad en el apoyo brindado por las amistades en adolescentes con síntomas depresivos.

Los resultados de este análisis tienen limitaciones importantes. La principal es que se basaron en un estudio transversal que no permite garantizar la presencia previa de las variables analizadas como factores de riesgo para la depresión, por lo que un estudio longitudinal, donde se vaya evaluando la presencia de los factores y la influencia entre ellos se considera necesario. Igualmente que no se tuvieron en cuenta la medición de variables constitucionales, como la vulnerabilidad genética, que permita comprender el fenómeno de forma más integral. Finalmente que el mismo diseño del estudio no permite dar cuenta si en el proceso de desarrollo se presentaron eventos estresantes que hayan desviado la trayectoria de modo significativo, ni el momento desde el cual las variables medidas comenzaron a valorarse negativamente por parte del adolescente.

A pesar de lo anterior los resultados de este estudio sí evidencian como la aparición de la depresión en adolescentes responde a un proceso complejo que involucra factores familiares, sociales, académicos y personales que cobran sentido a la luz de la psicología del desarrollo, mostrando como en el proceso de construcción del self (Laukkanen, 2009), factores como la baja cohesión familiar, las dificultades en la relación con el padre, el bajo desempeño académico, las malas relaciones con el maestro, la presencia de ansiedad y las dificultades sociales, llevarían a un concepto negativo del sí mismo que desencadenaría la sintomatología depresiva frente a un evento estresante (Harter, 2006).

No se debe olvidar además que la comprensión de estos factores es fundamental para el desarrollo de planes de promoción de la salud y prevención de la depresión, siendo importante el desarrollo de programas que busquen reforzar la cohesión familiar entre las familias, enfatizar en la importancia de los padres y maestros en el proceso de formación de los hijos, así como el brindar herramientas a los adolescentes para mejorar sus relaciones interpersonales y su desempeño académico.

REFERENCIAS

- Adkins, D.E., Wang, V., Dupre, M.E., van den Oord, E.J.C.G., Elder Jr, G.H. (2009). Structure and stress: Trajectories of depressive symptoms across adolescence and young adulthood. *Social Forces*, 88(1), 31.
- American Psychiatric Association. (2003). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV* (4th ed.). Barcelona: Masson.
- Au, R.C.P.; Watkins, D.; Hattie, J; Alexander, P. (2009). Reformulating the depression model of learned hopelessness for academic outcomes. *Educational Research Review*, 4(2), 103-117.
- Barlow, David H.; Durand, V. Mark. (2001). *Psicología anormal: un enfoque integral* (Segunda ed.). México:
- Bronfenbrenner, U. & Morris, P. (2006). *The bioecological model of human development. theoretical models of human development*
- Bugental, D. B; Grusec, J. (2006). *Socialization processes*
- Bunge, E.; Gomar, M.; & Mandil, J. (2008). *Terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Akandia.
- Cross, S. E.; Madson, L. (1997). Models of the self: Self-construals and gender. *Psychological Bulletin*, 122(1), 5-37.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. (2011). Censo realizado por la Misión para el Empalme de las Series de Empleo, Pobreza y Desigualdad, Mesepe, organismo integrado por Planeación Nacional, el DANE y con el apoyo del Banco Mundial y de la Cepal. Medellín: DANE.
- Dixon, S.K.; Roninson, S.E; (2008). Depression and college stress among university undergraduates: Do mattering and self-esteem make a difference? *Journal of College Student Development*, 49(5), 412-424.
- Durand, V. M.; Barlow, D. H. (2007). *Psicopatología. Un enfoque integral de la Psicología Anormal*. Cuarta . México: Thomson.
- Ellis, A. (1992). First-order and second-order change in rational-emotive therapy: A reply to lyddon. *Journal of Counseling & Development*, 70(3), 449-451. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=pbh&AN=9202172263&lang=es&site=ehost-live>
- Espinal Durán, Isabel. (2004). Estudio comparativo entre familias dominicanas y españolas con hijos en educación infantil, basado en las dimensiones de estilo educativo y competencia. Universitat de València). *Tesis Doctoral Dirigida Por Adelina Gimeno Collado*,
- Fichter, M. M.; Kohlboeck, G.; Quadflieg, N.; Wyschkon, A.; Esser, G. (2009). From childhood to adult age: 18-year longitudinal results and prediction of the course of mental disorders in the community. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 44(9), 792-803. doi:10.1007/s00127-009-0501-y
- Garber, J; Flynn, C. (2001). *Vulnerability to depression in childhood and adolescence*. New York: Guilford Press.
- Ge, X.; Natsuaki, M.N; Conger, R.D. (2006). Trajectories of depressive symptoms and stressful life events among male and female adolescents in divorced and nondivorced families. *Development and Psychopathology*, 18(1), 253-73.
- Gibb, B. E.; Beevers, C. G.; Andover, M. S.; & Holleran, K. (2006). The hopelessness theory of depression: A prospective multi-wave test of the vulnerability-stress hypothesis. *Cognitive Therapy & Research*, 30(6), 763-772. doi:10.1007/s10608-006-9082-1
- Grant, K. E., & McMahon, S. D. (2005). Conceptualizing the role of stressors in the development of psychopathology. *Development of*

- psychopathology. A vulnerability – stress perspective* (pp. 3). California: Sage.
- Grossmann, K., & Grossmann. (2005). Universality of human social attachment as an adaptive process. *Attachment & Bonding: A New Synthesis*.
- Halle III, W.W., Raajmakers, Q.A.W., Muris, P., van Hoof, A. & Meeus, W.H.J. (2009). One factor or two parallel processes? comorbidity and development of adolescent anxiety and depressive disorders symptoms. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 50(10), 1218-1226.
- Hammen, C. & Garber, J. (2001). Vulnerability to depression across the lifespan. New York: Guilford Press. *Vulnerability to Psychopathology: Risk Across the Lifespan*, 175.
- Harter, S. (2006). The self. *Handbook of Child Psychology: Social, Emotional, and Personality Development*, 366-428.
- Hicks, B. M., DiRago, A. C., Iacono, W. G., & McGue, M. (2009). Gene–environment interplay in internalizing disorders: Consistent findings across six environmental risk factors. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 50(10), 1309-1317. doi:10.1111/j.1469-7610.2009.02100.x
- Ingram, R. E., & Luxton, D. D. (2005). Vulnerability stress models. *Development of psychopathology. A vulnerability – stress perspective* (pp. 32). California: Sage.
- Keenan, K., Feng, X., Hipwell, A., & Klostermann, S. (2009). Depression begets depression: Comparing the predictive utility of depression and anxiety symptoms to later depression. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 50(9), 1167-1175. doi:10.1111/j.1469-7610.2009.02080.x
- Klima, T. & Repetti, R.L. (2008). Children's peer relations and their psychological adjustment differences between close friendships and the larger peer group. *Merril-Palmer Quarterly*, 54(2), 515-178.
- Laukkanen, Eila; Rissanen, Marja-Liisa; Honkalampi, Kirsi; Kylmä, Jari; Tolmunen, Tommi; Hintikka, Jukka. (2009). The prevalence of self-cutting and other self-harm among 13- to 18-year-old Finnish adolescents. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 44(1), 23 -28.
- Lillo Espinosa, J. L. (2004). Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. *Revista De La Asociación Española De Neuropsiquiatría*. 57-71.
- McKinney, C.; Donnelly, R.; & Renk, K. (2008). Perceived parenting, positive and negative perceptions of parents, and late adolescent emotional adjustment. *Child & Adolescent Mental Health*, 13(2), 66 -73.
- Ming, C.; Donnellan, M.; Conger, R. (2007). Reciprocal influences between parents' marital problems and adolescent internalizing and externalizing behavior. *Developmental Psychology*, 43(6)
- Ministerio de la Protección Social. (2003). *Estudio Nacional de Salud Mental – Colombia 2003*
- Morla Boloña, Ricardo; Saad de Janon, Emma; Saad Julia. (2006). Depresión en adolescentes y desestructuración familiar en la ciudad de Guayaquil, Ecuador. *Rev.Colomb.Psiquiatr.*, 35(2), 149-165.
- Oliva, A.; Jiménez, J. M.; Parra, Á. (2009). Protective effect of supportive family relationships and the influence of stressful life events on adolescent adjustment. *Anxiety, Stress & Coping*, 22(2), 137-152. doi:10.1080/10615800802082296
- Posada Villa, José A.; Torres de Galvis, Yolanda; et al. (2010). Situación de Salud mental del adolescente. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia. Universidad CES, Ministerio de la Protección Social, Medellín: Universidad CES.
- Rosenfarb, I.; Miklowitz, D.; Goldstein, M.; Harmon, Nuechterlein, K.; Rea, M. (2001). Family transactions and relapse in bipolar disorder. *Family Process*, 40, 1(1), 5 – 14.
- Ross, C.E; Broh, R.E. (2000). The roles of self-esteem and the sense of personal control in the academic achievement process. *Sociology of Education*, 73(4), 270-284.
- Rudolph, K.D.; Ladd, G.; Dinella, L. (2007). Gender differences in the interpersonal consequences of early-onset depressive symptoms. *Merril-Palmer Quarterly*, 53(3), 461-488.
- Rueda Sánchez, M.; Díaz Martínez, L. A.; Rueda Jaimes, G. E. (2008). Prevalencia del trastorno depresivo mayor y factores asociados: un estudio poblacional en Bucaramanga. *Revista Colombiana de Psiquiatría*; 37(2), 159-162.
- Sarason, I. G. (1996). *Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada* (7 edición ed.). Mexico, SEP 1996: Prentice Hall.
- Schmidt, M.E.; Bagwell, C.L. (2007). The protective role of friendships in overtly and relationally victimized boys and girls. *Merril-Palmer Quarterly*, 53(3), 439-460.
- Starr, L.; Dávila, J. (2009). Differentiating interpersonal correlates of depressive symptoms and social anxiety in adolescence: Implications for models of comorbidity. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(2), 337, 349.
- Sznitman, S.R., Reisel, L. & Romer, D. (2011). The neglected role of adolescent emotional well-being in national educational achievement: Bridging the gap between education and mental health policies. *Journal of Adolescent Health*, 48(2), 135-142.
- Thompson, R. (2006). The development of the person: Social understanding, relationships, conscience, self. *Handbook of Child Psychology: Social, Emotional, and Personality Development*, 3, 24-98.
- Torres, Y., Posada, J., Bareño, J. & Berbesí, D.Y. (2009). Situación de salud mental del adolescente, estudio nacional de salud mental Colombia. Medellín. Universidad CES,
- Vargas, O. M., Lemos, M., Toro, B. E., & Londoño, N. L. (2008). Prevalencia de trastornos mentales y

factores psicosociales en estudiantes universitarios usuarios del servicio de psicología. *International Journal of Psychological Research*, 1(2), 21.

Wicks Nelson, R., & Allen C., I. (1997). *Psicopatología del niño y del Adolescente* (Tercera Edición ed.). Madrid: Prentice Hall.

Yahav, R. (2007). The relationship between children's and adolescents' perceptions of parenting style and internal and external symptoms. *Child: Care, Health & Development*, 33(4), 460-471. doi:10.1111/j.1365-2214.2006.00708.x