



Depresión en adolescentes escolarizados asociada a algunos factores psicosociales en cinco poblaciones de Antioquia¹

Depression in schooled adolescents associated with some psychosocial factors in five towns of Antioquia department

Ramón Eugenio Paniagua Suárez*, Carlos Mauricio González Posada**, Sandra Milena Rueda Ramírez***, Ilder Horacio Tangarife****, César Augusto Sánchez Taborda*****

Universidad de Antioquia

Recibido: 19 de octubre de 2023 – Aceptado: 19 de marzo de 2024 – Publicado: 13 de enero de 2025

Forma de citar este artículo en APA:

Paniagua Suárez, R. E., González Posada, C. M., Rueda Ramírez, S. M., Tangarife, I. H., & Sánchez Taborda, C. A. (2025). Depresión en adolescentes escolarizados asociada a algunos factores psicosociales en cinco poblaciones de Antioquia. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 16(1), 85-106. <https://doi.org/10.21501/22161201.4810>

¹ Este artículo es derivado de seis proyectos realizados en la población adolescente escolarizada. Cuatro proyectos están inscritos en el centro de investigaciones de la Facultad Nacional de Salud Pública: nororiental y noroccidental en Medellín, Marinilla y El Carmen de Viboral. Los proyectos de Ebéjico y Copacabana se ejecutaron con el aval del comité técnico y el comité de ética de la zona noroccidental de Medellín.

* Magíster en salud pública con énfasis en salud mental, Universidad de Antioquia. Docente Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín-Colombia. Pertenece a la línea de investigación Aplicaciones estadísticas y salud pública. Contacto: ramon.paniagua@udea.edu.co, ORCID: 0000-0003-0396-8095, <https://scholar.google.es/citations?hl=es&user=c8b1nPAAAAJ>.

** Magíster en Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Docente de la Universidad de Antioquia, coordinador del grupo Historia de la Salud (Facultad Nacional de Salud Pública). Contacto: mauricio.gonzalez@udea.edu.co, ORCID: 0000-0002-0801-1279, <https://scholar.google.com/citations?user=7htG2okAAAAJ&hl=es>

*** Magíster en Epidemiología, Universidad de Antioquia. Docente Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública. Pertenece al grupo de investigación en Sistemas de Información. Contacto: sandra.rueda@udea.edu.co, ORCID: 0000-0001-8354-9151, <https://scholar.google.com/citations?user=C80aQCUAAAAJ&hl=en>.

**** Especialista en gerencia de entidades de desarrollo social, Universidad EAFIT. Pertenece a la línea de investigación Aplicaciones estadísticas y salud pública. Contacto: ilderhtr@gmail.com, ORCID: 0009-0006-0180-6147.

***** Doctor en filosofía, Universidad Pontificia Bolivariana. Docente de cátedra Instituto de Filosofía y Facultad de educación y de la Escuela de bibliotecología, Universidad de Antioquia. Contacto: cesar.sanchez1@udea.edu.co. ORCID: 000-0001-97218353, <https://scholar.google.com/citations?user=X6NDpc0AAAAJ&hl=es>

Resumen

La salud mental de las poblaciones infantiles y juveniles ha estado en las prioridades de las agendas de investigación y extensión por parte de las entidades públicas y privadas encargadas de la administración y atención de la salud pública; por tanto, un grupo interdisciplinario de docentes adscritos a la Universidad de Antioquia–Facultad Nacional de Salud Pública, se ha interesado en desarrollar investigaciones de impacto, en la población mencionada, enfocadas en diagnosticar y mitigar los factores de riesgo asociados a estos problemas. En tal sentido, se han diseñado estudios de investigación para identificar los factores asociados a la depresión. En cuanto al método, se seleccionaron seis muestras aleatorias en diferentes localidades del departamento de Antioquia, tomando las recomendaciones del comité de ética de la facultad, y se ejecutó un modelo de regresión lineal múltiple. La depresión aparece asociada al riesgo de suicidio, al funcionamiento familiar, al sexo del estudiante y algunos subconstructos de la vulnerabilidad familiar. En conclusión, la depresión es un problema de salud mental multicausal que afecta a la población adolescente escolarizada.

Palabras claves:

Salud; Salud mental; Población en edad escolar; Psicología del adolescente; Análisis cuantitativo; Estadísticas sanitarias; Investigación psicológica.

Abstract

The mental health of children and youth populations has been a priority in the research and extension agendas of public and private entities responsible for public health administration and care. In this context, an interdisciplinary group of professors from the National School of Public Health at the Universidad de Antioquia have taken an interest in developing impactful research aimed at diagnosing and mitigating risk factors associated with mental health problems in this population. Specifically, studies have been designed to identify factors associated with depression. Using a multiple linear regression model and following the recommendations of the Faculty's ethics committee, six random samples were selected from different localities in the department of Antioquia. The results indicate that depression is associated with the risk of suicide, family functioning, student gender, and certain subconstructs of family vulnerability. In conclusion, depression is a multi-causal mental health problem that affects the adolescent population in school.

Keywords

Health; Mental health; School age population; Adolescent psychology; Quantitative analysis; Health statistics; Psychological research.

Introducción

La depresión, como fenómeno recurrente entre la juventud, ha venido generando preocupación a las entidades de salud en el territorio nacional, dadas las posibles consecuencias y enlaces que de ella se desprenden: el menoscabo de la actividad académica, la vulnerabilidad familiar, el consumo de sustancias psicoactivas y la tendencia a ideas de suicidio, entre otras. Aquella, se presenta como un estado y no como una queja, un síntoma, una angustia o una inhibición, razón por la cual, “el analista debe entrever más allá de lo dicho” (Echeverría, 2004).

Vivir la adolescencia, ese tránsito de niño a adulto, y enseñar el desapego para aceptar los cambios físicos y psicológicos propios de la edad, ha resultado siempre desafiante para los padres y maestros en el acto mismo de educar. Ante las problemáticas emocionales que experimentan los adolescentes, se han recomendado intervenciones escolares con el fin de promocionar las competencias empáticas, sociales y emocionales que disminuyan los factores de riesgo asociados al consumo de sustancias perjudiciales para su salud física y mental (Rodríguez-Ruiz et al., 2021).

Sin embargo, la apertura a esos cambios (físicos por su ciclo vital, afectivas e interpersonales, familia, vivienda, por causa de la violencia y cuantos más que día a día se presentan), cuando estos no son tramitados de manera adecuada, pueden generar trastornos ansiosos y depresivos que afectan la conducta. Una vez identificados, se tiene la clave para guiar terapéuticamente a los estudiantes, siempre y cuando pueda accederse a través del diálogo y la empatía que se establece mediante la relación de los profesionales del campo psicológico y social (García, 2011).

Preguntarse sobre la depresión, especialmente, en los adolescentes, acerca a las emociones o afectos profundos para su descripción. Tales interrogantes arrojan enunciados que permiten la lectura desde la perspectiva del individuo y el profesional terapeuta, a fin de verificar y tramitar la situación que la genera y muchas veces pasa desapercibida, dada la naturalización que de varios comportamientos hace la sociedad en un determinado momento de la historia. Lo anterior, deriva en un presupuesto básico para la lectura del sujeto en cualquier circunstancia; a saber: “en la formación del sujeto siempre asumimos una zona de vulnerabilidad e impresionabilidad que parece preceder a la formación del yo consciente del individuo” (Butler, 2016, p. 11). Esto significa que, en toda criatura humana, el yo está afectado por algo exterior a sí mismo que activa y da forma al quién soy.

En tal sentido, Mircea Eliade (1996) avizora, en su texto *Lo sagrado y lo profano*, una marcada característica de la sociedad: las personas andaban desorientadas y tal sentimiento las condujo a manifestaciones de ansiedad y depresión de forma diversa: no saber qué hacer con la vida, los gustos, el tiempo, se manifestaba en anticipaciones problemáticas con las cosas del mundo y, también, en cerramientos complejos del sujeto frente a ese mundo. Este filósofo afirma que, la

ansiedad y la depresión, son fenómenos propios de la era tecnológica, cuyo efecto se evidencia en las modificaciones radicales de la configuración de la familia y del sujeto; precisamente, el uso y consumo tecnológico entre los adolescentes sin mayores controles de los adultos tiene implicaciones en la salud física y mental de los adolescentes (Muñoz-Miralles et al., 2014).

Aquí, yace una sospecha que permite leer el fenómeno de la depresión; los cambios y posiciones similares a los nombrados por Eliade (1996) se evidencian en los que se dan en las familias que se denominan disfuncionales: vulnerabilidad frente a las actividades cotidianas, rendimiento académico bajo, asunción diversa de la depresión según el género, el consumo de sustancias psicoactivas y las tendencias al suicidio (Brière et al., 2015). Detectar las situaciones depresivas en los adolescentes se hace difícil por aspectos relacionados con la inhibición que, en suma, pueden dar cuenta de una limitación funcional del yo apoyada en diversas causas que logran especificarse mediante tratamiento. Algunas de estas pueden generarse desde perturbaciones en la alimentación, disfunción sexual (Osorio & Franco, 2022), afectaciones en la locomoción y disminución de las funciones motoras para la ejecución de actividades consideradas normales, con manifestaciones reactivas de tipo físico relacionadas con mareo, fatiga, náuseas o vómito (Bonnot et al., 2022).

La experiencia clínica permite constatar que, muchas de ellas, son inconscientes para el sujeto o supremamente especializada en cada caso. A partir de aquí, dice Freud (1979), se abre un camino que lleva a comprender la inhibición general como una característica de los estados depresivos y del más grave de ellos, la melancolía.

Quizás uno de los *a priori* necesarios para la lectura de la información que tenemos sea comprender qué se entiende por depresión en general, por lo menos desde posturas que presenten el horizonte de lo que está ocurriendo en la época alrededor de este fenómeno. En tal vía, Bogaert (2012) nos dice:

La depresión neurótica es un trastorno del humor que afecta la relación del yo con su ideal. Los eventos desencadenantes del conflicto son heridas narcisísticas que estremecen una imagen personal que se sostiene en una idealización defensiva carente de apoyo real o simbólico. (p. 183)

En esta definición, la depresión ingresa en el campo de las teorías psicodinámicas y psicoanalíticas actuales de la cual se deduce una fuerte afectación de la instancia yoica y un nexo con los conceptos de energía libidinal, en la cual el narcisismo es una fase intermedia entre el autoerotismo y la elección de objetos. De manera coloquial, se presume que, estas formas depresivas, hablan de una afectación general y diversa del yo de los sujetos, así como de la personalidad, en sentido amplio, que termina por afectar las relaciones del individuo con el mundo, con su cuerpo y con el semejante, lo cual requiere algún tipo de tratamiento que comprometa al sujeto con su historia y la realidad acontecida, a fin de no derivar en enfermedades crónicas ni que se causen graves discapacidades en el tiempo (Dean & Keshavan, 2017).

Respecto a la intervención de la depresión, los trabajos de Bogaert (2012) centran su atención en resaltar la dualidad existente entre el tratamiento farmacológico, con mejoría de síntomas, y la psicoterapia analítica, que actúa sobre la dimensión personal del trastorno. Apoyado en el paradigma complejo, este autor plantea que, los estados de ánimo, son complejos y requieren de cuidado en su tratamiento, considerando, en primer lugar, que la familia, la sociedad o el entorno sean soportes suficientes para el sujeto, dado que no existe una uniformidad en ello; en segundo lugar, a veces, se hace necesaria la colaboración de profesionales de la salud mental, desde el tratamiento farmacológico, dado que, en algunos casos, el paciente no tiene los recursos psíquicos para afrontar la crisis sin fármacos o son dependientes de ellos porque han tenido en su historia personal algún vínculo con ellos; en tercer lugar, la psicoterapia es necesaria, en todos los casos, para tramitar y analizar los resortes del padecimiento con la ayuda del profesional.

Algunos estudios particulares con población adolescente han mostrado que, el incremento de los síntomas de trastornos psiquiátricos y psicológicos, en la última década, han sido alarmantes, manifestados en sentimientos de decaimiento, ánimo negativo, trastornos de ansiedad y pensamientos e ideas suicidas; en tanto que, en la población adulta, las cifras se han mantenido estables (Grimbone, 2022). En estudios como el de Kiuru (2011), se ha observado que, los síntomas depresivos de los adolescentes, convergieron cada vez más hacia los niveles promedio de sus pares, pero, esta convergencia, no se debió principalmente a los efectos de contagio; es decir, la depresión en sí misma no es contagiosa.

los hallazgos sugieren que, los procesos de socialización, pueden conducir tanto a aumentos como a disminuciones en la depresión adolescente, dependiendo del nivel promedio de depresión de los compañeros; a su vez, se puede evidenciar que, los síntomas depresivos durante la adolescencia, se asocian positivamente con las creencias, percepciones y experiencias relacionadas con los compañeros, que son factores de riesgo conocidos para el abuso de sustancias (Siennick, 2017).

En el contexto local, estudios como el de Ospina-Ospina et al. (2011) detectaron síntomas ansiosos o depresivos en el 40,5 % de la población estudiada (538); de los cuales el 28,3 % presentó, exclusivamente, síntomas sugestivos de ansiedad, con síntomas exclusivamente depresivos en 3,3 % y síntomas tanto de ansiedad como de depresión en 8,9 %. Los síntomas de ansiedad fueron más frecuentes en las mujeres y, los síntomas depresivos y mixtos, se presentaron con más frecuencia en hombres. Se encontró mayor prevalencia de síntomas depresivos 6,9 % en hombres contra 5,4 % en mujeres, dato que no fue estadísticamente significativo.

En este orden de ideas, es importante pensar que, los trastornos depresivos, si bien afectan de manera individual, también afectan al entorno inmediato, es decir, a la familia; por tanto, el relacionamiento de los individuos en un entorno y en contextos sociales específicos también in-

volucra los aspectos psicosociales, que son entendidos como relaciones de la *psique* (conjunto de procesos conscientes o inconscientes que tienen origen en la mente humana) con lo social (eso que se relaciona con las personas, las gentes, o las colectividades).

Lo psicosocial alude más a los procesos de intervención que realizan muchos profesionales de la psicología, que a los individuos que presentan situaciones difíciles de adaptabilidad a la sociedad o a su entorno, o que presentan problemas de comportamientos que, muchas veces, derivan en afectaciones mentales transitorias que deben ser atendidas, hasta inducir cambios que permitan un mejoramiento social (González & Paniagua, 2009). Por esto, desde el ejercicio investigativo en población adolescente escolarizada, se pretende identificar factores psicosociales asociados a la depresión, de forma tal que con su reconocimiento se contribuya y disponga información para el desarrollo de estrategias que mejoren las condiciones individuales y sociales.

Métodos

Se realizaron estudios cuantitativos, descriptivos, transversales y poblacionales en diferentes periodos de tiempo (Polit & Hungler, 2000), con el fin de determinar la distribución de la presencia de depresión y los factores asociados (disfunción familiar, riesgo de suicidio, vulnerabilidad familiar y consumo de sustancias psicoactivas) en adolescentes escolarizados, matriculados en cualquier grado de secundaria, en los colegios públicos y privados, y con edades que están entre los 11 y 19 años.

Los equipos de trabajo estuvieron integrados por profesores, estudiantes y profesionales adscritos al grupo de investigación, aplicaciones estadísticas y salud pública de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

Para la recolección de la información en cada población, se capacitaron equipos psicosociales conformados por psicólogos, trabajadores sociales y estudiantes de la Facultad Nacional de Salud Pública. Este equipo de recolección de la información recibió capacitación sobre el proceso de aplicación de las encuestas, las características de las poblaciones de estudiantes, el control de los posibles sesgos de la información y las preguntas de la escala Children Depression Inventory.

La realización de los estudios (entre los años 2006 y 2017) responde a las dinámicas del grupo de investigación y de los docentes participantes. Bajo los principios establecidos en la declaración de Helsinki y la Resolución 8430 de octubre 4 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (Minsalud), se obtuvieron avales del Comité de Ética de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

Participantes

Bajo un diseño probabilístico aleatorio, la muestra fue de tipo estratificada por comuna, para el Municipio de Medellín (zona nororiental y noroccidental) y, por zona urbana y rural, para los demás municipios de Antioquia, con un nivel de confianza del 95 % y un error máximo del 5 %. Se contó con un total de 3 814 adolescentes escolarizados, distribuidos así: Medellín, zona nororiental (n = 779) y noroccidental (n = 605), Copacabana (n = 406), Ebéjico (n = 624), Marinilla (n = 700) y Carmen de Viboral (n = 700); con una edad promedio de 14,2 años (D.E.= 1,9) y en su mayoría fueron mujeres, como se presenta en la tabla 1.

Tabla 1

Distribución de la muestra según sexo y municipio de los adolescentes escolarizados de cinco municipios antioqueños

		N = 3814	%
Sexo	Hombre	1853	48,6
	Mujer	1961	51,4
Municipio	Ebéjico	624	16,4
	Copacabana	406	10,6
	Marinilla	700	18,4
	El Carmen de Viboral	700	18,4
	Medellín (zona nororiental)	779	20,4
	Medellín (zona noroccidental)	605	15,9

Instrumentos

Children Depression Inventory (CDI, Kovacs, 1992). Se utiliza para detectar sintomatología depresiva en niños y adolescentes, posee 27 elementos agrupados en 5 dimensiones: ánimo negativo, problemas interpersonales, inefectividad, anhedonia y autoestima negativa. Las opciones de respuestas son de 0, 1 y 2, donde la mayor calificación indica mayor grado de severidad. A partir del puntaje, se clasifica al individuo en un nivel de depresión alto (de 19 a 54 puntos), leve (de 14 a 18 puntos) y ninguno (de 0 a 13 puntos). Esta prueba fue validada en una muestra estudiantil (Posada et al., 1996) y se obtuvo un alfa de Cronbach de .80, el cual es considerado como adecuado para la evaluación de la confiabilidad interna del instrumento.

Inventory of Suicide Orientation-30-ISO-30 (King & Kowalchuk, 1994). Evalúa el riesgo potencial de orientación suicida en adolescentes, 30 ítems se distribuyen, en cinco dimensiones, de los factores de riesgo relacionados con el suicidio: desesperanza, baja autoestima, inhabilidad para manejar las emociones, aislamiento social y marginalidad e ideación suicida (ítems críticos). Las opciones de respuesta están en una escala de cuatro puntos que van desde “*Seguro que estoy en desacuerdo*” hasta “*Seguro que estoy de acuerdo*”. A partir del puntaje, se clasifica al adoles-

cente en bajo riesgo de orientación suicida (puntaje menor a 30), en riesgo moderado (entre 30 y 44 puntos) y alto (mayor a 45). Para la validación del instrumento (Paniagua et al., 2014), se realizó un análisis de consistencia, del cual se obtuvo alfa de Cronbach de .826.

Apgar familiar (Smilkstein, 1978). Diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico en la familia. El APGAR familiar evalúa adaptación, participación, ganancia o crecimiento, afecto y recursos, se categoriza en cinco opciones (0, 1, 2, 3, 4) y su puntaje clasifica buena función familiar (18 a 20 puntos), disfunción familiar leve (14 a 17 puntos), disfunción familiar moderada (10 a 13 puntos) y disfunción familiar severa (9 o menos puntos). En Colombia, se realizó una evaluación de la consistencia interna del APGAR familiar en estudiantes de un colegio (Forero et al., 2006) y se obtuvo un alfa de Cronbach de .793, y mostró que la escala estaba compuesta por un único factor que explicaba el 55,6 % de la varianza.

¿Cómo es tu familia? (Fundación Kellogg, 1996). Esta escala permite evaluar diversos aspectos del funcionamiento familiar, entre los cuales es posible analizar la estructura y dinámica familiar. Las categorías que evalúa el cuestionario son la adaptabilidad y la vulnerabilidad a las crisis, en los grupos familiares, en 8 factores que se refieren al tipo de relaciones, afrontamiento de problemas, apoyo del adolescente, valores, satisfacción, acumulación de tensiones, problemas de salud y comportamiento y recursos de la familia. Las puntuaciones obtenidas, en cada factor, identifican como vulnerable y no vulnerable al adolescente. Los valores de los Coeficientes de Alfa de Cronbach, que miden la confiabilidad o consistencia interna entre los diversos factores de la escala, oscilan entre .51 y .81, lo que denota que, la mayoría, están entre .60 y .80, lo cual permite confiar en la consistencia del instrumento.

Análisis de datos

Se construyeron nuevas variables a partir de algunos de los indicadores de salud mental. Se consideró, como variable dependiente, el puntaje de depresión a partir de la suma de todos los valores de los ítems del instrumento CDI. Se construyeron los puntajes de las variables independientes en la siguiente forma: el puntaje de riesgo de suicidio se obtuvo a partir de la suma de todos los puntajes de los ítems del ISO-30; el puntaje de funcionamiento familiar, de la suma de los ítems del Apgar familiar y, los puntajes de los subconstructos de la vulnerabilidad familiar, de los ítems que los componen: cohesión familiar, participación en la solución de problemas, búsqueda de apoyo social, búsqueda de apoyo religioso, búsqueda de apoyo profesional, fuentes de apoyo del adolescente, redefinición de problemas, comunicación con la madre, comunicación con el padre, rutinas familiares, satisfacción con la vida, importancia de los valores morales, importancia del esfuerzo personal, importancia del poder, dinero y sexo, sentimientos de felicidad, jerarquía y lí-

mites e importancia del rendimiento académico. En todas las mediciones, a mayor puntaje mayor riesgo. Se consideraron, también, la variable sexo (1: Hombre, 2: Mujer) y la variable edad del estudiante.

Análisis estadístico

El procedimiento de estimación en la regresión lineal múltiple es semejante al utilizado en la regresión lineal simple (Martínez et al, 2006). Se estima la superficie que mejor se ajusta a la nube de puntos observados mediante el “ajuste por mínimos cuadrados”, este método minimiza las distancias desde cada punto observado hasta el plano (residuales). El modelo se basa en estos supuestos: las variables están relacionadas linealmente, la distribución de la variable dependiente, condicionada a cada posible combinación de los valores de las independientes, es una distribución normal multivariable; las variables son independientes unas de otras, homogeneidad de las varianzas (igual varianza).

Verificación de los supuestos del modelo

El examen de la bondad de un modelo se hace mediante una serie de pruebas que se podrían resumir en lo siguiente: diagramas de dispersión de residuos (en Y) contra las variables regresoras (en X); un patrón curvilíneo indica que, dicha variable, debe ser incluida con un exponente diferente a uno; diagramas de dispersión de residuos (en Y) contra los valores predichos (en X). Se realizó la prueba de normalidad de los errores (Clavijo, 1999) con los residuos, considerando que, la falta de normalidad, pone en duda las estimaciones de los parámetros.

Se aplicó el examen de observaciones influyentes indicando observaciones que, por su poder de influencia, pueden estar distorsionando las estimaciones; por consiguiente, el modelo, generalmente, se trata de *outliers* o puntos de apalancamiento. Para el examen de autocorrelación de los errores (Pardo, 2001), se revisa que, el estadístico de Durbin Watson, esté entre 1.5 y 2.5. Se valida el supuesto de multicolinealidad verificando que la tolerancia (T) no fuera menor al 10 % y el Factor de Incremento de Varianza (FIV) sea menor que 10. Se usó el programa SPSS® versión 29.0.0.0.

Resultados

El análisis de varianza es una estadística, también llamado ANOVA, que permite comparar las varianzas entre las medias de diferentes muestras. Por lo tanto, la hipótesis nula del análisis de la varianza es que, las medias de depresión de hombres y mujeres, son iguales; mientras que la hipótesis alternativa sostiene que, al menos una de las medias, es diferente. Como el valor p general del ANOVA es más bajo que el nivel de significancia ($p < 0,05$), entonces se concluyó que hay una diferencia estadísticamente significativa en el puntaje medio de depresión entre hombres y mujeres, tal y como se muestra en la tabla 2.

Tabla 2

Análisis de varianza del puntaje de depresión entre hombres y mujeres de estudiantes de secundaria en cinco municipios de Antioquia

	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Media Cuadrática	Estadístico F	Valor p
Inter grupos	3094,905	1	3094,905	64,363	0,0000
Intra grupos	183300,624	3812	48,085		
Total	186395,529	3813			

Mediante coeficiente el Ro de Spearman, se observó que, la correlación positiva entre el puntaje de depresión y el puntaje de suicidio fue significativamente distinta de cero ($p < 0,05$), lo que indica que, al aumentar el puntaje de suicidio, se aumenta el puntaje de depresión y viceversa. La correlación entre el puntaje de depresión y el puntaje de funcionamiento familiar fue estadísticamente significativa ($p < 0,05$), explicando negativamente que, a medida que aumenta el puntaje de depresión, disminuye el puntaje de funcionamiento familiar.

Con respecto a la vulnerabilidad familiar, los subconstructos que estaban correlacionados con el puntaje de depresión de manera negativa fueron la satisfacción con la vida, sentimientos de felicidad, rendimiento académico, cohesión familiar y redefinición de problemas; la acumulación de tensiones correlacionó positivamente con la depresión como se presenta en la tabla 3.

Tabla 3

Correlación entre los puntajes de depresión, suicidio, funcionamiento familiar y vulnerabilidad familiar de estudiantes de secundaria en cinco municipios de Antioquia

		Depresión (n = 3814)	
		Ro de Spearman*	Valor p
Suicidio		0,523	<0,001
Funcionamiento familiar		-0,341	<0,001
Vulnerabilidad familiar	Satisfacción con la vida	-0,315	<0,001
	Importancia que se le da al rendimiento académico	-0,292	<0,001
	Acumulación de tensiones en la familia	0,240	<0,001
	Jerarquía y límites	-0,017	0,306
	Cohesión familiar	-0,302	<0,001
	Rendimiento académico	-0,292	<0,001
	Búsqueda de apoyo religioso	-0,031	0,056
	Sentimientos de felicidad	-0,238	<0,001
	Redefinición de problemas	-0,048	0,003
	Importancia del esfuerzo personal	-0,109	<0,001

Nota. *Ro de Spearman = coeficiente de correlación

Variables asociadas al puntaje de depresión según el modelo de regresión lineal múltiple

Los supuestos probados en el modelo de regresión lineal múltiple indicaron que los residuos son independientes porque el estadístico de Durbin Watson, que es 1,910 (parámetro entre 1,5 y 2,5), el diagrama de dispersión de los pronósticos tipificados y los residuos tipificados no muestran ningún patrón. El modelo explica el 43,2 % de la varianza del puntaje de depresión, no hay variables independientes correlacionadas entre sí ($T > 0,1$; $FIV < 10$), es un modelo explicativo, mas no es un modelo predictivo, los residuos tienen media cero y hay asociación lineal en el modelo que se planteó ($F = 242,956$; $p < 0,001$).

El modelo de regresión lineal múltiple explica que, el puntaje de depresión, se encuentra relacionado con el puntaje de riesgo de suicidio, el puntaje de funcionamiento familiar, el sexo del estudiante y algunos subconstructos de la vulnerabilidad familiar. Desde las Betas estandarizadas en la tabla 4, se observa que, el puntaje de suicidio es el que más aporta en la explicación del puntaje de depresión, seguido de la vulnerabilidad en satisfacción con la vida, la importancia que se le da al rendimiento académico, sexo del estudiante y los sentimientos de felicidad.

Tabla 4

Modelo de regresión lineal múltiple de la depresión como variable dependiente según sexo, riesgo de suicidio y condiciones familiares en la población de adolescentes escolarizados de cinco municipios antioqueños

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Valor p	Estadísticos de colinealidad	
	B	ET*	Beta			T**	FIV†
Constante	12,897	0,887	0,119	14,533	<0,001	0,989	1,011
Sexo del estudiante	1,669	0,172	-0,077	9,726	<0,001	0,539	1,855
Funcionamiento familiar	-0,096	0,021	-0,083	-4,639	<0,001	0,849	1,178
Jerarquía y límites	-0,098	0,016	-0,052	-6,302	<0,001	0,638	1,567
Cohesión familiar	-0,135	0,040	0,034	-3,389	<,001	0,955	1,048
Búsqueda de apoyo religioso	0,196	0,072	0,037	2,715	0,007	0,929	1,076
Redefinición de problemas	0,124	0,043	0,032	2,899	0,004	0,876	1,141
Importancia del esfuerzo personal	0,186	0,075	-0,149	2,462	0,014	0,605	1,652
Satisfacción con la vida	-0,166	0,018	-0,107	-9,481	<,001	0,923	1,083
Sentimientos de felicidad	-0,586	0,070	-0,124	-8,409	<,001	0,840	1,190
Rendimiento académico	-0,806	0,087	0,064	-9,292	<,001	0,874	1,144
Acumulación de tensiones	0,061	0,012	0,418	4,883	<,001	0,780	1,281
Puntaje de suicidio	,223	,007		30,289	<,001		

Nota. ET*: Error Típico; T**: Tolerancia; FIV†: Factor de Incremento de Varianza.

Discusión

El estudio dejó en evidencia que, el puntaje de depresión, está relacionado con el sexo del estudiante, el funcionamiento familiar, el riesgo de suicidio y subconstructos de la vulnerabilidad familiar, como son la satisfacción con la vida, la importancia del rendimiento académico, los sentimientos de felicidad principalmente. Significa que, el problema de la depresión en los adolescentes escolarizados, es multicausal en el cual, además de asuntos individuales y psicosociales como el riesgo de suicidio, los factores familiares tienen un gran peso.

La depresión sigue siendo la segunda causa de carga de enfermedad en Colombia (Minsalud, 2021). Se evidencia que, no es solo una problemática de caso a caso, pues está superando el nivel individual en su perspectiva clínica y se convierte en una problemática de salud mental de interés en salud pública por su carácter epidemiológico.

Desde la perspectiva de género (ser hombre o mujer), estudios internacionales advierten que, el género femenino, ha tenido más del triple de probabilidades de reportar depresión o estrés (Brooks et al., 2002). Otros resultados también muestran diferencias basadas en el sexo y la ines-

tabilidad emocional, que es relevante para prevenir la depresión en niñas (Llorca et al., 2016). Entre los factores que aumentan la vulnerabilidad a la depresión durante la adolescencia, se encuentran: (a) ser mujer y (b) estar expuesta a factores estresantes (McFarlane et al., 1995).

Desde la perspectiva de funcionamiento familiar, se evidencian investigaciones que identifican altos niveles de disfunción familiar relacionados, significativamente, con aumentos en la ansiedad y la depresión (Wang et al., 2020). Estudios basados en modelos de ecuaciones estructurales indicaron que la autoestima mediaba parcialmente entre la relación padre-adolescente y depresión (Hu & Ai, 2016); además, estos hallazgos sugieren que, tanto los factores contextuales sociales, p. ej., disfunción familiar y estrés escolar, como los factores del sistema propio, p. ej., baja autoestima, son factores de riesgo para niveles elevados de ansiedad en los adolescentes (Wang et al., 2020).

Del mismo modo, otras investigaciones, en la misma línea, sugieren que el entorno familiar positivo podría disminuir síntomas depresivos (Sela et al., 2020). Los clínicos deben evaluar la severidad del riesgo en el suicidio, el trastorno obsesivo-compulsivo y vigilar de cerca los sucesos de la vida posteriores, durante el tratamiento (Wilkinson et al., 2009).

En estudio de Amaral et al. (2020), han encontrado que en adolescentes con ideación suicida el 33,3 % tenía síntomas de depresión leve, el 56,7 % moderada, y un 10 % grave; con correlaciones positivas entre la idea suicida y los síntomas de depresión, lo cual es corroborado por Narváez-Sánchez et al. (2017). Frente a las condiciones académicas, Otro estudio ha demostrado una alta prevalencia de depresión entre los estudiantes, con afectaciones en las perspectivas de carrera, el rendimiento académico, además en su salud mental, física y relaciones sociales (Serrano Barquín et al., 2013; Sánchez et al., 2023).

En síntesis, este panorama de investigaciones y resultados en contextos internacionales y nacionales son la antesala para reflexionar y advertir que, desde el punto de vista psicoterapéutico, la depresión trae consigo la emoción de una pérdida y de no poder recuperarla; la persona vive sus conflictos en términos de ganar o perder algo que quedó en el pasado vivido, con efecto de sentirse desvalorizado.

Atender la depresión y las problemáticas de salud mental, en perspectiva de salud pública, es hacer prevención primaria, secundaria y terciaria, según sea el caso, y promover la salud en sus hábitos y estilos de vida. Una de las principales metas es reducir la carga relacionada con los trastornos mentales, neurológicos y de abuso de sustancias. La prevención de esos trastornos es, obviamente, una de las formas más efectivas para reducir la carga (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004). Por ello, es que las intervenciones de promoción y prevención deben centrarse en identificar determinantes individuales, sociales y estructurales de la salud mental, para

luego intervenir a fin de reducir los riesgos, aumentar la resiliencia y crear entornos favorables para la salud mental. Estas acciones pueden ir dirigidas a individuos, grupos específicos o poblaciones enteras (OMS, 2022).

Así como las enfermedades físicas crónicas, la depresión y las demás afectaciones de salud mental son prevenibles si se instala en las personas la conciencia de tomar acción con respecto a cambios hábitos y estilos de vida, en la población adolescente es más evidente la forma de llevar las actividades cotidianas poco ordenada, ya que, quizás por su manera de ser y actuar frente a la vida, el día a día puede desbordarlos y crearles un caos; los datos encontrados permiten demostrarlo, en especial, con las disfunciones familiares que, desde su perspectiva, se perciben.

Este cúmulo de problemas ha hecho perder el rumbo en el sector salud, en las últimas tres décadas, hasta orientar la salud más hacia lo curativo y no hacia lo preventivo. Volver al propósito sería aplicar los cuatro principios básicos, expresados por Hipócrates hace 2900 años; a saber, (a) alimentación correcta, (b) ejercicio, (c) equilibrio mental, emocional y espiritual y (d) cuidado del entorno (Jaramillo, 2022). Si las estrategias de atención a los adolescentes con problemas centraran su interés en fortalecer las relaciones familiares, especialmente las comunicativas, disminuirían considerablemente las situaciones de vulnerabilidad familiar y, con ello, otros factores de riesgo que amenazan la salud mental de los adolescentes (Valenzuela et al., 2013).

Si se busca extrapolar una lectura de la depresión como fenómeno social, el exceso de problemas de la actualidad aturde al ser humano y tiende a llevarlo a renunciar o deprimirlo. La depresión causa mucho sufrimiento, que puede nombrarse como un “dolor social” ocurrido en un lugar, en unas circunstancias y en un contexto. Así es que hay otra lente desde el enfoque psicosocial para mirar la depresión ya no como trastorno o categoría clínica, sino como reacciones normales frente a experiencias anormales que padecen las personas (Beristain, 2010). Estas experiencias son el cúmulo de problemas contextualizables: crisis económicas, brotes de enfermedades, desplazamientos intraurbanos, crecientes crisis climáticas, entre otras, que afectan a comunidades enteras y, atenderlas, requiere un conjunto de procesos articulados intersectoriales que van más allá de las acciones del sector salud.

En ese orden de ideas, y desde el enfoque psicosocial, se reconoce la integralidad de la persona teniendo en cuenta el contexto en el que se ha desarrollado, los hechos que ha vivido, el significado que a estos hechos le ha dado, el sufrimiento que ha experimentado y las capacidades que posee, lo que favorece las capacidades y recursos propios y no centra solo la mirada profesional en el sufrimiento del individuo (Minsalud, 2017).

Conclusiones

El reconocimiento global de los vínculos estrechos entre la salud mental y la salud pública, los derechos humanos y el desarrollo socioeconómico significan que, transformar las políticas y prácticas con respecto a la salud mental, pueden arrojar beneficios reales y considerables para las personas, las comunidades y los países de todo el mundo.

En esta investigación, que indagó por la depresión en adolescentes escolarizados, hay múltiples variables (las ideas recurrentes de suicidio, el bajo rendimiento escolar, la existencia de familias disfuncionales) que señalan que, los vínculos sociales, están seriamente afectados y se constituyen, por tanto, en una problemática de salud pública. Ante este horizonte, una de las claves para la comprensión del fenómeno, de sus causas y posibles desenlaces es el lenguaje de los sujetos investigados.

En general, el depresivo conserva la capacidad de entrar en contacto con los demás y continúa siendo un sujeto con el cual es posible hablar un lenguaje común, está en condiciones de conversar de sí mismo, a pesar de la monotonía de su queja. El lenguaje del neurótico depresivo conserva su función mediadora, incluso cuando afirme que la vida no tiene sentido. Lo que está roto, en este modelo, es la imagen de sí mismo, para lo cual el sujeto no tiene suficientes soportes reales o simbólicos. Muchos de los síntomas de la depresión neurótica ponen de manifiesto una inhibición de sus funciones básicas. Los sujetos viven una suerte de marasmo vital que los lleva a perturbaciones de los vínculos sociales de manera leve, moderada y grave.

Para comprender la depresión, hemos recurrido a modelos psicodinámicos, analizado la perspectiva de salud pública, la dimensión personal (individual) del problema, algunos datos históricos y los resultados logrados con el análisis estadístico. Se destaca, a lo largo del trabajo, la idea de que, en los cuadros depresivos, el individuo se encuentra a merced de una vulnerabilidad e impresionabilidad inmanente y, correlativa a esta idea, la concepción de que la depresión ha de tener en cuenta los factores hereditarios, los aspectos histórico-sociales y la historia personal del individuo.

En términos conceptuales, se toma la depresión desde los modelos psicodinámicos, que la piensan como un trastorno afectivo profundo que incide directamente sobre el yo y cada una de las funciones que este imprime a las actividades cotidianas de las personas. En ese orden de ideas, las inhibiciones de aspectos como la alimentación, la sexualidad, el trabajo en general, el rendimiento académico y otros son los fenómenos que se pueden ver correlacionados con la depresión misma y que alteran la relación individuo-familia-entorno.

Animado por las anteriores consideraciones, Bogaert (2012) sigue dando pasos para definir la depresión y, al mismo tiempo, justipreciar el uso de tratamientos específicos. El desequilibrio que caracteriza las depresiones es consecuencia de la acción conjunta de la herencia, las condiciones histórico-sociales y la situación personal del paciente. En estas tres coordenadas, están implicadas el mayor número de etiologías conocidas en este momento de las historias y es posible pensar que, moverse de allí, no es prudente en la atención de dicho trastorno, dado que, aunque algunas posturas se repelen, la experiencia muestra que no es sensato excluirlas. Ningún abordaje clínico o terapéutico aislado puede enfrentar eficazmente la depresión. El reduccionismo solo sirve para desmentir algún aspecto del problema.

Todas las formas psicoterapéuticas se enfocan en tratar la base, lo que subyace de los síntomas. La psiquiatría, auspiciada por el modelo médico, interviene sobre los síntomas específicos de los trastornos. En tal sentido, la clasificación del DSM-IV y del CIE -10 son la base de la nosografía para el tratamiento farmacológico, tratamiento que se aproxima a una aplicación general de la ciencia y de los modelos de razón, que comprenden ciertos fenómenos psíquicos devenidos de un desorden específico del organismo. Los modelos de terapia simbólica se ocupan de la historia y de la posición personal del paciente respecto de su padecimiento. Entre ambos modelos de trabajo, siempre está en disputa el asunto de la singularidad personal del paciente; entonces, siempre debe mediar para que los diagnósticos no obstaculicen la comprensión del padecimiento y se pueda tratar no solo lo sintomático, sino, también, su fundamento y soporte.

Entre las limitantes de la investigación, pese a que son estudios enmarcados dentro de un paradigma positivista, cuyos datos recogidos permiten la inferencia estadística a las poblaciones estudiadas, no es posible dejar de interrogar el modelo de trabajo, justo para perfeccionar su alcance o verificar las limitaciones que el problema en sí mismo propone a la salud pública, pues no se indagaron experiencias singulares y dolorosas que conduzcan a señalar causas puntuales o justificables de estado depresivo: pérdidas y frustraciones específicas, diagnósticos diferenciales de los sujetos.

En ese sentido, la investigación y el trabajo de regresión lineal múltiple dieron cuenta de unas tendencias que se revisaron en toda la amplia posibilidad que los datos evidencian y, en el ámbito de los conceptos psicosociales, estos nos permiten señalar la importancia que los datos en sí mismos contienen para identificar la problemática de salud pública en los contextos de los adolescentes estudiados.

Nota de autoría

Ramon Eugenio Paniagua Suarez, investigador principal, trabajo de investigación: diseño metodológico, diseño del instrumento, recogida y análisis de datos, redacción del artículo. Carlos Mauricio González Posada, Coinvestigador, trabajo de investigación: diseño metodológico, construcción del marco teórico, diseño del instrumento, recogida y análisis de datos, redacción del artículo, revisión de la versión final del manuscrito. Sandra Milena Rueda Ramírez, Coinvestigadora, trabajo de investigación: diseño metodológico, construcción del marco teórico, redacción del artículo, revisión de la versión final del manuscrito. Ilder Horacio Tangarife. Coinvestigador, trabajo de investigación: recogida y análisis de datos, redacción del artículo. Cesar Augusto Sánchez Taborda, Coinvestigador, análisis de datos, redacción del artículo.

Financiamiento

La realización de los estudios entre los años 2006 y 2017 fue financiada con Fondos de Apoyo a la Investigación Docente de la Facultad Nacional de Salud Pública, universidad de Antioquia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la inexistencia de conflicto de interés con institución o asociación comercial de cualquier índole.

Referencias

- Amaral, A. P., Uchoa Sampajo, J., Ney Matos, F. R., Pocinho, M. T. S., Fernandes de Mesquita, R., & Milanês Sousa, L. R. (2020). Depresión e ideación suicida en la adolescencia: implementación y evaluación de un programa de intervención. *Enfermería Global*, 19(59), 1-35. <https://doi.org/10.6018/eglobal.402951>
- Beristain, C. M. (2010). *Manual sobre perspectiva psicosocial en la investigación de derechos humanos*. España: hegoa. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/27117.pdf>
- Bogaert García, H., (2012). La depresión: etiología y tratamiento. *Ciencia y Sociedad*, XXXVII(2), 183-197.
- Bonnot, O., Buchoul, H., & Saddiki, S. (2022). Estados depresivos en la adolescencia. *EMC-Tratado de Medicina*, 26(2) 1-7. [https://doi.org/10.1016/S1636-5410\(22\)46460-9](https://doi.org/10.1016/S1636-5410(22)46460-9)
- Brière, F. N., Janosz, M., Fallu, J. S., & Morizot, J. (2015). Trayectorias de síntomas depresivos en la adolescencia: codesarrollo de problemas conductuales y académicos *Journal of Adolescent Health*, 57(3), 313–319. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.05.012>
- Brooks, T. L., Harris, S. K., Thrall, J. S., & Woods, E. R. (2002). Asociación de conductas de riesgo en adolescentes con síntomas de salud mental en estudiantes de secundaria. *Journal of Adolescent Health*, 31(3), 240-246. [https://doi.org/10.1016/s1054-139x\(02\)00385-3](https://doi.org/10.1016/s1054-139x(02)00385-3)
- Butler, J. (2016). *Los sentidos del sujeto*. Herder Editorial. 256 p. Obra original publicada en 2016.
- Clavijo, J. (1999). *Taller de regresión*. Universidad del Tolima.
- Dean, J., & Keshavan, M. (2017). La neurobiología de la depresión: una visión integrada. *Asian Journal of Psychiatry*, 27, 101-111. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.01.025>
- Echeverría, F. C. (2004). Melancolía: un obstáculo al deseo. *Metaphora*, 39-54.
- Eliade, M. (1996). *Lo sagrado y lo profano*. Labor. Obra original publicada en 1996.
- Forero, L. M., Avendaño Durán, M. C., Duarte Cubillos, Z. J., & Campo Arias, A. (2006). Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(1), 23-29.

- Freud, S. (1979). *Inhibición, síntoma y angustia*. Amorrortu editores.
- Fundación Kellogg. (1996). *Familia y adolescencia: indicadores de salud: manual de aplicación de instrumento*. Organización Panamericana de la Salud.
- García, S. R. (2011). Trastornos ansiosos y depresivos en adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 77-84. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70395-9](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70395-9)
- González, C. M., & Paniagua, R. E. (2009). Las problemáticas psicosociales en Medellín: una reflexión desde las experiencias institucionales. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(1), 26-31. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/1452/1113>
- Grimbone, B. P. (2022). La política de la depresión: tendencias divergentes en la internalización de los síntomas. *SSM–Mental Health*, 1-25.
- Hu, J., & Ai, H. (2016). La autoestima media el efecto de la relación padre-adolescente sobre la depresión. *Journal of Health Psychology*, 21(6), 897-904. <https://doi.org/10.1177/1359105314541315>
- Jaramillo, J. (2022). Hipócrates, enseñanzas y legados en la medicina moderna. Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social. <https://www.binasss.sa.cr/hipocrates.pdf>
- King, J., & Kowalchuk, B. (2010). *ISO-30. Inventario de orientación suicida-30 Informe del perfil del adolescente*. Orange county testing services. <http://orangecountytestingservices.com/wp-content/uploads/2015/09/ISO30ProfileReport2010.pdf>
- King J, & Kowalchuk B. (1994). *ISO-30: Inventario de orientación suicida-30. Manual para adolescentes*. National Computer Systems, INC.
- Kiuru, B. L.-A. (2011). ¿Es contagiosa la depresión? Una prueba de los mecanismos alternativos de socialización entre pares de los síntomas depresivos en las redes de pares de adolescentes. *Journal of Adolescent Health*, 50(3), 250-255. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.06.013>
- Kovacs M. (1992). *Inventario de depresión infantil*. Multi-Health Systems, INC.
- Llorca, A., Malonda, E., & Samper, P. (2016). El papel de las emociones en la depresión y la agresión. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, 21(5), e559-e564. <https://doi.org/10.4317/medoral.21561>

- Martínez-González, MA, Seguí-Gómez, M., & López del Burgo, C. (2006). Comparación de medidas entre grupos. En: *Bioestadística amigable*. Editorial N. Díaz de Santos (2.a ed., pp. 235-69).
- McFarlane, A. H., Bellissimo, A., & Norman, G. R. (1995). El papel de la familia y los pares en la autoeficacia social: vínculos con la depresión en la adolescencia. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 65(3), 402–410. <https://doi.org/10.1037/h0079655>
- Medline Plus. (2022). *Medline Plus: información de salud para usted*. [https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002237.htm#:~:text=La%20bilis%20ayuda%20a%20la,biliares%20\(tambi%C3%A9n%20llamados%20sales%20biliares\)](https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002237.htm#:~:text=La%20bilis%20ayuda%20a%20la,biliares%20(tambi%C3%A9n%20llamados%20sales%20biliares))
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Protocolo-de-atencion-integral-en-salud-papsi-vi.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Minsalud, comprometido con la salud mental de los colombianos*. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-comprometido-con-la-salud-mental-de-los-colombianos.aspx>
- Muñoz-Miralles, R., Ortega-González, R., Batalla-Martínez, C., López-Morón, MC., Manresa, J. M., & Pere Torán-M. (2014). Acceso y uso de nuevas tecnologías entre los jóvenes de educación secundaria, implicaciones en salud. Estudio JOITIC. *Atención Primaria*, 46(2), 77-88. <https://DOI:10.1016/j.aprim.2013.06.001>
- Narváez-Sánchez, Y., Hernández-Suárez, M. I., Hernández, M. V., Cruz, A. M., & Olán, L. M. (2017). Depresión e ideas suicidas en jóvenes de educación media superior en Tenosique, Tabasco. *Salud en Tabasco*, 23(1-2), 28-33. <https://tabasco.gob.mx/sites/default/files/users/ssaludtabasco/28.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Prevención de los trastornos mentales, intervenciones efectivas y opciones de políticas*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78545/924159215X_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

- Osorio Acuña, L.C., & Franco Zuluaga, A. (2022). Síntomas conductuales y emocionales de adolescentes que consultan a un programa especializado de trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 51(4), 318-325. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.11.024>
- Ospina-Ospina, F. del C., Hiniestrosa-Upegui, M. F., Paredes, M. C., Guzmán, Y., & Granados, C. (2011). Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. *Revista Salud Pública*, 13(6), 908-920. <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2011.v13n6/908-920>
- Paniagua, R. E., González, C. M., & Rueda, S. M. (2014). Orientación al suicidio en adolescentes en una zona de Medellín, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(3), 314-321. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/18138/17347>
- Pardo, A., & Ruiz, M. (2001). *Análisis de datos con SPSS Base*. McGraw-Hill.
- Polit, D., & Hungler, B. (2000). *Investigación científica en ciencias de la salud*. Mcgraw-Hill.
- Posada, A., Rúa, C., Torres, Y., & Muñoz, A. (1996). *Validación del instrumento Children's Depression Inventory (CDI) para detección de sintomatología depresiva en adolescentes*. Universidad de Antioquia.
- Rodríguez-Ruiz, J., Zych I., Llorent, V. J., & Marín-López, I. (2021). Un estudio longitudinal sobre el consumo de sustancias en preadolescentes y adolescentes: patrones intraindividuales y factores de protección. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21(3). <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2021.100251>
- Sánchez, A. N., Paredes, V. A., & Cevallos, M. J. T. (2023). Caracterización psicológica de depresión y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Investigación y Desarrollo*, 17(1), 74-85. <https://doi.org/10.31243/id.v17.2023.1891>
- Sela, Y., Zach, M., Amichay-Hamburger, Y., Mishali, M., & Omer, H. (2020). Entorno familiar y uso problemático de Internet entre adolescentes: el papel mediador de la depresión y el miedo a perderse algo. *Computers in Human Behavior*, 106, 106226. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2019.106226>
- Serrano Barquín, C., Rojas García, A., & Ruggero, C. (2013). Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15(1), 47-60. <https://psicologiayeducacion.uic.mx/index.php/1/article/view/192/167>

- Smilkstein G. (1978). El APGAR familiar: una propuesta para una prueba de función familiar y su uso por los médicos. *The Journal of Family Practice*, 6(6), 1231-1239.
- Valenzuela, M., Ibarra, A., Zubarew, T., & Correa, L. (2013). Prevención de conductas de riesgo en el adolescente: rol de la familia. *Index de Enfermería*, 22(1-2), 50-54. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100011>
- Wang, Y., Tian, L., Guo, L., & Huebner, E. S. (2020). Disfunción familiar y ansiedad y depresión en adolescentes: un modelo de mediación múltiple. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 66, 101090. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2019.101090>
- Wilkinson, P., Dubicka, B., Kelvin, R., Roberts, C., & Goodyer, I. (2009). Depresión tratada en adolescentes: predictores de resultados a las 28 semanas. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 194(4), 334-341. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.052381>