

RESUMEN

LA RELIGIOSIDAD Y LA COMUNICACIÓN PADRES-HIJOS COMO
FACTORES PREDICTORES DE LA SINTOMATOLOGÍA
DEPRESIVA EN ADOLESCENTES DE
PREPARATORIA EN
MONTEMORELOS,
N. L.

por

Aurora Mendoza Orgaz

Asesor: Antonio Estrada Miranda

RESUMEN DE TESIS DE DOCTORADO

Universidad de Montemorelos

Facultad de Psicología

Título: LA RELIGIOSIDAD Y LA COMUNICACIÓN PADRES-HIJOS COMO FACTORES PREDICTORES DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ADOLESCENTES DE PREPARATORIA EN MONTEMORELOS, N. L.

Nombre del investigador: Aurora Mendoza Orgaz

Nombre y título del asesor principal: Antonio Estrada Miranda, Doctor en Terapia Familiar

Fecha de terminación: Noviembre de 2015

Problema

El modelo empírico en el que las variables latentes religiosidad y comunicación de los hijos con ambos padres explican la presencia de sintomatología depresiva en adolescentes de preparatoria en Montemorelos, N. L. ¿Posee una bondad de ajuste aceptable con el modelo teórico?

Metodología

Esta investigación empírica fue de tipo cuantitativa, explicativa, ex post facto, transversal y multivariante. Se estudió la población de estudiantes de preparatoria de escuelas de Montemorelos, N. L. Se administró un instrumento con tres escalas a

606 estudiantes de siete escuelas, quedando una muestra final de 560. El proceso estadístico se realizó utilizando el software SPSS 20.0 y AMOS 20.

Resultados

El modelo teórico global mostró que, de las cinco medidas de bondad de ajuste utilizadas como criterio de decisión, se cumplieron cuatro, incluyendo la χ^2 / gl (76) < 3, el RMSEA (.053 < .06), el CFI (.964 > .90) y el GFI (.953 > .90). El único criterio que no se cumple es el de la Chi cuadrada, ya que resulta significativa, $p < .05$. El modelo presenta el 46% de la varianza explicada para la sintomatología depresiva.

Conclusiones

Los hallazgos de esta investigación revelaron que tanto la religiosidad como la comunicación entre padres e hijos adolescentes son factores predictores de la sintomatología depresiva. El modelo teórico mostró que la religiosidad de los sujetos involucrados resultó ser un predictor directo de la sintomatología depresiva, lo cual no se esperaba, argumentándose la posibilidad de la indecisión de los sujetos ante sus creencias religiosas. Por otro lado, se encontró un efecto positivo de la comunicación abierta de ambos padres sobre la sintomatología depresiva y un efecto negativo de la comunicación ofensiva sobre la misma.

Universidad de Morelos

Facultad de Psicología

LA RELIGIOSIDAD Y LA COMUNICACIÓN PADRES-HIJOS COMO
FACTORES PREDICTORES DE LA SINTOMATOLOGÍA
DEPRESIVA EN ADOLESCENTES DE
PREPARATORIA EN
MONTEMORELOS,
N. L.

Tesis
presentada en cumplimiento parcial de los
requisitos para el grado de Doctorado
en Educación Familiar

por

Aurora Mendoza Orgaz

Noviembre de 2015

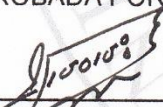
LA RELIGIOSIDAD Y LA COMUNICACIÓN PADRES-HIJOS COMO FACTORES
PREDICTORES DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN
ADOLESCENTES DE PREPARATORIA EN
MONTEMORELOS, N.L.


Tesis
presentada en cumplimiento parcial
de los requisitos para el grado de
Doctorado en Educación Familiar

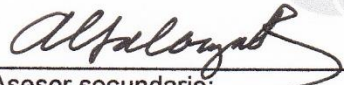
por

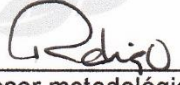
AURORA MENDOZA ORGAZ


APROBADA POR LA COMISIÓN:


Asesor principal:
Dr. Antonio Estrada M.


Directora de estudios graduados:
Dra. Raquel de Korniejczuk


Asesor secundario:
Dra. Ana Lucrecia Salazar R.


Asesor metodológico:
Dr. Jaime Rodríguez G.


Examinador externo:
Dr. Andrés Avendaño

12:11:2015

Fecha de aprobación

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE FIGURAS	vi
LISTA DE TABLAS	vii
RECONOCIMIENTOS	viii
Capítulo	
I. NATURALEZA Y DIMENSIÓN DEL PROBLEMA	1
Antecedentes	1
Planteamiento del problema	5
Declaración del problema	6
Objetivo general	6
Objetivos específicos	6
Propósito del estudio.....	7
Importancia y justificación del estudio.....	7
Hipótesis de investigación.....	11
Limitaciones	12
Delimitaciones	12
Trasfondo filosófico	12
Definición de términos.....	15
II. MARCO TEÓRICO	17
Introducción	17
Teorías del desarrollo	17
Adolescencia.....	19
Desarrollo de la adolescencia.....	20
Características de la adolescencia	21
La salud del adolescente	25
Factores protectores y de riesgo en la adolescencia.....	27
Comunicación	28
Elementos de la comunicación	29
Tipos de comunicación	31
Estilos de comunicación	33
Funciones de los estilos de comunicación.....	34
Modelos en el estilo de comunicación	36
La comunicación como relación.....	41

Teoría de patrones de comunicación familiar	42
Religiosidad	44
Definición de conceptos.....	45
Dimensiones de la religiosidad	46
Evolución de la religiosidad en el niño.....	48
Beneficios de la religiosidad para la salud mental	50
Explicación conductual.....	50
Explicación biológica.....	50
Explicación psicodinámica	51
Explicación transpersonal	51
Mediadores de los efectos positivos del involucramiento religioso sobre la salud mental.....	52
Depresión	55
Depresión en adolescentes	58
Depresión, género y edad	60
Relación entre variables.....	65
Adolescencia y sintomatología depresiva.....	65
Religiosidad y sintomatología depresiva	66
Adolescencia y comunicación familiar	67
Comunicación familiar y sintomatología depresiva.....	69
 III. MARCO METODOLÓGICO	 71
Tipo de investigación/diseño	71
Población y muestra	72
Criterios de inclusión	72
Variables y sus definiciones operacionales.....	72
Instrumentos	73
Escala CES-D-R.....	73
Escala de comunicación padres-hijos adolescentes	76
Age Universal I-E Scale.....	77
Hipótesis nula y su definición operacional	77
Proceso para recolección de datos	79
Análisis de datos/observaciones	80
 IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS	 81
Introducción	81
Descripción de la muestra	81
Descripción de los constructos	84
Religiosidad	84
Comunicación con la madre	86
Comunicación con el padre	89
Sintomatología depresiva	94
Bondad de ajuste del modelo teórico.....	95
Prueba de hipótesis	100

Análisis secundarios	103
Resumen del capítulo	104
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	106
Discusión	111
Variables independientes	111
Religiosidad.....	111
Comunicación padres-hijos.....	113
Variable dependiente.....	115
Sintomatología depresiva	116
Conclusiones	117
Recomendaciones	118
Metodológicas	118
A profesionales de la familia y salud mental.....	118
Instituciones.....	119
Autoridades gubernamentales.....	119
Para futuras investigaciones	120
Apéndice	
A. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	121
B. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	127
C. COMPORTAMIENTO ESTADÍSTICO DE LAS VARIABLES	134
D. MODELO DE ECUACIONES ESTRUCTURALES	151
E. ANÁLISIS SECUNDARIOS	161
F. CARTA DE SOLICITUD A DIRECTORES	184
LISTA DE REFERENCIAS	186
CURRÍCULUM VITAE.....	198

LISTA DE FIGURAS

1. Modelo de comunicación.....	31
2. Modelo teórico propuesto: predicción del ánimo depresivo de los adolescentes a partir del tipo de religiosidad y del tipo de comunicación con los padres	79
3. Histograma con curva normal de la religiosidad.....	85
4. Histograma con la curva normal de la comunicación con la madre	88
5. Histograma con curva normal de la comunicación con el padre	91
6. Histograma con la curva normal para la sintomatología depresiva	96
7. Parámetros estandarizados para el modelo de estructura	99
8. Parámetros estandarizados para el modelo teórico	102
9. Media de la religiosidad según la afiliación religiosa	105

LISTA DE TABLAS

1. Operacionalización de hipótesis.....	78
2. Distribución de la muestra por instituciones.....	82
3. Distribución de las variables sociodemográficas de la muestra.....	83
4. Estadísticos de las dimensiones del constructo religiosidad.....	85
5. Correlaciones de las dimensiones de la religiosidad.....	86
6. Descriptivos de los ítems del constructo religiosidad.....	87
7. Estadísticos del constructo comunicación con la madre.....	88
8. Correlaciones entre los factores de la comunicación con la madre.....	88
9. Descriptivos de los ítems del constructo comunicación con la madre.....	90
10. Estadísticos de los factores del constructo comunicación con el padre.....	91
11. Correlaciones entre los factores de la comunicación con el padre.....	92
12. Descriptivos de los ítems del constructo comunicación con el padre.....	93
13. Patrones de comunicación con la madre y el padre <i>M</i> y <i>DE</i>	93
14. Estadísticos del constructo sintomatología depresiva.....	96
15. Correlaciones entre los factores de la sintomatología depresiva.....	96
16. Descriptivos de los ítems del constructo sintomatología depresiva.....	97
17. Diferencias según el género en las variables del estudio.....	104
18. Diferencias en las variables según la situación laboral.....	105

RECONOCIMIENTOS

A Dios como mi creador, redentor y sustentador. Él es digno de suprema alabanza, alabo su nombre por su misericordia y su fidelidad a través de toda mi vida. Le alabo con todo mi corazón en esta ocasión por darme la fortaleza, la inteligencia, la sabiduría y todos los recursos que necesité para realizar esta investigación.

A la Universidad de Morelia y a la Facultad de Ciencias de la Salud, por proveer los recursos, el tiempo y la oportunidad para continuar con mi crecimiento profesional, obteniendo así herramientas de educación familiar, para continuar con mi servicio en favor de los estudiantes UM, a la iglesia y a la comunidad.

A mi comité asesor: Dr. Antonio Estrada Miranda, por su profesionalismo, apoyo y comprensión en la revisión del contenido de este estudio. Dr. Jaime Rodríguez Gómez, por su asesoría técnica profesional, por su paciencia, por el tiempo invaluable que invirtió para guiarme en el diseño y durante el proceso estadístico del estudio. Dra. Ana Lucrecia Salazar Rodríguez, por sus observaciones pertinentes y oportunas durante el proceso y por el tiempo destinado para la revisión del documento final.

A los administradores de las escuelas participantes en el estudio, por darme todas las facilidades para la recolección de los datos.

A mis familiares, amigos, colegas y alumnos, quienes con sus oraciones, palabras de apoyo, ánimo y consideración, me mostraron su afecto y cariño, lo cual me incentivó para culminar y hacer realidad este logro académico.

CAPÍTULO I

NATURALEZA Y DIMENSIÓN DEL PROBLEMA

Antecedentes

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en el 2010, informó que la población en México era de 112 336 538 personas, de las cuales en el estado de Nuevo León había 4 653 458 habitantes y la población entre 15 y 19 años era de 400 000, correspondiendo el 50.1% a las mujeres y el 49.9% a los hombres.

El mismo organismo proyectó que la población adolescente para México, en el 2013, sería de 19.8 millones de niñas y adolescentes menores de 18 años, lo que representa un 49% del total de la población en ese grupo de edad. Por lo anterior se puede ver que ese grupo de población en el país es considerable y tiene necesidades específicas en su desarrollo que deben ser atendidas. Mientras tanto la World Health Organization (WHO, 2007) reportó que la depresión era el trastorno mental de mayor prevalencia en el planeta (entre un 2% y un 15% de la población); ocupando el cuarto lugar entre las diez principales causas de morbilidad y considerándose que, para el año 2020, la depresión será el segundo problema de salud más común del mundo, siendo la segunda causa de enfermedad entre personas de 15 a 44 años de ambos sexos (Organización Panamericana de la Salud, OPS, 2005).

WHO (2008) informó que de los más de 175 millones de adolescentes en el mundo, al menos el 20% de estos jóvenes padecerá alguna forma de enfermedad

mental como depresión, trastornos del estado de ánimo, abuso de sustancias, comportamientos suicidas o trastornos alimentarios; y entre los jóvenes de 15 y 19 años, el suicidio es la segunda causa de muerte. En el año 2014, el mismo organismo informó que la principal causa de enfermedad y discapacidad entre los adolescentes de entre 10 y 19 años es la depresión, siendo este trastorno mental la tercera causa de muerte entre esta población.

Bromet et al. (2011) reportaron que en Estados Unidos de Norteamérica la depresión mayor afecta a cerca de quince millones de personas. Aproximadamente el ocho por ciento de la población mayor de 18 años presentará depresión, en cualquier año dado y en el transcurso de su vida, de los cuales el doce por ciento de las mujeres sufrirán de depresión clínica y un cuatro por ciento de los adolescentes desarrollará depresión grave cada año; siendo el suicidio la tercera causa principal de muerte entre los 10 y los 24 años.

El mismo estudio indica que el país con los ciudadanos más deprimidos es Francia, con un 21%, seguido de Estados Unidos de Norteamérica, con el 19.2% y Brasil, con el 18.4%. Por el contrario, los países menos propensos a la depresión mayor son Japón y China, con un 6.6 y un 6.5%, respectivamente. México se colocó en el puesto 16 como una de las naciones menos deprimidas, con un 8%, por encima solo de los países asiáticos.

El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) reportó, para 2009, que México contaba con un total de 12.8 millones de adolescentes entre 12 y 17 años de edad, representando un desafío tanto para las instituciones educativas como para las instituciones de salud.

La Secretaría de Salud (2011), en México, reportó que las tres principales causas de muerte entre los jóvenes de 12 a 17 años de edad, en el año 2007, fueron las siguientes: (a) accidentes de tránsito, (b) asesinatos y (c) suicidios. En la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica para adolescentes en México, se reportaron trabajos como el de Benjet et al. (2009), quienes informaron que la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en los adolescentes fueron los trastornos de ánimo y, en menor proporción, los trastornos ansiosos, siendo mayor la prevalencia en mujeres que en varones.

Los hallazgos de las encuestas mundiales de salud mental de 17 países muestran que los trastornos psiquiátricos consistentemente inician en las primeras décadas de la vida (WHO, 2007). Sin embargo, hay escasez de datos epidemiológicos en población adolescente especialmente en países en vías de desarrollo, para guiar las políticas de salud pública.

Por otro lado, la Encuesta Nacional para la Discriminación en México (ENADIS, 2010), aporta resultados muy interesantes en algunas de las preguntas realizadas a niños y adolescentes, con respecto a cómo se sienten con el trato recibido en su hogar y en la escuela, a la pregunta: ahora te voy a pedir que me digas, ¿cómo te sientes en...? La casa y la escuela son espacios donde casi el 100% de las niñas y los niños se sienten felices; sin embargo, 2.3 y 5.1% se sienten tristes, enojados o con miedo en la casa y en la escuela, respectivamente. En su calle y en su colonia es donde más sienten enojo, miedo o tristeza (17 y 14%, respectivamente).

A la pregunta: dime, ¿tus papás y tus maestros se enojan cuando sugieres algo? Más de seis de cada diez niños y niñas no sienten rechazo alguno de sus

padres y maestros cuando hacen sugerencias (64 y 68%, respectivamente) y consideran más receptivos a los maestros que a los progenitores, aunque alrededor de uno de cada cinco percibe enojo de ambos cuando sugieren algo.

Recientemente la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) informó que la principal causa de enfermedad y discapacidad entre los adolescentes de entre 10 y 19 años es la depresión. Indicó que 1.3 millones de adolescentes murieron en el mundo en el 2012 y que las tres principales causas de esos decesos fueron los accidentes de tránsito, el VIH y la depresión.

Por otro lado, Morla, Saad y Saad (2006) encontraron en Guayaquil, Ecuador que un 22.9 % de trastornos depresivos en los adolescentes provenientes de familias desestructuradas, en cuanto a género correspondió a 3 a 1 para el sexo femenino, indicando que la comunicación defectuosa en la familia lleva a un deterioro en el relacionamiento de sus miembros, lo que provoca discusiones, frustraciones y hostilidades.

Textualmente, el documento del perfil epidemiológico de la población adolescente en México (Secretaría de Salud, 2011) declara lo siguiente:

La adolescencia es una etapa de cambios corporales psicológicos y sociales. Lo que implica la necesidad de identificar y conocer los factores socioeconómicos, estilos de vida asociados con la salud de los adolescentes y las enfermedades, además de conocer los factores de riesgo para la promoción y prevención de la salud en el adolescente, para lograr una salud integral en el mismo.

Los adolescentes representan un campo de estudio con un gran camino por explorar y al mismo tiempo es un tema complicado en sí mismo debido a que en ocasiones es un grupo que puede pasar desapercibido en diferentes niveles, es decir, que no se le toma con la seriedad que debería; así como un padre y/o madre pueden estar ajenos a lo que pasa en la vida de sus hijos durante la etapa de la adolescencia, lo mismo sucede a nivel de un país, en donde el grupo poblacional de adolescentes puede pasar inadvertido totalmente (p. 145).

Cárdenas (2002) detectó que los adolescentes que reportan intento de suicidio muestran una falta de comunicación, interés y preocupación por parte del padre. Otro estudio, realizado por Yu et al. (citado en Araujo-Robles, 2008) mostró que los jóvenes deprimidos tienen más probabilidad de involucrarse en conductas de riesgo y perciben mayores niveles de deterioro en la comunicación con sus padres, que los no deprimidos.

Por otro lado, Milevsky y Levitt (2004) examinaron la influencia de la religiosidad en los adolescentes y señalan que, como parte de la exploración que está asociada con esta etapa del desarrollo, los adolescentes comienzan a analizar su identidad religiosa y sus creencias. Además, el análisis es particularmente importante porque en esta etapa emerge la capacidad cognitiva para considerar e incorporar un sistema de creencias religiosas. Cuando el joven tiene dificultades en formar su identidad personal, esto ha sido correlacionado con soledad, baja estima y depresión (Akhtar, 1984; Craig-Bray et al., 1988, citado en Milevsky y Levitt, 2004).

Planteamiento del problema

De acuerdo con la literatura revisada, el estudio de la sintomatología depresiva en adolescentes es de suma importancia en el aspecto preventivo de la depresión en la misma población. Las variables independientes comunicación familiar y religiosidad en el planteamiento de un modelo teórico de ecuación estructural podrían ejercer un efecto mediador (Preacher y Hayes, 2008) como predictores de la sintomatología depresiva en los adolescentes.

Declaración del problema

Considerando los antecedentes y la comunidad de adolescentes que estudian en Montemorelos, se plantea la siguiente pregunta como directriz de la investigación: ¿En qué medida la religiosidad y la comunicación familiar explican la presencia de sintomatología depresiva en alumnos de preparatoria de entre 15 y 19 años de edad, en Montemorelos, N. L.?

Objetivo general

El objetivo general de esta investigación es explicar el impacto de la religiosidad y la comunicación familiar sobre la presencia de sintomatología depresiva, en una muestra de estudiantes de preparatoria de entre 15 y 19 años de edad, en Montemorelos, N. L.

Objetivos específicos

Los objetivos específicos que pretenden alcanzarse con esta investigación son los siguientes:

1. Establecer la relación entre la religiosidad y la sintomatología depresiva en adolescentes de entre 15 y 19 años de edad.
2. Establecer la relación entre comunicación familiar y sintomatología depresiva en los adolescentes de entre 15 y 19 años de edad.
3. Identificar y describir las posibles relaciones significativas existentes entre la religiosidad con las variables sociodemográficas: género, situación laboral, religión, preparación académica de la madre y el padre, situación laboral de los padres y la sintomatología depresiva.

4. Identificar y describir las posibles relaciones significativas existentes entre la comunicación familiar con las variables sociodemográficas: género, situación laboral, religión, preparación académica de los padres, situación laboral de los padres y la sintomatología depresiva.

Propósito del estudio

Este estudio tiene el propósito de explicar cómo la religiosidad y la comunicación familiar predicen la sintomatología depresiva en adolescentes.

Este apoyará a estudios existentes sobre los constructos de comunicación familiar, religiosidad y sintomatología depresiva; también proveerá pautas para realizar programas de atención y prevención para la población adolescente.

Al explorar un problema latente como lo es el aumento de la depresión en adolescentes, y con una comprensión mayor de la influencia de la comunicación padres-hijos y la religiosidad (sin considerar la afiliación religiosa), esto ayudará a buscar posibles soluciones que favorezcan a los padres en su participación en el desarrollo psicológico armonioso de sus hijos y a los maestros para prevenir problemas de salud mental. Las instituciones públicas, así como las privadas, podrán desarrollar e implementar modelos de prevención e intervención en la atención oportuna y adecuada de los estudiantes adolescentes, apoyándoles durante su crecimiento y desarrollo mientras logran su proyecto académico.

Importancia y justificación del estudio

La familia ha sido considerada como la entidad social responsable de dar protección, afecto, alimentación, seguridad y de transmitir la cultura y los valores a sus

hijos (Burak, 2001). Sin embargo, en los últimos años, se han podido observar cambios en la estructura y funcionalidad de la misma: hogares desintegrados, violencia intrafamiliar, así como un aumento en el clima de inseguridad, descuido en la práctica de la fe, provocando inquietud, altos niveles de estrés y un sentimiento de inseguridad en el porvenir (Rosete Mohedano, 2006).

Kessler, Bergland y Demler (2003) señalaron que la depresión es un trastorno ampliamente distribuido en la población y que está asociado a síntomas con daño severo. Mientras que la WHO (2008) reportó que la depresión era el trastorno mental de mayor prevalencia en el planeta (entre un 2% y un 15% de la población la padece), pronosticando que para el año 2020 la depresión será el segundo problema de salud incapacitante más común en el mundo.

Cabe mencionar que la depresión es un problema de salud pública que ha adquirido gran importancia en los últimos años, debido a su alta prevalencia, así como al fuerte impacto que tiene sobre la sociedad, por lo que la atención de este padecimiento genera altos costos para los sistemas de salud (Lara, Robles, Orozco y Real, 2010, citado en Veytia López, González Arratia, Andrade Palos y Oudhof, 2012).

Bromet et al. (2011), en un estudio de la OMS, reportaron que la vida media de un episodio depresivo es de 12 meses y que en promedio la edad inicio de este padecimiento es de 5.7 años en las personas con ingresos altos y 24 años en los de mediana y baja capacidad económica. Asimismo, por situación socioeconómica, el porcentaje de población con depresión se situó entre 5.5 y 14.6% en las naciones

más ricas, mientras que en las economías emergentes y de medianos ingresos se colocó entre 5.9 y 11.1 % de su ciudadanía.

Escribá Quijada et al. (2005) encontraron el 8.4% de sujetos que presentaron depresión leve y el 1.8% presentaron un rango depresivo grave, en un estudio con 379 sujetos españoles.

En la actualidad, la sociedad “hipermoderna” caracterizada por lo excesivo, lo desmesurado, lo extralimitado, aunado a la urgencia por obtener todo rápido, produce el ataque de pánico con su desborde de angustia (Kait, 2008), afectando la estabilidad emocional de la población.

En estas condiciones, los adolescentes son un grupo de personas vulnerables a padecer problemas de salud, tanto físicos como mentales. En ellos aparecen otras formas de conducta que se expresan como problemas de relaciones familiares, sexuales, escolares, de trabajo, adicciones, depresión y ansiedad (Rosete Mohedano, 2006).

Numerosos estudios y teorías contemporáneas miran a la adolescencia como un período de alto riesgo para que emerja la depresión. La sintomatología depresiva en adolescentes puede interferir con el desarrollo psicosocial y el logro académico, mientras aumenta otros riesgos, como los embarazos no deseados, el abuso de sustancias, la ideación suicida y otros problemas físicos y emocionales (Field et al. 2001; Klein et al., 2005; Reinherz et al., 1999; SAMHSA, 2008, citado en Houlberg, Henry, Merten y Robinson, 2011). La frecuencia de episodios depresivos y sintomatología depresiva comienza a aumentar en la fase temprana y tardía de esta etapa (Costello, Copeland y Angold, 2011). En la encuesta mexicana de salud mental adolescente

realizada en la Ciudad de México, se reportó que un 10.5% de los adolescentes de entre 12 y 17 años de edad presentaron depresión mayor, distimia y trastorno bipolar I y II (Benjet et al., 2009). Schmidt, Maglio, Messoulam, Molina y Gonzalez (2010) reportaron resultados de estudios que muestran que una pobre comunicación padres-adolescente y ausencia de confidente familiar está asociada a autocastigo adolescente. Otro estudio revela que las formas negativas de interacción se encuentran asociadas a depresión en jóvenes (Liu, 2003), desajuste escolar, el cual, a su vez, influye en la salud mental del adolescente (Estévez López, Musitu Ochoa y Herrero Olaizola, 2005). Cárdenas (2002) detectó que los adolescentes que reportan intento de suicidio muestran falta de comunicación, interés y preocupación por parte del padre.

Los resultados obtenidos a partir de ecuaciones estructurales indican que la calidad positiva o negativa de la comunicación familiar potencia o inhibe los recursos de autoestima y de apoyo social percibido dentro del contexto familiar. Se observa un efecto de riesgo directo de los problemas de comunicación familiar en el ánimo depresivo del hijo adolescente (Jiménez, Murgui y Musitu, 2007).

Estudios realizados (Koenig, 1998; Koenig et al., 2001, citado en Fayard, 2006) muestran la correlación existente entre depresión y días de hospitalización en poblaciones de la tercera edad; de la misma manera que, a mayor frecuencia de ir a una iglesia y mayor utilización de afrontamiento religioso, hay menores niveles de depresión. Las redes de apoyo social que brinda la religión organizada ayudan a enfrentar subjetiva y materialmente las enfermedades cuando estas sobrevienen (Koenig, 2002).

La adolescencia es un tiempo oportuno para examinar la sintomatología depresiva respecto de los factores predictores y las consecuencias de la misma. Aumentar el conocimiento sobre la etiología, vías y consecuencias de la depresión puede ayudar a identificar quiénes, qué y cómo prevenir o intervenir eficazmente, pues esta identificación debe ocurrir antes de que el ánimo depresivo se convierta en una enfermedad psiquiátrica crónica (Nilsen, 2012).

La diversidad en las características del alumnado que asiste a instituciones públicas y privadas de nivel medio en Montemorelos permitirá hacer un análisis de cómo intervienen las variables: religiosidad, comunicación familiar y sociodemográficas, en la explicación de la prevalencia de sintomatología depresiva.

Es importante resaltar que esta problemática de ánimo depresivo en la adolescencia existe a nivel nacional y mundial. En Montemorelos no existen precedentes sobre investigaciones con las variables consideradas en este estudio.

En este estudio se pretende explorar la prevalencia de sintomatología depresiva en adolescentes de preparatoria y si estos síntomas son explicados por la religiosidad y la comunicación que ellos mantienen con sus padres.

Hipótesis de investigación

La hipótesis de investigación planteada en este estudio es la siguiente:

H₁. La religiosidad y la comunicación de los padres con sus hijos explican la sintomatología depresiva en los adolescentes.

Limitaciones

Los estudiantes encuestados fueron los que asistieron a clase el día convenido para la aplicación del instrumento.

Delimitaciones

La presente investigación tuvo las siguientes delimitaciones:

1. Se realizó en el período comprendido entre junio de 2013 y julio de 2015.
2. La población en estudio fueron los estudiantes de preparatoria de modalidad presencial de escuelas públicas y privadas de Montemorelos, N. L., en el primer semestre del curso escolar 2014 -2015.

Trasfondo filosófico

El matrimonio y la familia son obra y creación del Creador del universo. Durante la semana de la creación, Dios hizo una evaluación diaria sobre lo creado, al decir: “Y vio Dios que era bueno” (Génesis 1:31), indicando la perfección de todas las cosas, pero cuando creó a Adán fue algo especial. Él lo diseñó con sus propias manos y satisfizo su necesidad de compañía, creando a su compañera. “Dijo Jehová Dios: No es bueno que el hombre esté solo, le haré ayuda idónea para él” (Génesis 2:18). White (1982) comenta al respecto: “Dios le proveyó de una ayuda idónea para él, alguien que realmente le correspondía, una persona digna y apropiada para ser su compañera y que podría ser una sola cosa con él en amor y simpatía” (p. 21). Así Dios dio origen al matrimonio y a la familia (Génesis 1:24). La pareja (Adán y Eva) era armoniosa y perfecta, creados a imagen de Dios (Génesis 1:27). Disfrutaron de

su compañerismo, en la institución del matrimonio, “los bendijo Dios, y les dijo: fructificad y multiplicaos; llenad la tierra, y sojuzgadla (Génesis 2:28, primera parte).

Dios, al formar a la pareja en una relación armoniosa, les proporcionó un hogar hermoso donde gozaran de su felicidad por siempre; sin embargo, Eva se alejó de su esposo, llevada por la curiosidad de descubrir las bellezas del Edén. En su paseo se encontró con una serpiente de hermosa apariencia, que volaba y hablaba. En un momento iniciaron un diálogo, que la llevó a ser seducida. La serpiente le mostró las bondades del fruto prohibido y ella, haciendo caso omiso de las indicaciones de Dios de mantenerse alejada del árbol de la ciencia del bien y del mal, decidió comer del fruto y le dio también a su esposo, quien lo aceptó por temor a perder a su esposa que tanto amaba. Esta acción trajo consigo la caída de la pareja, la pérdida de su hogar perfecto y la separación de Dios. Allí con el pecado comienza el proceso de degeneración de la raza humana y de toda la creación en el planeta tierra, derivando en dolor, enfermedad y muerte. La familia sufrió las consecuencias de la transgresión de la ley de Dios (White, 1982).

Dios, en su infinito amor, hizo provisión para rescatar a la familia humana, prometiendo un Salvador (Génesis 3:15). Él deseaba restablecer la armonía y perfección que se perdió con el pecado; deseaba reunir nuevamente a la familia.

Dios usó a Juan el Bautista para dar un mensaje a la familia. Este era “para hacer volver los corazones de los padres a los hijos, y de los rebeldes a la prudencia de los justos, para preparar un pueblo bien dispuesto” (Lucas 1:17), antecediendo a la venida del Señor Jesucristo, quien vino a morir por todos los miembros de la familia humana, buscando restaurar la imagen perdida en el Edén.

Sin embargo, Jesús predijo que antes de la restauración final, en su segunda venida, la humanidad estaría en una condición pecaminosa similar a la del tiempo de Noé (Mateo 24: 37, 38), cuando dijo: “La tierra se corrompió y estaba llena de violencia, los pensamientos del hombre de continuo al mal” (Génesis 6:5,11).

En la actualidad se puede observar que la unidad fundamental de la sociedad, la familia, se encuentra en un ambiente en desequilibrio, muy alejada del plan original; se ha olvidado la obediencia a las leyes de Dios y se han perdido los principios y valores y eso repercute en hogares poco estructurados, disfuncionales, donde los miembros del hogar sufren de enfermedades físicas, emocionales y mentales.

La Biblia proporciona al creyente promesas que le ayudan a mantenerse optimista, confiado y reposado en Dios. A continuación se mencionan algunas de ellas:

Isaías 26:3: “Tú guardarás en completa paz a aquel cuyo pensamiento en ti persevera; porque en ti ha confiado”.

Isaías 40:31: “Pero los que esperan a Jehová tendrán nuevas fuerzas; levantarán alas como las águilas; correrán, y no se cansarán; caminarán, y no se fatigarán”.

Isaías 41:13: “Porque yo Jehová soy tu Dios, quien te sostiene de tu mano derecha, y te dice: No temas, yo te ayudo”.

Nahúm 1:7: “Jehová es bueno, fortaleza en el día de la angustia; y conoce a los que en él confían”.

Miqueas 7:7: “Más yo a Jehová miraré, esperaré al Dios de mi salvación; el Dios mío me oirá”.

Jesucristo enseñó a sus discípulos y a todos los creyentes a vivir seguros y confiados en sus promesas. Se describen un par de ellas:

Mateo 11:28: "Venid a mí todos los que estáis trabajados y cargados, y yo os haré descansar".

Juan 14:27: "La paz os dejo, mi paz os doy; yo no os la doy como el mundo la da. No se turbe vuestro corazón ni tenga miedo".

Sus discípulos recomendaban a los cristianos lo siguiente:

1 Pedro 5:7: "Echad toda vuestra ansiedad sobre él, porque él tiene cuidado de vosotros".

Colosenses 3:15: "Y la paz de Dios gobierne en vuestros corazones, a la que asimismo fuisteis llamados en un solo cuerpo. Y sed agradecidos".

La Biblia proporciona herramientas de cómo manejar el estrés cotidiano. Cuando se ora, se aprende a depender de Dios, en todas las circunstancias de la vida. Se desarrolla la fe y la confianza, dando además sentido y propósito a la vida.

Mientras tanto, White (1991) señala que la fe y la confianza en Dios juegan un papel muy importante en la prevención de la depresión y la ansiedad; el desarrollar una actitud positiva de confianza, un espíritu de alabanza, de gratitud, de contentamiento permite que una persona afronte su presente y su futuro con esperanza.

Definición de términos

A continuación se presenta la definición de algunos términos importantes utilizados en esta investigación.

1. *Orientación religiosa*: El proceso que controla y organiza el comportamiento de aquellos individuos que se adhieren a una religión (Simkin y Etchezahar, 2013).

2. *Religiosidad intrínseca*: Se caracteriza por la práctica de la religión como un fin en sí misma, una motivación principal para el creyente (Masters, citado Simkin y Etchezahar, 2013).

3. *Religiosidad extrínseca social*: Es la práctica de la religión que sirve, en primer lugar, para satisfacer necesidades básicas, como las relaciones sociales o el confort personal y no está centrada en los fines y las creencias religiosas (Simkin y Etchezahar, 2013).

4. *Religiosidad extrínseca personal*: Es la práctica de la religión, para alcanzar fines personales como seguridad, protección, comodidad o alivio (Simkin y Etchezahar, 2013).

5. *Comunicación familiar abierta*: implica el intercambio fluido de información, tanto instrumental como emocional, posibilidad de diálogo y capacidad para expresar sentimientos y pensamientos (García-Méndez, Rivera-Aragón, Reyes-Laguna y Díaz Loving, 2006; Schmidt et al., 2010).

6. *Comunicación familiar ofensiva*: Es el intercambio de puntos de vista entre padres e hijos, caracterizado por falta de respeto y consideración (Luna Bernal, Laca Arocena y Cedillo Navarro, 2012).

7. *Comunicación familiar evitativa*: Se caracteriza por la resistencia a compartir información y la falta de comprensión entre padres e hijos (Luna Bernal et al., 2012).

8. *Sintomatología depresiva* (índice general de ánimo depresivo): Son síntomas que están asociados con la depresión, incluyendo el afecto deprimido, inseguridad emocional y problemas interpersonales, somatización y actividad retardada (Jiménez et al., 2007).

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Introducción

En el Capítulo dos se presenta la revisión de la literatura que documenta las teorías implicadas en la investigación y los aportes de investigaciones realizadas en el ámbito de la religiosidad y la comunicación padres-hijos que se relacionan con la sintomatología depresiva en población adolescente.

Teorías del desarrollo

En esta sección se considerarán brevemente las teorías de Erickson, Freud y Piaget sobre el desarrollo humano.

En primer lugar, Erickson (1968, citado en Horrocks, 2012) propone dos postulados: primero, cuando aumenta la edad de un individuo, el ego se desarrolla en una serie de etapas secuenciales, que están caracterizadas por el desarrollo de actitudes psicosociales relacionadas con los procesos de la libido y la maduración; segundo, a medida que se desarrolla el ego, se enfrentan las crisis psicosociales que surgen en cada etapa. De estos postulados se desprende la secuencia de ocho tareas psicosociales que deben suceder durante el ciclo vital del ser humano para lograr una vida ajustada y libre de conflictos neuróticos: (a) logro de la confianza, (b) logro de autonomía, (c) logro de iniciativa, (d) logro de laboriosidad, (e) logro de identidad (identidad contra difusión de la identidad), (f) logro de intimidad (intimidad contra aislamien-

to), (g) logro de la creatividad y (h) logro de la integridad del ego (integridad del ego contra desesperanza). Las primeras tres etapas corresponden a la infancia y la niñez; la cuarta, a la latencia; la quinta, a la pubertad y la adolescencia; la sexta, a la edad del joven adulto; las dos últimas, a la edad adulta y la ancianidad.

La teoría de Freud presenta el desarrollo psicológico como resultado de la interacción del aprendizaje con tres sistemas orgánicos: el oral, el anal y el genital. La secuencia de las siguientes cinco etapas: oral, anal, fálica, latente y genital, representa el desarrollo. Las primeras tres etapas representan a la infancia. En la latencia ocurre la maduración del ego, donde se desarrollan actitudes sociales y procesos de pensamiento, así como el establecimiento de relaciones fuera de la familia inmediata. En esta etapa hay una represión de la sexualidad infantil. La etapa genital marca el inicio de la pubertad y la entrada a la adolescencia; la sexualidad reprimida en la etapa anterior surge de nuevo, donde se deben abandonar los deseos sexuales incestuosos y los hostiles.

Freud establece que la tarea del adolescente consiste en voltear la espalda a las relaciones inmaduras que mantiene con sus padres, crearse un firme sentido de valor y redoblar sus esfuerzos en la construcción de relaciones nuevas y firmes, a medida que se va preparando para entrar al mundo adulto (Freud, 1933, citado en Horrocks, 2012).

Por otro lado, Piaget propone cuatro etapas en secuencia en el desarrollo cognoscitivo. La primera etapa es la sensomotriz, que va desde el nacimiento hasta los dos años; la segunda etapa de pensamiento pre operacional, va desde los dos hasta los siete años, aquí comienzan a aparecer las funciones simbólicas de

pensamiento. En la tercera etapa de operaciones concretas entre los siete y los 11 años de edad, el niño se basa en la lógica de clases y relaciones. Las operaciones se relacionan con la realidad, usa objetos reales que pueden manipularse. En la cuarta etapa, característica de la adolescencia, la de operaciones formales entre los 11 o 12 años; a los 14 o 15 años incluye las operaciones concretas pero con un nuevo nivel de organización. Ahora no se queda con la experiencia personal; basa sus hipótesis en hechos no observados y no experimentados, puede reconstruir la realidad, puede ampliar su mundo filosofando y pensando libremente en hechos que quedan fuera de sus experiencias inmediatas o del pasado (Piaget, 1958, citado en Horrocks, 2012).

Adolescencia

La adolescencia es esencialmente una época de cambios, que ofrece oportunidades para crecer. Trae consigo enormes variaciones físicas y emocionales, transformando al niño en adulto. En la adolescencia se define la personalidad, se construye la independencia y se fortalece la autoafirmación. La persona joven rompe con la seguridad de lo infantil, corta con sus comportamientos y valores de la niñez y comienza a construirse un mundo nuevo y propio. Para lograr esto, el adolescente todavía necesita apoyo: de la familia, de la escuela y de la sociedad, ya que la adolescencia sigue siendo una fase de aprendizaje (Arnett, 2008).

La adolescencia es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. Su punto de inicio varía de acuerdo con factores climáticos y hereditarios. El rango de duración varía según las diferentes fuentes y opiniones médicas, científicas y psicológicas,

pero generalmente se enmarca su inicio entre los 10 y los 12 años, y su finalización a los 19 o 20. En 1904, Hall (citado en Arnett, 2008) definió que la adolescencia iniciaba a los 14 años y terminaba a los 24, debido a que la menarquia de las niñas era aproximadamente a los 15 años. En el siglo XXI las niñas empiezan su menarquia a los 10 años, por lo que la OMS ha clasificado a la adolescencia en dos grupos: adolescencia temprana, de 10 a 14 años; adolescencia tardía, de los 15 a los 19 años.

Desarrollo de la adolescencia

La adolescencia es marcada por el crecimiento a nivel físico, psicológico, social y espiritual. Este crecimiento lo describe Hill- Rice (2012), indicando que no es paralelo en todas las áreas:

Primero, el desarrollo psicológico. En esta década se presenta el desarrollo cognitivo y moral, donde el pensamiento crítico y el proceso de la información se desarrolla, aumentando la habilidad para recordar y razonar (deductiva e inductivamente).

En segundo lugar, el desarrollo moral. Aquí se muestran las diferencias en cómo los niños y las niñas se aproximan a los problemas morales, demostrando generalmente que los niños buscan una solución directa y las niñas evitan el conflicto para mantener una relación (Rew, 2005, citado en Hill- Rice, 2012).

En tercer lugar, el desarrollo social. En la adolescencia se presenta el desarrollo de la identidad, lo cual representa una crisis psicosocial primaria. En esta se construye el propio yo, a partir del desarrollo físico-fisiológico del individuo (Horrocks, 2012). El adolescente busca nuevas relaciones y comienza a separarse de sus padres; sus perspectivas cambian y son ampliadas. Los autores concuerdan en que

una identidad saludable es la que construye el propio adolescente y no la que es impuesta por otros, ellos formulan sus opiniones tan simples como decidir con quién pasar su tiempo o tan complejas como decidir qué creer (Rew, 2005, citado en Hill-Rice, 2012).

En cuarto lugar, el desarrollo espiritual. En esta etapa el adolescente establece sus creencias, en el contexto de formación de su identidad; y entonces es capaz de reevaluarlas para explicarlas más claramente. La evolución religiosa está íntimamente relacionada con el desarrollo de la conciencia, en general, y de la conciencia axiológica, en particular; es decir, el sistema personal de creencias y valores.

En la adolescencia, el sentido del yo femenino se desarrolla por medio del establecimiento de relaciones. Las niñas y las mujeres se juzgan a sí mismas por su manejo de las responsabilidades y por su habilidad para cuidar de otros y de sí mismas. En cambio, la autoestima masculina tiende a estar vinculada con los esfuerzos y el logro individual, mientras que la femenina depende más de las conexiones con otros (Gilligan, 1990, Thorne y Michaelieu, 1996, citados en Papalia, Duskin y Martorell, 2012, p. 394).

Características de la adolescencia

Horrocks (2012, p. 30) considera a la adolescencia como “la etapa entre el momento en que se alcanza la madurez sexual y aquella en la que se asumen las responsabilidades y conductas de la edad adulta”; de modo que esta etapa finaliza cuando el individuo alcanza su madurez emocional y social y cuando tiene la capacidad y la voluntad para realizar actividades que corresponden a un adulto. Al adolescente se le ha descrito como una persona emocional, muy voluble, egocéntrica,

impaciente ante las frustraciones, ineficaz al poner a prueba la realidad, conservador, perfeccionista y sensible.

Meece (2004) presenta las teorías que tratan de explicar los cambios que ocurren en la adolescencia. Las teorías biológicas explican los cambios de estatura, de peso, de lenguaje, de habilidades mentales y motoras. Las teorías psicoanalíticas se centran en los cambios evolutivos del yo y la personalidad. Las teorías cognoscitivas se centran en la forma en que el niño construye su propio conocimiento del ambiente.

Durante la adolescencia, los cambios más notorios son los físicos. Estos cambios varían según el sexo y la persona. En un estudio realizado por un grupo de la OMS (2014) se encontró que, en el caso de las niñas, existe inicialmente un aumento de peso de dos kilos por año y más tarde, de cinco a 10 kilos por año; los varones aumentan de 10 a 20 kilos por año.

Si bien el cambio físico es el más importante en este período, en el que un niño se convierte en un adulto, los cambios psicológicos también tienen una gran importancia. Es en la adolescencia en donde se manifiestan los mayores cuestionamientos. El individuo comienza a sentir una necesidad de autosuficiencia y de buscar su propia identidad. Comienza a aprender de sus propias experiencias y a buscar sus propias respuestas; es decir, desea su autonomía. También en esta etapa se desarrollan y evalúan los valores en los cuales se integrará su vida, acompañado del desarrollo de los ideales propios y de la aceptación de su persona, en concordancia con dichos ideales (WHO, 1986).

Marcia (1966, citado en Papalia et al., 2012) propone los estados de identidad que presenta el adolescente, indicando los estados del desarrollo del yo, que dependen

de la presencia o ausencia de crisis y compromiso. En primer lugar, el logro de la identidad (una crisis conduce al compromiso). El adolescente es alentado por sus padres a tomar sus propias decisiones. Durante una crisis dedica tiempo a explorar sus alternativas, realizar elecciones y expresar un fuerte compromiso. Estos adolescentes se rigen por un control interno, tienen seguridad en sí mismos, alta autoestima y funcionan bien en condiciones de estrés y cercanía emocional. Los padres de estos adolescentes estimulan la autonomía y la relación con los profesores; las diferencias se analizan de un modo colaborador. En segundo lugar, la exclusión (un compromiso sin crisis). Es el estado en que una persona no ha dedicado tiempo a considerar las alternativas (no ha estado en crisis); se compromete con los planes que otra persona ha establecido para su vida. Suele tratarse de personas con altos niveles de autoritarismo y pensamiento estereotipado; obedecen la autoridad, se rigen por un control externo, son dependientes y presentan bajos niveles de ansiedad. En tercer lugar, la moratoria (crisis sin compromiso). Es un estado en el que una persona en crisis considera alternativas, lucha por tomar una decisión y parece dirigirse hacia un compromiso. Le tomará tiempo salir de la crisis. En cuarto lugar, la difusión de la identidad (sin compromiso ni crisis). Este estado se caracteriza por la ausencia de compromiso y la falta de una consideración seria de las alternativas que se tienen. Es una persona insegura que tiende a ser poco cooperativa, superficial e infeliz, a menudo solitaria.

Para Erickson (1968, citado en Papalia et al., 2012), la identidad es una concepción coherente del yo, constituida por metas, valores y creencias con las que un individuo se compromete. Así que la principal tarea para el adolescente es confrontar

la crisis de identidad, hasta convertirse en un adulto único con un sentido coherente del yo, con un rol valorado en la sociedad. El aspecto crucial de su búsqueda es decidir una carrera, la adopción de valores con los cuales vivir y el desarrollo de una identidad sexual satisfactoria. La resolución de esta crisis, el proceso de exploración, conlleva a desarrollar en el adolescente la lealtad, la fe que puede implicar identificarse con un conjunto de valores, una ideología, una religión, un movimiento o un grupo étnico, su confianza se extiende hacia sus mentores y seres queridos (García-Alandete y Bernabé-Valero, 2013; Papalia et al., 2012, p.390).

Desde los doce años hasta el comienzo de la adultez, el joven mantiene un diálogo interno para lograr su autodefinición y para forjar una identidad sexual estable. Se puede decir que el adolescente alcanza un sentido de identidad cuando está razonablemente seguro de su autoconcepto, sus valores, habilidades, intereses y creencias, así como cuando sabe qué quiere en el futuro (Sarafino, 1988, citado en Larocca, 2014).

Berryman (1994) menciona que el final de la adolescencia está asociado, con frecuencia, a fenómenos sociológicos tales como estatus, deberes, privilegios, el final de la educación, el derecho al matrimonio y a disfrutar de independencia económica. Estos aspectos conducen a conflictos entre padres e hijos, pues estos están buscando dar forma y consolidar su propia identidad; de ahí que se generen algunos problemas psicológicos, tales como depresión e intentos de suicidio (un fenómeno cuya cima está entre los 15 y los 19 años), ansiedades (en particular temores acerca de la escuela y situaciones sociales), problemas de conducta y delincuencia, trastornos de la alimentación (anorexia nerviosa y bulimia nervosa) y toxicomanía.

En todo el proceso de transición de la adolescencia, una fuente importante de apoyo emocional, así como una fuente de presión para desarrollar comportamientos inapropiados, es el grupo de iguales. De estos obtienen afecto, solidaridad, comprensión y orientación moral, un lugar para la experimentación y un escenario para convertirse en seres autónomos e independientes de los padres. Es un lugar para formar relaciones íntimas que sirven como ensayo para la intimidad adulta (Araujo Robles, 2008).

La salud del adolescente

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2014) señala que la salud integral del adolescente comprende el bienestar físico, mental, social y espiritual de los jóvenes e incluye aspectos relacionados con su desarrollo educativo y la adecuada participación en las actividades de la comunidad, acorde con su cultura y con el desarrollo de su máxima potencialidad. El abordaje integral de su desarrollo y de su salud requiere un equilibrio óptimo entre las acciones destinadas a estimular el crecimiento y desarrollo personal y aquellas dirigidas a prevenir o a responder a determinados problemas.

Burak (2001) considera que la atención preventiva en los adolescentes debe estar dirigida hacia su desarrollo de manera integral, de manera multidisciplinaria y con la participación de padres y profesores. Mientras que la solución de los problemas de salud mental deben enfocarse en los planos biomédico, psicosocial, familiar y sociocultural (institutos culturales, brigadas de salud, grupos religiosos y sus clubes, como boy-scouts, etc.).

La WHO (2008) publicó las necesidades más importantes de salud y desarrollo de los más de 175 millones de adolescentes del mundo, donde muchos de ellos tienen dificultades que afectan a su bienestar, incluidos la pobreza, la falta de acceso a información sanitaria y servicios de salud y la insalubridad del medio ambiente. Se reportó que una de cada cinco personas en el mundo es un adolescente y el 85% de ellos vive en países en desarrollo. Casi dos tercios de las muertes prematuras y un tercio de la carga de morbilidad total de los adultos están relacionadas con condiciones o comportamientos que se inician en la juventud, incluidos el consumo de tabaco, la falta de actividad física, las relaciones sexuales sin protección o la exposición a la violencia. Todos los años, alrededor de 16 millones de niñas de entre 15 y 19 años dan a luz, lo que representa aproximadamente el 11% de todos los nacidos en el mundo. La gran mayoría de alumbramientos en la adolescencia se registra en países en desarrollo. Muchos niños y niñas de países en desarrollo comienzan la adolescencia desnutridos, siendo más vulnerables a la enfermedad y a la mortalidad prematura. Al menos el 20% de los jóvenes padecerá alguna forma de enfermedad mental como depresión, trastornos del estado de ánimo, abuso de sustancias, comportamientos suicidas o trastornos alimentarios. La gran mayoría de los consumidores de tabaco de todo el mundo empieza a fumar durante la adolescencia. Entre los jóvenes de 15 y 19 años, el suicidio es la segunda causa de muerte, seguido de la violencia en la comunidad y en la familia.

El mismo organismo, en el año 2014, informó que 1.3 millones de adolescentes murieron en el mundo en el año 2012, siendo las principales causas los accidentes de

tránsito, el VIH y la depresión. Indicando que la depresión es la principal causa de enfermedad y discapacidad en este grupo etario.

Factores protectores y de riesgo en la adolescencia

En el campo de la salud, los factores protectores son definidos como

las características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que favorecen el desarrollo humano, el mantenimiento o la recuperación de la salud; y que pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores de riesgo, de las conductas de riesgo y, por lo tanto, reducir la vulnerabilidad, ya sea general o específica. (Páramo, 2011, p. 87)

Burak (2001) plantea que existen dos tipos de factores protectores: los de amplio espectro, los cuales no favorecen el acontecimiento de daños o riesgos, como son una familia contenedora, con buena comunicación interpersonal, alta autoestima, proyecto de vida elaborado, fuertemente internalizado, locus de control interno bien establecido, sentido de la vida elaborado, permanecer en el sistema educativo formal y un alto nivel de resiliencia; y los factores protectores específicos para ciertas conductas de riesgo, como por ejemplo el uso de cinturón de seguridad (que reduce o evita accidentes automovilísticos), no tener relaciones sexuales o tenerlas con uso de preservativo (que reduce o evita el embarazo, como las ETS y el sida) y no fumar (reduce o evita el cáncer de pulmón y enfisema).

Páramo (2011) encontró, en su estudio cualitativo, que los adolescentes entre 15 y 17 años consideraron como principales factores protectores el apoyo familiar y de los amigos, la fortaleza de la personalidad y la búsqueda de la espiritualidad.

Vinaccia, Quiceno y Moreno San Pedro (2007) señalan que

entre los recursos más importantes con los que cuentan los niños y adolescentes resilientes, se encuentran: una relación emocional estable con al menos

uno de sus padres, o personas significativas; un ambiente educativo abierto, contenedor y con límites claros; apoyo social; modelos sociales que motiven el afrontamiento constructivo; tener responsabilidades sociales dosificadas, a la vez, que exigencias de logro; competencias cognitivas y, al menos, un nivel intelectual promedio; características temperamentales que favorezcan un afrontamiento efectivo (por ejemplo, flexibilidad); haber vivido experiencias de autoeficacia, autoconfianza y contar con una autoimagen positiva; asignar significación subjetiva y positiva al estrés y al afrontamiento, de acuerdo con las características propias de su desarrollo y tener un afrontamiento activo como respuesta a las situaciones o factores estresantes (p. 143).

Asimismo, se ha destacado en varios estudios la calidad de la comunicación y de las relaciones familiares como factor de protección asociado a estilos de vida saludable en la adolescencia (Jiménez et al., 2007).

Comunicación

Los autores Defleur, Kearney, Plax y Defleur (2005) definen la comunicación como el proceso en el que un individuo inicia mensajes con símbolos verbales y no verbales para expresar significados, de forma que se generen significados similares en todos los participantes.

De acuerdo con Farlex (2012), la comunicación humana se define como la producción y recepción de información de manera oral, escrita, señales (signos) o gestos entre los seres humanos; involucra el uso de símbolos conocidos como el lenguaje recibido a través de los sentidos: oído, tacto, vista, olfato y gusto, y generado a través de la voz, el diálogo, la escritura, signos y gestos.

A través de la comunicación, los seres humanos comparten información diferente entre sí, haciendo del acto de comunicar una actividad esencial para la vida en la sociedad. Se entiende también la comunicación como una relación existente entre un emisor y un receptor, por la que se transmiten señales a través de un código

común. La comunicación humana es un proceso muy complejo, en el que todas las acciones humanas comunican, ya sea a través de gestos, palabras, miradas, sonrisas, que siempre tienen el objetivo de transmitir un sentido e intercambiarlo; comunicarse no solo es decir o expresar; es conectarse con otros en un proceso de interpretaciones de ida y vuelta. Es en este sentido que la comunicación plantea retos para los seres humanos, especialmente en procesos educativos, pues se debe aprender a comunicarse de manera permanente, oportuna, clara y abierta, para compartir significados aun en las diferencias de perspectivas (Waldeck, Kearney y Plax, 2013).

Se debe distinguir entre lo que significa informar y/o dialogar en la comunicación. Crespo Comesaña (2011) señala que informar es un proceso de comunicación unidireccional, de carácter vertical, donde el emisor tiene el poder sobre el receptor, cuya finalidad de la información es guiar su conducta. En cambio, dialogar es un proceso de carácter horizontal; el mensaje viaja a través de una doble vía, ya que los participantes tienen el mismo acceso a la palabra. El fin del proceso es el conocimiento mutuo y la creación de un espacio común de comprensión. Para los miembros de una familia supone la posibilidad de no quedarse al margen de las otras esferas sociales de la vida de cada uno.

Elementos de la comunicación humana

Todas las personas aportan los mismos elementos al proceso de comunicación: el cuerpo con su forma, los valores personales, las expectativas, los órganos de los sentidos, ojos, oídos, nariz, boca y piel, la capacidad para hablar (palabras y voz) y el cerebro con los almacenes del conocimiento (Satir, 1991).

Además, el proceso de comunicación consiste en la transmisión de información entre un emisor y un receptor que decodifica (interpreta) un determinado mensaje. El mensaje está codificado en un sistema de signos definidos que pueden ser gestos, sonidos, signos, un idioma natural u otros códigos que tienen un significado (por ejemplo, los colores del semáforo) y se transporta al destinatario a través de un canal de comunicación (el medio a través del cual circula el mensaje, ya sea por carta, teléfono, televisión, internet, etc.). En este proceso se pueden identificar los siguientes elementos: emisor (transmite el mensaje), receptor (recibe el mensaje), código (sistema de señales) y canal de comunicación (medio por el cual se logra la comunicación). Otro elemento es el ruido, que se caracteriza por toda clase de elementos que afectan al canal, alterando o limitando el proceso de comunicación y creando una distorsión del mensaje (Hernández, 2008).

El proceso para la transferencia de mensajes (ideas o emociones), mediante signos comunes entre emisor y receptor, con una reacción o efecto determinado, abarcando ideas, hechos, pensamientos, sentimientos y valores (Maldonado, 2009) está esquematizado en la Figura 1.

En el proceso de comunicación directa, al interactuar con una o más personas, tanto el emisor como el receptor varían de posición en forma constante; se pasa de ser emisor a receptor cuando se emite un mensaje y se dispone a escuchar el mensaje del otro, o viceversa. Es importante que el mensaje que se quiere transmitir sea claro, preciso, completo y real (Satir, 1991).

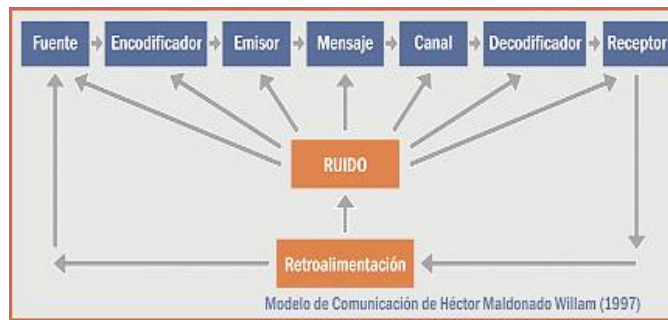


Figura 1. Modelo de comunicación.

Tipos de comunicación

Según el modelo sistémico, la comunicación está definida como un “conjunto de elementos en interacción en donde toda modificación de uno de ellos afecta las relaciones entre los otros elementos” (Marc y Picard, 1992, p. 39, citado en Rizo García, 2011). En este sentido, la comunicación es un sistema abierto de interacciones, en un contexto determinado, obedeciendo a ciertos principios: el principio de totalidad, que implica que un sistema con todas sus partes están interrelacionadas, y un solo cambio en una de ellas provoca un cambio en las demás; el principio de causalidad circular, según el cual el comportamiento de cada una de las partes del sistema forman parte de interrelaciones, acciones y retroacciones; y el principio de regulación, que afirma que no puede existir comunicación sin reglas establecidas, normas, convenciones que permitan el equilibrio del sistema.

Estos principios constituyen una de las principales aportaciones de la Escuela de Palo Alto, California a la comprensión de la comunicación. Watzlawick, Beavin y Jackson (1971, citado en Rizo García, 2011) propusieron cinco axiomas o postulados. El primero dice que es imposible no comunicar; en un sistema dado, todo comportamiento de un miembro tiene un valor de mensaje para los demás; en segundo

lugar, en toda comunicación cabe distinguir entre aspectos de contenido y aspectos relacionales entre emisores y receptores; en tercer lugar, la naturaleza de una interacción está siempre condicionada por la puntuación de las secuencias de comunicación entre los participantes; el cuarto axioma apunta a que la comunicación humana implica dos modalidades: la digital –lo que se dice- y la analógica –cómo se dice-; mientras que el nivel digital se refiere al contenido semántico de la comunicación, el nivel analógico cualifica cómo se ha de entender el mensaje; es decir, designa qué tipo de relación se da entre emisor y receptor; el quinto axioma establece que toda relación de comunicación es simétrica o complementaria, según se base en la igualdad o en la diferencia de los agentes que participan en ella, respectivamente.

Teniendo en cuenta los postulados anteriores, en la comunicación que se da particularmente entre padres e hijos, se podría traducir como un proceso en el que, en primer lugar, siempre algún miembro de la familia transmite algo de diferentes maneras; en segundo lugar, estas formas de comunicación suponen canales diferentes de relación familiar; en tercer lugar, esas relaciones siempre tendrán un efecto en el modo de vida familiar (Rizo García, 2011).

Así que la comunicación es universal y se ejerce a través de la palabra (oral o escrita), de los sonidos (tono de voz) y de los gestos corporales (con las manos, el cuerpo, la cara, la mirada); se hace de forma directa cuando se interactúa con otra persona o de manera indirecta cuando se ejerce a través de diferentes medios gráficos o electrónicos (diarios, revistas, radio, internet, televisión). Es importante que lo que se dice a nivel verbal coincida con lo que se comunica con gestos o con el tono de voz, de modo que el interlocutor logre entender el mensaje. Se dice que la

comunicación es efectiva cuando lo que se quiere transmitir a otro es comprendido por el interlocutor (Satir, 1991).

Estilos de comunicación

Según Trinidad Olvero (2007) y Aguilar-Morales y Vargas-Mendoza (2010), las personas practican distintos estilos al comunicarse. En primer lugar, la comunicación pasiva tiene como principal característica que la persona que la utiliza no expresa en forma abierta, directa y concreta sus ideas; normalmente no habla o lo hace en forma mínima, trata de ocultar, minimizar o del todo no expresar ideas o mensajes que siente que puedan afectar a otros o a sí mismo. Permite que violen sus derechos y que los demás se aprovechen de ella. En segundo lugar, la comunicación agresiva se da cuando la persona expresa sus ideas en forma abierta y directa, pero afectando de alguna manera a la otra persona. Por ello daña la autoestima del receptor del mensaje, violando los derechos de los demás y logrando su objetivo a costa de los demás. La persona de comunicación agresiva no oculta nada; lo dice, muchas veces, sin medir las consecuencias que tendrá el mensaje en los demás.

Por último, la comunicación asertiva se da cuando la persona expresa sus ideas en forma abierta y directa, tratando de no afectar en forma negativa a los demás. Este estilo busca una comunicación que construya y ayude a resolver las situaciones. La persona protege sus propios derechos y respeta los de los demás, logrando sus objetivos sin perjudicar a los demás. Se siente bien consigo mismo, se muestra sociable y emocionalmente expresivo y decide por sí mismo.

Funciones de los estilos de comunicación

Una de las funciones que tiene la comunicación al interior de las familias es poder expresar necesidades y que estas sean escuchadas y satisfechas por otro miembro de la familia.

Rodríguez García y Batista de los Ríos (2012) mencionan algunas funciones de los estilos y niveles de comunicación en la familia. Se analizan enseguida.

Afectiva: Está basada en el respeto y la afectividad; se transmiten valores, normas y costumbres. Se toman en cuenta las necesidades y motivaciones de cada una de las partes y en el proceso intervienen las emociones de los interlocutores.

Informativa: Está basada en los intereses del comunicador o del comunicando. Aquí se tienen en cuenta las creencias, opiniones y saberes que se tienen conformados por la familia o la persona en particular. Se da un proceso de intercambio de información.

Regulativa: Está basada en el establecimiento de patrones conductuales y es muy importante la jerarquía o el rol que ocupa cada miembro de la familia. Tiene lugar un proceso de interacción, de influencia en el otro, en el que la comunicación funciona como reguladora de la conducta.

Es fundamental que todos los miembros de una familia puedan expresar sus necesidades, emociones y expectativas, sin temor a ser rechazados o no ser considerados por los demás. Esto permite establecer relaciones más claras y eficientes.

Autores como Barnes y Olson (1982, citado en Schmidt et al., 2010) definen una comunicación abierta con los padres como la existencia de un intercambio fluido de información, tanto instrumental como emocional, así como el mutuo entendimiento

y la satisfacción experimentada en la interacción. Los problemas en la comunicación constituyen un patrón caracterizado por la resistencia a compartir estilos de interacción negativos y selectividad y cautela en el contenido de lo que se comparte.

En los estudios de Estévez López (2005) y Estévez López et al. (2007, citado en Luna Bernal et al., 2012), se analizó la estructura factorial del cuestionario original de la comunicación de padres e hijos (Barnes y Olson, 1982), encontrando tres patrones de comunicación familiar: abierta, ofensiva y evitativa. Dichos autores mencionan lo siguiente:

En el factor de comunicación abierta quedan incluidos ítems que hacen referencia a la empatía (“Puede saber cómo me siento sin preguntármelo”), a la escucha activa (“Intenta comprender mi punto de vista”) o a la autorrevelación (“Puedo expresarle mis verdaderos sentimientos”), entre otros, que remiten a la noción de una comunicación libre, con intercambio de información y comprensión. En el factor de comunicación ofensiva se incluyen ítems que hacen referencia a falta de respeto y consideración (“Me dice cosas que me hacen daño”, “Cuando estoy enfadado le hablo mal”, “Intenta ofenderme cuando se enfada conmigo”, etc.), mientras que en la comunicación evitativa están los ítems que revelan resistencia a compartir información y la falta de comprensión (“No me atrevo a pedirle lo que quiero o deseo”, “Hay temas de los que prefiero no hablarle”, “No creo que pueda decirle cómo me siento realmente en determinadas situaciones (p. 301).

Sánchez Aragón y Díaz Loving (2003) coinciden en que la comunicación ocupa un lugar central en la funcionabilidad del sistema familiar y es, a su vez, el eje central de las soluciones y conflictos que se puedan establecer dentro de su seno. Es fundamental que las familias sean capaces de aprender a lograr que sus miembros expresen sus necesidades, emociones y expectativas, sin temor a la negación y descalificación por parte de los otros. Al explicitar dichos elementos, se establecerán relaciones más claras y eficientes, desarrollándose confianza en los hijos, lo que

puede facilitar la relación padres e hijos durante la adolescencia, período en que las dificultades tienden a ser mayores.

Wagner, Falcke, Silveira y Mosmann (2002, citado en Araujo-Robles, 2008) señalan que en la adolescencia se presentan emociones intensas, donde ocurre un distanciamiento de las figuras parentales y un mayor involucramiento con el grupo de pares. En este contexto, la comunicación entre los miembros de la familia se torna fundamental para potencializar el establecimiento de relaciones más satisfactorias y saludables. También pueden ser frecuentes manifestaciones agresivas estimuladas por modos de comunicación disfuncionales, como los autoritarios y los permisivos, en los que no existe equilibrio entre las funciones afectivas, informativas y educativas de la comunicación y el intercambio se hace de manera unidireccional sin tener claridad en el mensaje que se emite.

El adecuado funcionamiento psicológico de las mujeres se relaciona con el hecho de que perciban a su padre como cuidadoso, cálido, comunicativo y respetuoso de su individualidad (Asili y Corolla, 2002, citado en Serrano Pereira y Flores Galaz, 2005).

Modelos en el estilo de comunicación

La globalización y modernización originaron cambios sociales en todo el mundo: la pubertad más temprana, la rápida difusión de las tecnologías avanzadas, identificando más a los adolescentes por su condición de estudiantes alejados del mundo de trabajo de los adultos y mostrando menor disposición a dejarse guiar por el consejo de sus padres, así como a seguir sus pasos (Papalia et al., 2012).

A partir de la mitad del siglo XX se pueden destacar cuatro generaciones: los baby boomers (nacidos tras la Segunda Guerra Mundial y con la televisión como tecnología de la información), la generación X (a mediados de los 60: jóvenes que rechazaban la monarquía, la religión, que comenzaron a romper pautas y costumbres), la generación Y y la generación Z (aquellos que han ido creciendo con el auge de las tecnologías y son considerados nativos digitales) (Prensky, 2001).

La generación NET está formada por las personas nacidas entre los años 80 y los 90, que han ido interiorizando lo tecnológico como contexto de socialización natural, a través del cual pueden comunicarse y relacionarse (Ayala, 2013).

Actualmente, la mayoría de los padres pertenecen a la generación de los “baby boomers”; muchos han crecido fundamentalmente con la televisión y con los llamados “mass media”. La característica de todos ellos es que su discurso es de tipo informativo, vertical, de una vía, como el discurso televisivo, en situaciones como las que ocurren dentro de la familia, en la escuela, en el trabajo y frente a instituciones públicas y privadas (Bernal y Barbas, 2010). Por otro lado, los hijos pertenecen a la generación que creció con las nuevas tecnologías; su vida gira alrededor del uso de computadoras, videojuegos, música digital, videocámaras y teléfonos celulares. Ellos hablan en forma “nativa” el lenguaje digital de las computadoras y el internet, usando las redes sociales como el Facebook y el Twitter (Prensky, 2001); allí el discurso comunicativo es horizontal, de vía múltiple, activo e inmediato. Además, el adolescente está enfrentando una batalla de individuación por su autonomía y diferenciación o identidad personal. La comunicación en línea ha tenido efectos positivos y negativos en las relaciones sociales de los adolescentes. Al comunicarse en forma instantánea,

esto tiene una relación positiva con la camaradería y conexión con una comunidad en línea (Chen, 2010, citado en Papalia et al., 2012), facilitando las revelaciones personales, principal razón de la mejoría en el contacto social y el bienestar. En este entorno se reducen las señales visuales y auditivas del contexto y esto lleva a desarrollar una intimidad inusual, pues les preocupa menos la forma en que son percibidos por los demás y se sienten más libres para expresarse. Por otro lado, la comunicación en línea que facilita la conexión también se ha vuelto atractiva para los acosadores electrónicos. Además, aunque las revelaciones personales son más comunes en línea, también lo son las mentiras (Tidewell y Walther, 2002; Valkenburg y Peter, 2009, citados en Papalia et al., 2012).

El nuevo modelo comunicativo también genera una nueva forma de aprender, pues los jóvenes no están acostumbrados, en la misma medida en que sus padres lo estaban, a inhibir una respuesta y por ello no responden muy bien ante las situaciones en las que implícitamente se requiere de ellos que no opinen abiertamente, pero se comporten. Tienen dificultad para adaptar su conducta en las estructuras comunicativas de tipo informativo (Papalia et al., 2012).

Como señalan Bernal y Barbas (2010), se genera un nuevo modelo de aprendizaje basado en la capacidad de participación y en la motivación por el descubrimiento. Los padres deben aprender a conciliar las responsabilidades laborales con las familiares, lo que implica un reordenamiento de los roles y responsabilidades sociales: deben esforzarse por establecer una buena comunicación con sus hijos, donde prevalezca el intercambio de opiniones, con mensajes claros, directos y congruentes entre los miembros, para garantizar el buen desarrollo de cada uno de

sus integrantes y contribuir a la conformación del clima sociopsicológico y su expresión en el individuo.

Satir (1986, citado en Sánchez Aragón y Díaz Loving, 2003) planteó cinco modelos de comunicación, de los cuales cuatro son maneras negativas de comunicarse.

1. Tipo aplacador (minusválido). La persona siente que debe mantener contento a todo el mundo, para que así lo quieran. Siempre habla tratando de complacer, de disculparse; nunca manifiesta desacuerdo en ninguna forma; es alguien que habla como si no pudiera hacer nada por sí mismo y necesita tener la aprobación de otros. La persona se siente como si no valiera nada. Siente que le debe gratitud a todo el mundo y que es responsable de todos los errores ajenos. La actitud de aplacar corresponde a una posición del cuerpo suplicante.

2. Tipo culpador (agresivo). A este tipo también se le llama el acusador. Este siempre encuentra fallas; es un dictador y el que manda; es un tirano que rebaja a todos. Internamente siente que no vale gran cosa. Si logra que alguien lo obedezca, empieza a sentir que lo toman en cuenta. La posición del cuerpo es de señalador, acusativo.

3. Tipo superrazonable. Es exageradamente correcto y razonable y no demuestra ningún sentimiento; es calmado, frío, imperturbable. Estas personas se rigen por la norma “di las palabras adecuadas; no demuestres sentimientos, no reacciones”.

4. Tipo irrelevante. Esta persona dirá o hará cosas que tengan poca relación con lo que digan o hagan los demás. Ignora las preguntas de la gente y responde con otra pregunta que aluda a cualquier tema diferente al que se está tratando.

Estos son cuatro estilos paralizantes, que limitan la capacidad de construir con las otras personas, incrementándose la cantidad de miedo y dependencia, llegando incluso a afectar la salud física. Al analizar el estilo de comunicación en el contexto familiar, se puede observar la influencia que estos estilos tienen en las relaciones que se propician entre sus integrantes (Mora Rojas, 2011; Sánchez Aragón y Díaz Loving, 2003).

5. Existe un último tipo: el de la respuesta niveladora o fluida. Es un estilo abierto y funcional. El comunicador es claro, directo, preciso. Da aclaraciones cuando se las piden o ve que la otra persona parece no haber entendido; pide aclaraciones cuando no entiende. Además, es congruente entre lo que dice en palabras y los gestos que utiliza. En este modelo, todos los elementos del mensaje van en la misma dirección. La voz dice palabras que concuerdan con la expresión facial, la posición del cuerpo y el tono. Satir señala que, cuando una persona se comunica de acuerdo con este modelo, cuando ella dice “me agradas”, su voz es cálida y mira de frente. Si sus palabras son “estoy enojadísima contigo”, su voz es dura y su gesto enojado. El mensaje es claro, sencillo y directo. Este tipo de respuesta permite resolver rupturas, abrir los callejones sin salida o construir puentes de unión entre las personas (Satir, 1991).

Cuando existe apertura en la comunicación, significa que esta es positiva y está basada en la libertad, el intercambio de información y la comprensión; en cambio, los problemas de comunicación familiar se refieren a una comunicación poco eficaz, excesivamente crítica o negativa que se traduce como falta de comprensión y resistencia a compartir información (Luna Bernal et al., 2012). Al analizar una

comunicación significativa en la familia, se puede destacar de esta que es la principal vía para manifestar sentimientos, puntos de vista, saberes y creencias, lo que cumple su función fundamental de autorregulación de la conducta.

La comunicación como relación

La familia, según Crespo Comesaña (2011), debe ser entendida como una comunidad, como un grupo donde las relaciones entre miembros tienen un profundo carácter afectivo y son las que marcan la diferencia respecto de otro tipo de grupos. Es el primer lugar donde se aprende a comunicarse. La manera en que se hace determinará cómo será la comunicación con los demás. Así, niños y niñas comienzan aprendiendo los gestos y tonos de voz de sus padres y hermanos mayores. Constituye un claro ejemplo de relación solidaria y cooperativa dentro de sí, posee una cultura común a todos sus miembros, que es la que otorga sentido a todo lo que se hace en el grupo, incluyendo los valores, normas, pautas, principios que dentro del seno familiar dictan la conducta y que unen a sus miembros bajo una esfera de interpretación de la realidad que hace que todos externalicen prácticas similares (Crespo Comesaña, 2011).

Entre todas las necesidades humanas que se satisfacen desde la familia, la escuela y el grupo de iguales, destacan las referidas a las relaciones interpersonales; fundamentalmente son tres: seguridad emocional, apoyo social e intimidad corporal. Esto permite alcanzar un desarrollo evolutivo equilibrado (Rodríguez y Domínguez, 2003).

Las relaciones con los padres durante la adolescencia -el grado de conflicto y la apertura de la comunicación- se sustentan en gran medida en la cercanía emocional

desarrollada durante la niñez (Overbeek, Stattin, Vermulst, Ha y Engels, 2007, citado en Papalia et al., 2012), y estas relaciones de apoyo de los jóvenes con los padres, la escuela y la comunidad les ayudan a desarrollarse de una manera saludable y positiva.

Teoría de patrones de comunicación familiar

Rueter y Koerner (2008) establecen que las familias crean una realidad compartida a través de dos procesos, las orientaciones hacia la conversación y la conformidad.

La conversación está caracterizada por interacciones frecuentes, espontáneas, no restrictivas que permiten a los miembros de la familia descubrir los significados de los símbolos y objetos; esto permite la participación de todos en la definición de la realidad social, mientras que la conformidad se caracteriza por la uniformidad de creencias y actitudes. Las interacciones familiares se enfocan en mantener la armonía, que se refleja en la obediencia a los padres, donde se mantiene la jerarquía familiar. Los miembros con autoridad son los que definen la realidad social.

Las orientaciones anteriores definen cuatro tipos de comunicación familiar: tipo consenso (consensual), pluralística, protectora y permisiva (*Laissez-faire*).

Las familias con comunicación tipo consenso valoran la conversación abierta, pero también la conformidad para mantener la unidad familiar. Los miembros de la familia comunican libremente sus pensamientos, sentimientos y actividades, pero a la misma vez, los padres toman la decisión final respecto a los asuntos importantes. En estas familias, los padres usan mucho tiempo para explicar sus decisiones, valores y

creencias y los niños aprenden de las conversaciones y adoptan el sistema de valores familiar (Cuncic, 2014).

Las familias pluralísticas son orientadas hacia la conversación y no hacia la conformidad. Los padres creen en el valor de las lecciones de la vida y esperan que sus niños se desarrollen a través de las interacciones con otras personas. Las decisiones son tomadas como familia y no existe temor de mostrar desacuerdos, pues tienen la capacidad de resolver diferencias. Su comunicación se caracteriza por ser abierta y sin restricción; se busca que los niños aprendan a ser independientes y tengan confianza en la toma de decisiones (Cuncic, 2014).

Las familias protectoras no valoran la conversación abierta y son orientadas hacia la conformidad. La comunicación familiar consiste en mantener la obediencia a las normas familiares (se escucha decir a los padres: “porque yo digo”), se espera que los niños obedezcan y los padres no dan razones para las decisiones que toman (Cuncic, 2014; Rueter y Koerner, 2008).

Las familias permisivas (*Laissez-faire*) no valoran ni la conversación ni la conformidad. En estas familias no hay reglas; se espera que los niños hagan lo que es correcto. Los miembros de la familia no se involucran a menudo con los otros en una conversación; los padres no tienen interés sobre las decisiones que toman sus hijos. Es muy raro que se presente conflicto; cada quien es libre de hacer lo que desea. Los niños tienen poco apoyo paterno y dan poco valor a la comunicación o a mantener la unidad familiar (Cuncic, 2014; Rueter y Koerner, 2008).

Rivero y Martínez (2010) señalan que los patrones de comunicación familiar describen la tendencia de las familias a desarrollar modos de comunicación estables

y predecibles. Los patrones de comunicación positivos (afectivos y accesibles, caracterizados por la libertad de expresión y la aceptación) facilitan la resolución de conflictos interpersonales, a diferencia de los negativos (violentos y dominantes), caracterizados por la hostilidad y el rechazo.

A continuación se describe cada una de las variables del estudio:

Religiosidad

Desde su creación y a través de los siglos, el hombre ha manifestado su necesidad de adorar, de mantenerse en contacto con un poder superior. Esto se ha realizado de diferentes maneras, con prácticas, rituales, símbolos, etc. También ha utilizado sus creencias y prácticas religiosas para afrontar y darle sentido a los eventos que ocurren en su vida y en el mundo (Koenig, King y Carson, 2012).

Gallup (2007, citado en Koenig et al., 2012), en estudios efectuados en Estados Unidos de Norteamérica, entre los años 2000-2010, encontró que la mayoría de los americanos indicaron que la religión es importante en sus vidas; dos terceras partes de ellos asisten a servicios religiosos al menos una vez al mes, son miembros de una iglesia o sinagoga y tres cuartas partes indicaron que la Biblia es la palabra inspirada por Dios y que es actual.

En la actualidad, para estudiar la ciencia y la religión, se ha buscado definir los conceptos de religiosidad y espiritualidad, con el fin de operacionalizar dichos constructos, los cuales son de utilidad para entender algunos mecanismos relacionados con la religión y los problemas de salud mental que existen en la sociedad.

Definición de conceptos

Por mucho tiempo, los términos religión y espiritualidad han sido tratados como sinónimos en los estudios de religión; actualmente, para operacionalizar las variables en estudios de psicología de la religión, se ha hecho una distinción (Zinnbauer y Pargament, 2005, citado en Crosby, 2010). Todavía, muchos individuos se identifican a sí mismos como religiosos y espirituales y un grupo pequeño se identifica como espirituales, pero no religiosos (Hood y Belzen, 2005, citado en Crosby, 2010).

Koenig, McCullough y Larson (2001) definen la espiritualidad como la búsqueda personal para entender las respuestas a las últimas preguntas sobre la vida, su significado y la relación con lo sagrado o lo trascendente, que puede o no conducir al desarrollo de rituales religiosos y la formación de una comunidad; también definen la religión como "un sistema organizado de creencias, prácticas, rituales y símbolos" (p. 323) destinado a fomentar una relación estrecha con Dios o con mayor poder/verdad/realidad y ayudar a las personas a entender su conexión con otras personas que viven en una comunidad.

Sook et al. (2013) definen la espiritualidad como "lo trascendente, que da respuesta a las preguntas últimas acerca del significado de la vida con la presunción de que hay más vida que lo que podemos ver o entender" (p. 829).

La religiosidad es un término de la sociología usado para describir las múltiples dimensiones que quedan bajo el paraguas de la religión o la espiritualidad. Incluye creencias, prácticas, actitudes, orientación, desarrollo, compromiso, involucramiento, experiencias y valores, así como también las dimensiones subjetivas de la

espiritualidad: misticismo y estilo atribucional (Hill y Hood, 1999, citado por Crosby, 2010).

Koenig (2008) define la religiosidad como un sistema de creencias y prácticas observadas por una comunidad, apoyada por rituales que comunican el conocimiento y adoración por lo sagrado, lo divino, Dios en la cultura occidental, o la verdad última, realidad o nirvana en la cultura oriental.

El Fetzer Institute (1999, citado en Sook et al., 2013) define la religiosidad como “las características de comportamiento, sociales, doctrinales y denominacionales específicas, que involucran un sistema de adoración y de doctrinas que son compartidas dentro de un grupo” (p. 2).

De otra manera, Florenzano (2010) la define como el grado en el que un individuo cree, sigue y practica una religión. Existe un sistema de culto y una doctrina específica que es compartida por un grupo. La observancia religiosa, finalmente, es el correlato comportamental de la religiosidad, manifestándose en la asistencia al templo, sinagoga o iglesia, y en conductas tales como la oración o la meditación. Este correlato conductual permite una aproximación cuantitativa a ella y abre el tema a la investigación empírica.

Dimensiones de la religiosidad

Los investigadores han buscado identificar las áreas que incluye el estudio de la religiosidad, dado que es un constructo complejo. Por ejemplo, Glock y Stark (1965, citado en Holdcroft, 2006) identificaron cinco dimensiones en el constructo religiosidad: experiencial, ritual, ideológica, intelectual y trascendental. La experiencial se enfoca en la experiencia de fe personal, mientras que la ritual involucra una

experiencia de adoración en una comunidad. La ideológica tiene que ver con las doctrinas o creencias profesadas y la intelectual con lo que la persona conoce acerca de su credo o fe y de los escritos sagrados (historia, sacramentos y moralidad).

Por otro lado, Beit-Hallahmi y Argyle (1997, citado en Quiceno y Vinaccia, 2009) proponen a la religión como una actitud compuesta de tres dimensiones: una cognitiva (creencias religiosas), otra comportamental (comportamientos religiosos y rituales más o menos institucionalizados y convencionales) y una última, afectiva (vínculos entre el hombre y la transcendencia).

En los estudios de Allport y Ross (1967, citado en Holdcroft, 2006) se identificaron dos dimensiones en la religiosidad: la extrínseca y la intrínseca.

La religiosidad extrínseca es profesada por el individuo para alcanzar sus propios fines; le proporciona estatus, sociabilidad y autojustificación. Sus expresiones de fe y su asistencia a la iglesia están motivadas por la necesidad de obtener un estado social o de ser aceptado por otros; no se basa en una relación personal con Dios, se nutre de los aspectos formales de la religión y se circunscribe a los elementos que se perciben como de beneficio personal (Fayard, 2006).

En la religiosidad intrínseca, Allport y Ross (1967) establecen que el individuo internaliza sus creencias, tiene una fe genuina que va más allá de una mera asistencia a la iglesia. Encuentra en la religión la principal motivación para su vida y todas sus otras necesidades y sus decisiones son satisfechas y tomadas en armonía con sus creencias religiosas: “La persona motivada extrínsecamente usa su religión, mientras que la persona motivada intrínsecamente vive su religión” (p. 434).

Actualmente, Masters (2013) define ambos conceptos, incluyendo los trabajos de Allport y Ross (1967). La religiosidad intrínseca se caracteriza como la religión que es un fin en sí misma, una motivación principal. Quienes practican este tipo de religiosidad, la religión es el marco que dirige sus vidas e intentan vivir de acuerdo con lo que creen. La religiosidad extrínseca se caracteriza como una religión que sirve o que se usa y no está centrada en los fines y las creencias religiosas. Quienes practican este tipo de religiosidad usan su religión para satisfacer necesidades básicas, como las relaciones sociales o el confort personal.

Evolución de la religiosidad en el niño

La evolución religiosa está íntimamente relacionada con el desarrollo de la conciencia en general y de la conciencia axiológica en particular, es decir, el sistema personal de creencias y valores. Argyle (citado en Griffa y Moreno, 1999) observa que los niños entre los seis y los 10 años comienzan a aprender y a aceptar las ideas religiosas sostenidas en su medio familiar y social. La modalidad de estas creencias está rodeada de una actitud mágica en la cual consecuentemente no prevalece la reflexión ni el cuestionamiento. Según Fowler, la fe se desarrolla por medio de la interacción entre la persona que madura y el medio ambiente. Él considera que la etapa uno es una fe intuitiva proyectiva (de 18 a 24 meses, hasta los 7 años) que inicia cuando los niños consideran que sus necesidades serán satisfechas por personas poderosas, piensan en un Dios que hay que obedecer para evitar el castigo. En la etapa dos es la fe mítica-literal (7-12 años); los niños tienden a tomar de manera literal las historias y los símbolos religiosos. Creen que Dios es justo y que la gente recibe lo que merece. En la etapa tres, es la fe sintética-convencional (adolescencia y

más allá). Los adolescentes, ahora, son capaces de pensar de manera abstracta; empiezan a adoptar sistemas de creencias y compromisos con ideales. Buscan una relación más personal con Dios, pero esperan de otros (pares) la autoridad moral. Su fe suele ser incondicional y se conforma a los estándares de la comunidad (Fowler, 1989, citado en Papalia et al., 2012). Por otro lado, Griffa y Moreno (1999) mencionan que en la preadolescencia se comienza a preocupar por temas como la omnipotencia de Dios, la existencia del mal en el mundo, la oposición entre las respuestas de la fe y la ciencia, los problemas cosmológicos como la creación y el origen del hombre y del mundo. La rebeldía característica del adolescente también se da a través del cuestionamiento, la crítica y el rechazo frente a temas doctrinales y normas de fe. Durante la adolescencia y juventud, la propensión a teorizar y reflexionar se extiende a los problemas religiosos y este proceso facilita la autoclarificación y la decisión. En el orden intelectual, el adolescente intenta poner de acuerdo sus creencias y conocimientos; hacia los 17 y 18 años aparece una crisis de duda cuando se ve con espíritu crítico el dogma o con simples hechos de la vida diaria.

A manera de conclusión, Moraleda (1999) afirma que, la adolescencia es un periodo de análisis y ajuste religioso que se caracteriza por dudas sobre la fe, acompañadas de desequilibrio y frecuentes frustraciones en la actitud religiosa. En este periodo ha dejado atrás tanto la religiosidad fundada exclusivamente en la autoridad paterna, como la crítica rebelde, de modo que comienza a adoptar una postura propia reflexiva y relativamente estable.

Beneficios de la religiosidad para la salud mental

El involucramiento religioso muestra una función preventiva primaria y saludable en relación con el estrés psicológico y en los beneficios con la salud mental y el bienestar. En seguida se presentan las perspectivas teóricas con que la psicología moderna, en sus áreas de conductismo, psicodinámica, humanismo y transpersonalismo, trata de explicar este fenómeno.

Explicación conductual

El impulso religioso es expresado a través de varias conductas, emociones, motivaciones, creencias, actitudes, pensamientos, valores, experiencias y relaciones e independientemente de la religión que sea, se sabe que la conducta, emociones y relaciones sociales son determinantes significativas en la salud. El compromiso con un sistema de creencias religiosas puede beneficiar la salud mental por promover conductas que conducen al bienestar (por ejemplo: no fumar, no beber alcohol, drogas o conductas antisociales). Los miembros de iglesia constituyen una red social formal o informal que facilita el apoyo emocional. Los grupos de oración privados o públicos pueden producir emociones saludables, tales como gratitud, humildad, gracia, perdón y amor, con un beneficio preventivo o terapéutico (Levin, 2010).

Explicación biológica

Algunas teorías psicológicas establecen una asociación entre religiosidad y salud mental, por las conexiones fuertes que hay entre el cerebro, la conducta, el afecto e inmunidad, mediante vías neurocognitivas y neuroendócrinas (Levin, 2010).

Explicación psicodinámica

La psicodinámica del sistema de creencias y los ritos religiosos tienden a dar mayor paz, confianza, sentido de propósito, o, por otro lado, culpa, depresión y duda. Los rituales públicos y privados sirven para calmar el miedo y la ansiedad, reducen la tensión grupal y personal y la agresividad; alejan los temores, la soledad moderada, la depresión y los sentimientos de atrapamiento o inferioridad. Los ritos proveen salidas de escape, purificación, catarsis y empoderamiento; esos efectos positivos pueden servir como placebos emocionales (Levin, 2010).

Explicación transpersonal

Esta se refiere principalmente a tener experiencias trascendentes. La idea de lo transpersonal va más allá de lo personal y lo egoísta; está orientada hacia el desarrollo del potencial humano, incluyendo atributos y funciones de mayor conciencia.

La evidencia empírica actual apoya el efecto protector del involucramiento religioso sobre las enfermedades mentales y el estrés psicológico (Levin, 2010).

Koenig et al. (2012) argumentan que los líderes religiosos enfatizan la relación entre la devoción religiosa y una buena salud. En los sermones, no solamente hablan de creencias y prácticas religiosas para el crecimiento espiritual, sino también de bienestar, felicidad, propósito en la vida, realización en el matrimonio, familia, trabajo y relaciones interpersonales. Asimismo, durante los servicios religiosos, los himnos que se cantan incluyen temas como gozo, paz, confianza y de cómo vencer la adversidad.

Por otro lado, los mismos autores dicen que hay un lado oscuro en la religión con respecto a la salud, debido a que muchas religiones intentan producir culpa en

los creyentes que no practican las doctrinas, o a veces se produce culpa por propósitos no sagrados como son el poder, el control y las ganancias económicas. Por estas razones, algunos escépticos argumentan que la religión no tiene lugar en la práctica de la medicina y que las investigaciones en esta área son exageradas e inconsistentes.

En las dos décadas pasadas, se ha incrementado la evidencia empírica que apoya los efectos benéficos y protectores de la religiosidad sobre la salud; esto en contraste con los postulados de Freud, quien decía que la religión tenía una influencia neurótica en la salud mental.

De otro modo, George et al. (2002, citado en Yeung y Chan, 2007) propusieron cuatro mecanismos psicosociales a través de los cuales el involucramiento religioso puede promover resultados positivos en la salud: las prácticas saludables, el apoyo social, los recursos psicológicos (autoestima, autoeficacia) y la estructura de las creencias (coherencia). Aparentemente estos mecanismos pueden influir en la adquisición de comportamientos saludables.

Mediadores de los efectos positivos del involucramiento religioso sobre la salud mental

La religiosidad puede promover varios recursos que promueven la salud, incluyendo los espirituales, cognoscitivos, psicológicos y sociales. Estos no solamente tienen efectos positivos por sí mismos, sino que también interactúan entre sí, reforzándose entre ellos. Por ejemplo, los recursos espirituales aportan esperanza, fin de la preocupación, vida eterna después de la muerte, apoyo espiritual, asistencia y tranquilidad de tener un Dios omnipotente y amoroso. Estos recursos también pueden

ayudar a cambiar la cosmovisión y la cognición de un individuo desde la apatía, la competitividad y una vida sin sentido hacia un mundo con esperanza, cordial y lleno de significado (Yeung y Chan, 2007).

Pérez et al. (2005) señalan que la participación religiosa ofrece un tipo de apoyo social importante, relacionando a los individuos con aspectos divinos para superar lo inexplicable de la vida diaria y para proveer un sentido de propósito. Actividades como el pertenecer a grupos de oración o congregaciones ofrecen apoyo psicológico o instrumental (dinero, comida o educación); por lo tanto, se espera que tengan efectos positivos sobre la sintomatología depresiva.

Beit-Hallahmi y Argyle (1997, citado en Holdcroft, 2006) han descrito extensamente sobre los efectos de la religiosidad a nivel personal, incluyendo el desarrollo de la compasión, honestidad, altruismo, así como felicidad, calidad de vida, salud física y mental.

Las investigaciones reportadas por Pargament (1997, citado en Quiceno y Vinnaccia, 2009) presentan un modelo de “coping religioso”, que consiste en un tipo de afrontamiento donde se utilizan creencias y comportamientos religiosos para prevenir y/o aliviar las consecuencias negativas de sucesos de vida estresantes, tanto como para facilitar la resolución de problemas, resaltando la importancia que tiene en la salud mental de las personas el cultivar una fe genuina, que contribuye a su felicidad y bienestar.

Koenig (2002) señala que las estrategias religiosas pueden ser realizadas de forma tanto individual (rezo/oración personal) como colectiva (rezar u orar en grupos, participación en sitios de adoración) que activan mecanismos de adaptación por una

relación personal con Dios o con un poder más alto que les puede dar esperanza en tiempos de crisis. Las redes de apoyo social que brinda la religión organizada ayudan a enfrentar subjetiva y materialmente las enfermedades cuando estas sobrevienen. La práctica de la oración conlleva una mayor satisfacción vital y la certeza sobre los propios principios; lleva a mayor optimismo y sensación de controlar la propia vida, disminuyendo el temor a la muerte o a un destino final.

Una serie de estudios mostraron que, a mayor frecuencia de asistir a una iglesia y un mayor afrontamiento religioso, hay menores niveles de depresión. Un análisis pormenorizado demostró que, a mayores niveles de religiosidad intrínseca, hay menos días de hospitalización general aguda y mayores probabilidades de remisión en pacientes diagnosticados con depresión (Koenig, 1998; Koenig et al., 2001, citados en Fayard, 2006; Mathews et al., 1998).

Batson y Ventis (1982, citado en Holdcroft, 2006) encontraron una correlación positiva entre salud mental y religiosidad intrínseca y negativa entre aquella y religiosidad extrínseca; lo mismo reportaron Hunter y Merrill (2013).

La religiosidad intrínseca se correlaciona con menor depresión, con mejor autoestima y con una imagen positiva de Dios y de la religión. En un estudio realizado en Inglaterra, con miembros de la iglesia anglicana, en un marco cognitivo conductual, los resultados sugieren que la salud mental está asociada positivamente con la religiosidad intrínseca e independiente de la religiosidad extrínseca personal y social, sugiriendo que es importante considerar tanto el aspecto cognitivo como el conductual de la religiosidad (Maltby et al., 2010).

En otro estudio, se mostró un contraste, donde altos niveles de religiosidad intrínseca fortalecieron la relación del apoyo de la madre hacia el ánimo deprimido, mientras que cuando hubo un bajo apoyo de la madre, la religiosidad intrínseca atenuó el efecto en el ánimo deprimido de las niñas (Houltberg et al., 2011).

James (2012), en sus estudios de espiritualidad y religión, sugiere que la afiliación religiosa organizada está generalmente asociada con la disminución del riesgo de ánimo depresivo, pero las actividades religiosas privadas y algunas creencias religiosas fallaron para predecir un menor riesgo.

Kuyel, Cesur y Ellison (2012) reportan resultados en una muestra de estudiantes turcos con edades en un rango de 18 a 26 años, mostrando que la religiosidad extrínseca resultó ser un predictor significativo para la hostilidad, ansiedad y depresión, con una varianza explicada del 2 %. Por otro lado, en un estudio en estudiantes universitarias en Pakistán, se muestra una situación contrastante: se encontró una relación inversa entre la orientación religiosa extrínseca personal y los síntomas de depresión, ansiedad y estrés (Buzdar, Ali y Nadeem, 2014).

Depresión

El término 'depresión', del latín 'deprimere', significa abatimiento. Informa de una situación de hundimiento personal. Aun cuando haya variantes, la persona afectada por un cuadro depresivo presenta un estado de ánimo decaído, insuficiente energía y disminución de su actividad (disforia). Desciende también la capacidad de disfrute (anhedonia), la motivación y la concentración. Es frecuente que experimente trastornos del sueño y del apetito, al igual que un cansancio considerable, incluso ante un esfuerzo mínimo. A menudo, junto a la pérdida de autoestima y de autoconfianza,

afloran sentimientos de culpabilidad. Tampoco son extrañas las ideas ni las conductas suicidas. Se produce, en definitiva, un recorte de la vitalidad del sujeto, tanto en la vertiente psíquica como somática.

Aunque ninguna franja etaria se ve libre de la depresión, cada vez se identifican más casos de esta enfermedad en niños, adolescentes y jóvenes. Varios estudios (Martínez-Otero, 2007, 2010) confirman la presencia de sintomatología depresiva en la infancia y la adolescencia.

La depresión es un término que se refiere a un periodo prolongado de tristeza. Los psicólogos identifican varios niveles de depresión. Compas et al. (1998, citado en Arnett, 2008) lo describen de esta manera: el estado de ánimo depresivo es un periodo duradero de tristeza, sin síntomas relacionados. El síndrome depresivo es definido como un periodo duradero de tristeza, aunado a síntomas de llanto frecuente, sentimientos de falta de valor, culpa, soledad y preocupación y el trastorno depresivo mayor es la forma más grave de la enfermedad. Según el Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders (DSMIV-TR) de American Psychiatric Association (APA, 2012), un episodio depresivo mayor se caracteriza por un periodo de, al menos, dos semanas durante los que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable, en lugar de triste. El sujeto también debe experimentar, al menos, otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora, falta de energía, sentimientos de infravaloración o culpa, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas.

Con respecto a la definición conceptual y operacional de la depresión, se pueden distinguir una representación categórica dicotómica (episodio depresivo) y una representación continua dimensional (sintomatología depresiva). La representación categórica es usada en ambientes clínicos, epidemiológicos y de salud, donde los individuos con ciertos síntomas son clasificados y diagnosticados. El criterio diagnóstico para un episodio depresivo como el episodio depresivo mayor está en el DSM-IV-TR de APA (2012) y es usado por personal clínico de experiencia, en personas que presentan síntomas persistentes de ánimo depresivo, pérdida de placer y al menos cuatro síntomas de tipo somático y cognitivo, como por ejemplo, cambios en el peso o el apetito, alteraciones en el sueño, alteraciones psicomotoras (agitación o retardo), poca energía, poca valía y mucha culpa, problemas de concentración, indecisión y pensamientos suicidas, por al menos dos semanas. La representación dimensional es usada por investigadores para hacer mediciones individuales de auto-reporte, para clasificar los síntomas depresivos como altos o bajos. Sin embargo, los ítems que miden las dimensiones de las escalas son, muy a menudo, basados en criterios clínicos y los resultados correlacionan altamente con los resultados de las entrevistas clínicas (Nilsen, 2012).

La representación en dimensiones es importante para capturar una gran variedad de problemas de comportamiento, mientras que la representación categórica es usada para realizar un diagnóstico de la depresión. Los niveles aumentados en sintomatología depresiva no cumplen con el criterio diagnóstico definido en los manuales, sin embargo puede contribuir en el daño que pudiera existir en áreas de la

vida, como la escuela, el trabajo y las relaciones interpersonales (Rudolph, Hammen, y Daley, 2006, citado en Nilsen, 2012).

En un estudio colaborativo de la OMS, realizado por Sartorius et al. (1983), encontraron que los síntomas de la depresión más comunes en el 75% de los casos, fueron la tristeza, falta de alegría, ansiedad, tensión, falta de energía, pérdida de interés, pérdida de la habilidad para concentrarse, ideas de insuficiencia, inadecuación y devaluación. Podría entenderse que las variaciones en los síntomas están influenciadas por la cultura.

Los trastornos depresivos son un importante problema de salud pública en el mundo, tanto en la población en general así como en niños y adolescentes (Costello, Egger y Angold, 2005, citado en Nilsen, 2012).

Existen ciertos eventos que pueden provocar este desequilibrio, como la pérdida de un ser querido o de algo que se estima mucho, tensión crónica o un evento que cause mucho estrés, enfermedad grave, reacciones a medicamentos, alcoholismo, abuso de drogas, la falta de luz solar durante el invierno, herencia de desequilibrios bioquímicos en el cerebro (Piqueras Rodríguez et al., 2008; Sierra, Livianos Aldana y Rojo Moreno, 2008).

Depresión en adolescentes

Las causas más comunes del estado de ánimo depresivo en los adolescentes, reportadas por Larson y Richards (1994, citado en Arnett, 2008) son las siguientes: conflicto con los amigos o los familiares, desilusión o rechazo en el amor y un pobre desempeño en la escuela.

Vallejo, Osorno y Mazadiego (2008) indican que hay una serie de diferencias en la depresión que se presentan en los adolescentes y los adultos que deben ser señaladas: (a) la sintomatología depresiva en los adolescentes suele ocurrir con síntomas más agudos de desamparo, falta de placer, desesperación y cambios de peso; (b) los episodios de depresión en la adolescencia tienden a combinarse de manera más frecuente con periodos de funcionamiento inadecuado, seguidos de un buen funcionamiento; (c) es más probable que la depresión lleve a los adolescentes al abuso de sustancias, embarazos no deseados y conductas violentas, especialmente hacia ellos mismos, con frecuentes intentos de suicidio en muchos casos. La depresión en los jóvenes no necesariamente se presenta como tristeza, sino como irritabilidad, aburrimiento o incapacidad para experimentar placer (Brent y Birmaher, 2002, citado en Papalia et al., 2012)

Papalia et al. (2012) hacen referencia a los factores de riesgo que contribuyen a la depresión adolescente: ansiedad, temor al contacto social, eventos estresantes de la vida, enfermedades crónicas como diabetes o epilepsia, conflicto en la relación con los padres, abuso o descuido, consumo de alcohol y drogas, actividad sexual y tener un padre con una historia de depresión.

Arnett (2008) reporta que el estado de ánimo depresivo es el tipo más común de problema internalizado en la adolescencia; y las tasas aumentan de forma importante de los 10 a los 15 o 17 años, siendo de un 35%. En contraste, las tasas del síndrome depresivo y el trastorno depresivo mayor están entre un 3 a un 7%.

Los adolescentes cuyos síntomas no son tan graves para recibir un diagnóstico de depresión corren un riesgo elevado de depresión clínica y de conducta suicida

a la edad de 25 años (Ferusson, Horwood, Ridder y Beautrais, 2005, citado en Papalia et al., 2012).

Depresión, género y edad

Varios estudios han reportado la diferencia de género en la vulnerabilidad para la depresión. Gaviria Arbeláez (2009) describe los factores de vulnerabilidad en las mujeres, y lo hace en siete puntos, citados a continuación:

1. Hipótesis de artefacto: se presenta en los errores metodológicos durante la recolección de datos. Esta señala que las diferencias de género no son reales, sino que las mujeres sobreinforman los síntomas físicos y psicológicos, en tanto que los hombres reportan menos las quejas somáticas y psíquicas a sus médicos.

2. Factores hormonales: los estrógenos y la progesterona han mostrado sus efectos sobre los sistemas neurotransmisores, neuroendocrinos y circadianos, que han sido implicados en los trastornos del humor. Los cambios en los niveles hormonales de la pubertad, la fase lútea del ciclo menstrual, el período posparto y la perimenopausia pueden también disparar cuadros depresivos en mujeres vulnerables.

3. Factores genéticos: los investigadores han encontrado una heredabilidad similar en hombres y mujeres.

4. Ansiedad preexistente: según Breslau, Schult y Peterson (1995), la mayor prevalencia de depresión en la mujer se explica por la preexistencia de trastornos de ansiedad, los cuales son aproximadamente dos veces más frecuentes en las mujeres que en los hombres y vienen desde la infancia en la mayoría de los casos, mientras que los hombres experimentan más frecuentemente trastornos tales como el alcoholismo,

la personalidad antisocial y el uso indebido de drogas, que es una forma de externalización de los síntomas.

5. Estilos de socialización y de acoplamiento específicos de las mujeres: padres y educadores tienden a tener diferentes expectativas en el proceso de socialización para los niños que para las niñas, lo cual puede resultar en que las mujeres se vuelvan más temerosas y preocupadas por la evaluación de los otros; los chicos, en cambio, desarrollan un mayor sentido de dominio e independencia.

6. Acontecimientos vitales traumáticos: Xiaojia, Lorenz, Conger, Elder y Simons (1994) demostraron una significativa relación entre el número de estresores vitales y síntomas depresivos en las mujeres adolescentes. Las adolescentes han mostrado ser más susceptibles que sus pares varones a síntomas depresivos en respuesta a las discordias familiares y a la depresión materna (Davies y Windle, 1997). La historia de abuso sexual es mucho más común en mujeres que en hombres y es un mayor factor de riesgo para depresión que para otros trastornos psiquiátricos. Las experiencias adversas durante la niñez han demostrado aumentar el riesgo de depresión más tarde, ya sea a través de mecanismos biológicos, vulnerabilidad personal, factores ambientales adversos (la falta de apoyo social, la baja condición social, las dificultades de la paternidad sin acompañamiento de la pareja o el embarazo no deseado) y episodios de depresión en la adolescencia (Weiss, Longhurst y Mazure, 1999).

La pérdida puede actuar como agente provocador, factor de vulnerabilidad o agente modificador de la forma, gravedad y curso de un cuadro depresivo. Diversos factores, como el factor genético, el sexo o el momento de la vida en el que tiene

lugar la pérdida, pueden modular la influencia de los acontecimientos de pérdida (Gaviria Arbeláez, 2009).

En los adolescentes, las posibles situaciones estresantes descritas han sido una crianza problemática, conflictos interpersonales y familiares, junto con enfermedades físicas. Por otra parte, también las pérdidas que inciden sobre sus padres tienen un impacto significativo. Factores como el estrés materno y la depresión parental actuaron como predictores de la depresión en adolescentes y problemas de comportamiento en niños.

7. Condición social y roles: las experiencias de vida de las mujeres difieren de las de los hombres de muchas maneras, pues abarcan su carencia de poder en las relaciones personales, laborales, económicas, sociales, profesionales y políticas.

En la teoría de la especificidad cognitiva de Beck, se señala que la depresión se caracterizaría por una alta frecuencia de pensamientos negativos acerca de pérdidas y fracasos, evaluación negativa de uno mismo, culpa y desesperanza hacia el futuro, mientras que la ansiedad se caracterizaría por pensamientos consistentes en posibles daños y amenazas futuras (Calvete, 2005). Gómez-Maquet (2007) reporta que las mujeres adolescentes se caracterizan, a nivel cognitivo, por mayor presencia de pensamientos automáticos negativos y a nivel emocional, por niveles más altos de afecto negativo y mayor presencia de sintomatología depresiva. Los hombres adolescentes presentaron más pensamientos positivos y niveles más altos de afecto positivo y menor tendencia a presentar sintomatología depresiva.

Bromet et al. (2011) reportaron, en un estudio de la OMS, que las mujeres demostraron ser más propensas que los hombres a sufrir episodios depresivos

mayores con una relación de dos a uno, concordando con los estudios realizados por Vallejo et al. (2008) en sintomatología depresiva en adolescentes.

Ponce et al. (2010) reportaron una prevalencia de depresión en México del 9.1% en las mujeres y de un 2.9% entre los hombres, señalando que existe escasa información sobre la depresión en adolescentes.

Se ha reportado que las mujeres están en mayor riesgo de depresión que los hombres, especialmente durante los años reproductivos, aproximadamente entre los 15 y los 44 años de edad. Durante estos años, las mujeres asumen más roles y responsabilidades, pero con libertad limitada; están más expuestas a experiencias negativas en la infancia: abuso sexual y violencia doméstica, y frecuentemente están en desventaja, tanto en el estatus social como en el financiero (Gaviria Arbeláez, 2009).

Las adolescentes, en especial las que maduran temprano, son más propensas a deprimirse que los muchachos. Esta diferencia de género puede relacionarse con cambios biológicos vinculados con la pubertad, la forma en que las niñas se relacionan socialmente y su mayor vulnerabilidad al estrés en dichas relaciones (Hankin, Mermelstein y Roesch, 2007, citado en Papalia et al., 2012).

La discrepancia entre niños y niñas con sintomatología depresiva surge de estudios en la edad de 14 años y ha sido explicado por diferencias en socialización, relaciones interpersonales y cambios biológicos (Crick et al., 2003, citado en Houlberg et al., 2011).

Existe una asociación positiva entre la edad, el género y los acontecimientos vitales estresantes como factores importantes en la expresión de la sintomatología ansiosa y depresiva (Cosmina Zolog et al., 2011).

Morla et al. (2006) encontraron en Guayaquil, Ecuador un 22.9 % de trastornos depresivos en los adolescentes provenientes de familias desestructuradas; en cuanto a género, fue de 3 a 1 para el sexo femenino. Indicaron que la comunicación defectuosa en la familia lleva a un deterioro en el relacionamiento de sus miembros, lo que provoca discusiones, frustraciones y hostilidades.

Por otro lado, Leyva, Hernández, Nava y López (2007) reportaron una incidencia general de depresión en adolescentes, en un 29.8%; de estos, un 42.4% correspondió a las mujeres. En los adolescentes con depresión se observó con más frecuencia la familia rígidamente dispersa.

Riveros, Hernández y Rivera (2007) reportaron que en Lima, Perú la depresión se manifiesta con mayor intensidad en mujeres, siendo un 15.35% (depresión leve) y 2.30% (depresión moderada); frente a un 5.30 % (depresión leve) y un 2.30% (depresión moderada) de los varones. La ansiedad es también mayor en mujeres que en hombres, con una media de 9.25 frente a 8.97.

Por otro lado, Cajigas-Segredo, Kahan, Luzardo y Ugo (2010) encontraron en una población de Uruguay una prevalencia de depresión del 15%. En cuanto a la severidad de la depresión se encontró en un nivel moderado (25%), del cual el 16% correspondió a las mujeres y el 9% a los varones.

Fonseca-Pedrero, Paino, Lemos Giráldez y Muñiz (2011) realizaron un estudio con población española adolescente para examinar la prevalencia de síntomas depresivos en función del género y la edad. Ellos encontraron que el 2.5% de la muestra total de 1863 adolescentes no clínicos, presentaron una clara gravedad de la sintomatología depresiva, con diferencias significativas en función del género y la edad.

Las mujeres obtuvieron puntuaciones más altas que los varones en las subescalas de disforia y quejas somáticas. Los adolescentes de entre 17 y 19 años obtuvieron una mayor puntuación en la subescala disforia, en comparación con el grupo de 14 a 16 años.

Rosas, Yampufé, López, Carlos y de Pacheco (2011) realizaron un estudio en 119 alumnos de tecnología médica (48.7% mujeres y 51.3% hombres) en Lima, Perú, encontrando que el 38.7% de la muestra total presentaron algún nivel de depresión. El nivel de depresión leve fue encontrado en 39.1%; la depresión moderada en 32.6% y la depresión grave en 28.3%. Resulta interesante notar que el 54.4% eran hombres, difiriendo con otros estudios que reportan una proporción de dos a uno en las mujeres comparadas con los hombres. En cambio, según la edad (15 a 19 años de edad), el 45.7% presentaron algún tipo de depresión (Cajigas-Segredo et al., 2010; Osornio-Castillo y Palomino, 2009).

Un estudio reciente realizado por Veytia López et al. (2012), reportó un 15.6% de sintomatología depresiva (CES- D- R) en adolescentes, encontrando una media más alta en mujeres.

Relación entre variables

En esta sección se hace referencia respecto de los estudios que relacionan las variables de esta investigación.

Adolescencia y sintomatología depresiva

González-Forteza (1996) reportó que las adolescentes de secundaria y preparatoria de la ciudad de México, a diferencia de sus contrapartes masculinos, perciben

una mejor relación con su mamá. Además, observó que la mala relación con el papá y con la mamá (junto con la carencia de recursos de apoyo) constituyen factores de riesgo de depresión y suicidio para hombres. También encontró que, frente a problemas familiares, las mujeres, a diferencia de los hombres de secundaria, responden utilizando respuestas agresivas manifiestas, agresivas encubiertas o expresiones de ánimo depresivo.

Otro estudio de Yu et al. (2006) mostró que los jóvenes deprimidos tienen más probabilidad de involucrarse en conductas de riesgo y perciben mayores niveles de deterioro en la comunicación con sus padres, que los no deprimidos.

Un estudio en China, de Sun, Tao, Hao y Wan (2010) mostró una prevalencia del 44.4% de depresión en adolescentes reportada en la última semana. Los varones presentaron más casos que las mujeres, en el rango de edad de 15 a 17 años. Los jóvenes manifestaron mayores niveles de estrés (escuela, familia, salud, aspectos románticos), mientras que las chicas tuvieron mayor estrés por la presión de pares. Los autores han asociado de manera significativa al estrés con el riesgo de depresión, mientras que el estrés de pares y un estilo de afrontamiento positivo son factores protectores para la depresión, tanto en hombres como en mujeres.

Religiosidad y sintomatología depresiva

La relación entre la depresión y la práctica religiosa ha sido, hasta ahora, poco estudiada en el mundo en general. Para explorar esta relación, Pérez et al. (2005) realizaron un estudio en una muestra bogotana constituida por 340 mujeres y 279 hombres trabajadores, a quienes se les aplicó la escala de depresión de Derogatis y un inventario de apoyo social religioso. Se encontró una correlación negativa significativa

entre el nivel de depresión y pertenecer activamente a un grupo religioso o espiritual, tanto en la muestra de hombres como en la de mujeres. Los mismos autores mencionan que existen efectos positivos sobre la sintomatología depresiva cuando las personas poseen un apoyo social y psicológico proporcionado por la religión. El pertenecer a grupos de oración, relacionar a los individuos con los aspectos divinos para superar lo inexplicable y los aspectos incontrolables de la vida diaria dan un sentido de propósito a la vida y aportan una fuente de esperanza. Las creencias religiosas pueden, incluso, reajustar el significado de los problemas de la vida diaria para que estos parezcan más manejables; aunque si una religión (como el cristianismo) es estricta, autoritaria, que exige sacrificios y dependencia a cambio de protección divina, puede aumentar el pesimismo e incluso provocar depresión.

Wright et al. (1993, citado en Milevsky y Levitt, 2004) encontraron que los estudiantes adolescentes (mujeres y hombres) que asistían frecuentemente a la iglesia y que tenían apoyo espiritual, tuvieron menor depresión que los que asistían con poca frecuencia y que no tenían el apoyo espiritual.

Adolescencia y comunicación familiar

La opinión de los padres es de gran importancia para el bienestar emocional del adolescente, por lo que el estilo de comunicación construido entre ellos juega un papel importante. La comunicación entre padres y adolescentes depende de varios factores adicionales, como lo son el nivel socioeconómico de la familia y el nivel escolar y cultural de los padres (Domínguez, 2003, citado en Rodríguez García y Batista de los Ríos, 2012).

Rueter y Koerner (2008) sustentan que las investigaciones acerca de la comunicación de los padres con los hijos han demostrado consistentemente, que las interacciones caracterizadas por comunicación abierta, calidez y conductas de apoyo y firmeza y el esfuerzo persistente influyen positivamente en el ajuste psicológico de los niños. Mientras que la hostilidad, el enojo y las interacciones conflictivas están asociadas con un ajuste pobre.

La evidencia generada por la investigación psicológica permite concluir que la relación con los padres es un poderoso factor protector de conductas de riesgo en adolescentes. Los jóvenes en riesgo consideran que la comunicación con el padre no es adecuada; no les gusta su carácter, no se sienten apoyados por él, sienten que no los comprenden y que no son flexibles en su trato para con ellos (Campos, 2002, citado en Serrano Pereira y Flores Galaz, 2005). Schmidt, et al. (2010) señalan que los jóvenes que expresan eficazmente sus opiniones y expectativas con padres y adultos pueden resistir mejor la presión de los pares.

El acto de divulgar (platicar con un confidente) implica compartir pensamientos e ideas personales con otros y es un importante mecanismo por medio del cual los adultos y los niños forman relaciones cercanas y desarrollan una buena salud mental (Ponce et al., 2010).

Las relaciones de comunicación entre los adolescentes y sus padres dependen de diferentes factores, como lo son el nivel socioeconómico de la familia, el nivel escolar y cultural de los padres y el estilo de comunicación que se ha desarrollado. Para lograr atenuar este fenómeno o solucionarlo, una de las principales vías consiste

en producir cambios en el estilo de comunicación con el adolescente (Rodríguez García y Batista de los Ríos, 2012).

Las relaciones conflictivas con los padres pueden actuar como factor de riesgo. Se ha observado que las formas negativas de interacción se han asociado a depresión en jóvenes (Liu, 2003).

El adecuado funcionamiento psicológico de las mujeres se relaciona con el hecho de que perciban a su padre como cuidadoso, cálido, comunicativo y respetuoso de su individualidad (Asili y Corolla, 2002).

Comunicación familiar y sintomatología depresiva

Las interacciones familiares abiertas presentan oportunidades de enseñanza para los padres, para formar comportamientos positivos de salud; entonces, los adolescentes serán capaces de expresar sus preocupaciones y sentirse valorados. Esto conduce a su salud mental (Repetti, Taylor y Seeman, 2002). Estudios realizados por Fulkerson et al. (2010) revelaron que la frecuencia con que se tienen cenas familiares, éstas se relacionan negativamente con los comportamientos de riesgo adolescente, tales como el abuso de alcohol y drogas ilícitas, sintomatología depresiva e intentos suicidas, así como comportamiento antisocial, indicando la importancia que tiene la interacción y la convivencia entre los miembros familiares.

En el caso de la sintomatología depresiva, expresada durante la semana previa a la aplicación del instrumento, los estudios realizados en México evidencian su relación con aspectos del ambiente familiar. González-Forteza y Saldívar (1998, citado en Serrano Pereira y Flores Galaz, 2005) encontraron que, para hombres y mujeres adolescentes de 13 a 18 años, el mejor predictor de la sintomatología depresiva fue el

afecto del padre. González-Forteza (1996) reportó que las adolescentes de secundaria y preparatoria de la ciudad de México, con una mala relación con el papá y con la mamá (junto con la carencia de recursos de apoyo) constituyen factores de riesgo de depresión y suicidio. Cárdenas (2002, citado en Serrano Pereira y Flores Galaz, 2005) detectó que los adolescentes que reportan intento de suicidio muestran una falta de comunicación, interés y preocupación por parte del padre.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

En este capítulo se presenta el diseño metodológico del estudio en el que se define el tipo de investigación, la población y la muestra. Se presentan, además, las variables y sus definiciones operacionales, la descripción de los instrumentos, su validez y confiabilidad, las hipótesis nulas y sus definiciones operacionales, los procedimientos utilizados para la recolección y el análisis de los datos.

Tipo de investigación/diseño

Este estudio fue de tipo cuantitativo, no experimental, explicativo y ex post facto, correlacional y transversal. Hubo una recolección de datos para probar una hipótesis, con base en la medición objetiva basada en escalas y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2010), se estudiaron situaciones ya existentes, no se realizó ninguna modificación de las variables, se incluyó un gran número de sujetos, intentando dar una explicación del fenómeno, estableciendo posibles relaciones de causa a efecto, observando hechos y buscando en el pasado los factores que los hayan podido ocasionar; además, se obtuvieron los datos en un único momento y se buscaron las asociaciones entre las variables independientes y la variable dependiente.

Población y muestra

La población en estudio seleccionada fueron los estudiantes de preparatoria de entre 15 y 19 años de edad, matriculados en una escuela pública y seis escuelas privadas de Montemorelos, N. L.

Se realizó un muestreo aleatorio por racimos, de la mitad de los grupos de estudiantes de cada escuela. Se aplicó el instrumento a todos los alumnos que asistieron a clase el día programado; después se hizo la exclusión de los casos que no fueron de interés para esta investigación.

Criterios de inclusión

Se incluyeron en la muestra todos los alumnos pertenecientes a los grupos seleccionados al azar para el estudio en las preparatorias de Montemorelos, N. L., durante el primer semestre del curso escolar 2014 – 2015, que asistieron a clase el día de la aplicación del instrumento y que aceptaron participar en forma voluntaria y anónima en el estudio, al haber sido informados.

Variables y sus definiciones operacionales

A continuación se describen las variables involucradas en el estudio, así como sus definiciones operacionales. La variable dependiente fue la sintomatología depresiva. Las variables independientes fueron la religiosidad intrínseca y la religiosidad extrínseca, con sus dos dimensiones (social y personal) y la comunicación del padre y de la madre con sus tres dimensiones (abierta, ofensiva y evitativa). Las variables demográficas fueron las siguientes: edad, género, situación laboral de los

padres y de los estudiantes, la familia (vive con: 1 = ambos padres, 2 = solo madre, 3 = solo padre, 4 = otro), nivel académico del padre y de la madre y afiliación religiosa.

La operacionalización de las variables se encuentra en el Apéndice B de este documento.

Instrumento

A continuación se describen las escalas que formaron el instrumento de medición utilizado en esta investigación.

Escala CES-D-R

Para medir los síntomas depresivos se utilizó la escala de depresión del Center of Epidemiological Studies (CES-D) en adolescentes, modificada. Esta escala fue creada por Radloff (1977) y posee una consistencia interna de .83.

González-Forteza, Solís, Jiménez y Hernández (2011), González-González et al. (2012) y otros han utilizado la CES-D en población de estudiantes de bachillerato y licenciatura en la Ciudad de México y en zonas rurales de Zacatecas, obteniendo características de confiabilidad y validez satisfactorias, lo que indica que este instrumento puede ser empleado para evaluar síntomas depresivos en muestras de adolescentes mexicanos.

Su validez se correlaciona negativamente con medidas de autoestima, apoyo familiar y comunicación familiar y positivamente, con el conflicto familiar, la percepción de estrés y los problemas de conducta y victimización en la escuela.

Más aun, en un estudio bibliográfico se presentan los tipos de revistas colegiadas donde se utilizó la escala CES-D: Salud mental (27 artículos), Salud Pública de

México (11 artículos) y la Revista Mexicana de Psicología (cinco artículos). Diecisiete instituciones (con predominio del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente) han sido responsables de las investigaciones; seis de ellas, a nivel internacional. El 41.25% con adolescentes, 32.5% con mujeres y 90% en contextos urbanos, con predominio en la población general y en adolescentes estudiantes (González-Forteza, Wagner Echeagaray y Jiménez Tapia, 2012).

Esta escala fue modificada y transformada en la CES-D-R por González-Forteza, Jiménez Tapia, Ramos-Lira y Wagner Echeagaray (2008), probando su validez de constructo, concurrente y externa y la consistencia interna.

Es un instrumento de tamizaje que mide sintomatología depresiva, considerada un componente de la depresión que influye sobre el estado de ánimo y sobre situaciones que se viven como poco placenteras y molestas para el individuo. Es una escala de autorreporte desarrollada para ser utilizada en estudios epidemiológicos, para detectar necesidades de atención, prevención y promoción de la salud mental. Evalúa con precisión síntomas depresivos en la población adolescente, por lo que es adecuada para la detección oportuna de depresión (González-Forteza et al., 2008).

La CES-D-R consta de 35 reactivos, que evalúan los síntomas presentados en las dos últimas semanas, relacionados con la sintomatología depresiva. Muestra una estructura de seis factores (afecto deprimido, afecto positivo, inseguridad emocional y problemas interpersonales, somatización, bienestar emocional y actividad retardada), una varianza explicada, de 55%, consistencia interna de .93, discriminación significativa entre puntajes extremos ($z = 3.695$, $p < .001$) y correlación positiva y significativa con la escala de ideación suicida de Roberts ($r = .685$, $p < .001$) (González-Forteza et

al., 2008). Antes de calcular el puntaje total, se deben recodificar los ítems 22, 24, 27, 31 y 33. Al administrar el instrumento en la muestra de estudio, se observó que el ítem 23 correlaciona positivamente con los ítems 22 y 24 sin recodificar; por lo tanto, también fue recodificado para los análisis en esta investigación. Al parecer hay una interpretación diferente de la palabra “esfuerzo” en el ítem 23, a diferencia de lo que propone el autor. El puntaje total de la escala se obtiene sumando la calificación de los 35 reactivos (0 = 0 días; 1 = 1 a 2 días; 2 = 3 a 4 días; 3 = 5 a 7 días; 4 = casi diario, 10 a 14 días). La calificación total varía de 0 a 140.

Los análisis de validez y confiabilidad de la versión revisada de la CES-D-R se han realizado en dos estudios; el primero con una muestra geriátrica mexicana (Reyes et al., 2003) y el segundo con una muestra de estudiantes adolescentes (González-Forteza et al., 2008).

En los dos trabajos, el coeficiente alfa de Cronbach mostró valores que fluctuaron entre .90 en el primero y .93 en el segundo. Esto indica que los 35 reactivos que la integran tienen homogeneidad en cuanto al constructo que se mide y una correlación importante entre sí.

Jiménez et al. (2007) señalan que la puntuación global en la escala CES-D proporciona un índice general de ánimo depresivo que no evalúa la depresión en sí misma, sino la sintomatología que habitualmente va asociada a ella. La fiabilidad del instrumento en la muestra analizada es .92.

Escala de comunicación padres e hijos adolescentes

En los estudios de Estévez López (2005) y de Estévez López et al. (2007), el cuestionario de comunicación familiar (padres-hijos) que fue elaborado originalmente por Barnes y Olson, en 1982 y traducido y validado al español por Musitu Ochoa et al. (2004), mostró tres factores para la comunicación con el padre y la madre por separado: la comunicación abierta, la comunicación ofensiva y la comunicación evitativa, con índices de confiabilidad alfa de .87, .76 y .75, respectivamente; los valores del alfa de Cronbach para las distintas subescalas fueron de .87 para el padre y de .86 para la madre. Aunque también Calleja (2011) reportó índices de confiabilidad para las dos subescalas entre .63 y .93. Las opciones de respuesta son en escala tipo Likert de cinco opciones de respuesta: 1 = *nunca* hasta 5 = *siempre*.

Lozano Martínez, Estévez López y Carballo (2013) utilizaron la escala de comunicación padres-hijos, encontrando un índice de fiabilidad según el alfa de Cronbach de .88.

En cuanto a la validez, la comunicación abierta entre padres y adolescentes presenta correlaciones positivas con distintas dimensiones de la autoestima (Cava et al., 2008; Estévez López et al., 2007) y correlaciones negativas con estrés percibido y sintomatología depresiva en el hijo (Jiménez et al., 2007).

Esta escala es un cuestionario de veinte ítems que informa sobre el tipo de comunicación existente entre el adolescente y el padre y la madre por separado. Las respuestas van de 1 (*nunca*) a 5 (*siempre*). Evalúa el diálogo y las dificultades en la comunicación dentro del núcleo familiar con el padre y la madre. El diálogo es un intercambio libre de información; se experimenta comprensión y satisfacción en la

interacción. Las dificultades tienen que ver con la comunicación poco eficaz, excesivamente crítica o negativa en la díada y en la resistencia a compartir información y afecto.

Age Universal I-E Scale

La escala I-E “Age Universal” (Maltby, 2002) es derivada, revisada y corregida a partir de la escala de orientación religiosa de Allport y Ross (1967). Esta mide dos dimensiones de la orientación religiosa: la religiosidad intrínseca y la extrínseca.

Esta escala fue validada en Argentina como Age Universal I-E-12 y se confirmó la presencia de tres dimensiones: la orientación religiosa intrínseca (ORI) y la orientación religiosa extrínseca con dos dimensiones: la social (ES) y la personal (EP). Está compuesta por 12 ítem; seis de ellos evalúan la ORI, tres la EP y tres la ES. El formato de respuesta es de tipo Likert con cinco opciones de respuesta, que van desde 1 (*Totalmente de acuerdo*) a 5 (*Totalmente en desacuerdo*).

Cada factor de la escala presentó un alfa de Cronbach de .88, .79 y .87, para orientación religiosa intrínseca, orientación religiosa extrínseca social y orientación extrínseca personal, respectivamente (Simkin y Etchezahar, 2013).

Esta escala fue utilizada por un grupo de investigadores (Darvyri et al., 2014) encontrando la siguiente confiabilidad interna: religiosidad intrínseca con un alfa de Cronbach de .827; religiosidad extrínseca social con un alfa de Cronbach de .729, y la religiosidad extrínseca personal con un alfa de Cronbach de .466.

Hipótesis nula y su definición operacional

A continuación se presenta la hipótesis nula de esta investigación.

H₀. La religiosidad y la comunicación entre padres e hijos no explican la sintomatología depresiva en los adolescentes.

Seguidamente, se presenta la Tabla 1 con la operacionalización de las hipótesis. Para probar la hipótesis nula se utilizó un modelo teórico propuesto, mediante la técnica de ecuaciones estructurales descrito en la Figura 2.

Tabla 1

Operacionalización de hipótesis

Hipótesis	Variables	Nivel de medición	Prueba estadística
H ₀ . La religiosidad y la comunicación entre padres e hijos no explican la sintomatología depresiva en los adolescentes	Sintomatología depresiva	Métrica	Se utilizará la técnica multivariante: modelo de ecuaciones estructurales
	Religiosidad intrínseca (RI)	Métrica	
	Religiosidad extrínseca social (RES)	Métrica	Primero se decidirá si el modelo tiene una bondad de ajuste aceptable, considerando los valores de CFI > .9, Chi Cuadrada no significativa ($p > .05$) y RMSEA < .7. Una vez aceptado el modelo se consideran los niveles de significación de las relaciones (alfa < .05)
	Religiosidad extrínseca personal (REP)	Métrica	
	Comunicación de la madre y comunicación del padre		
- Abierta	Métrica		
- Ofensiva	Métrica		
- Evitativa	Métrica		

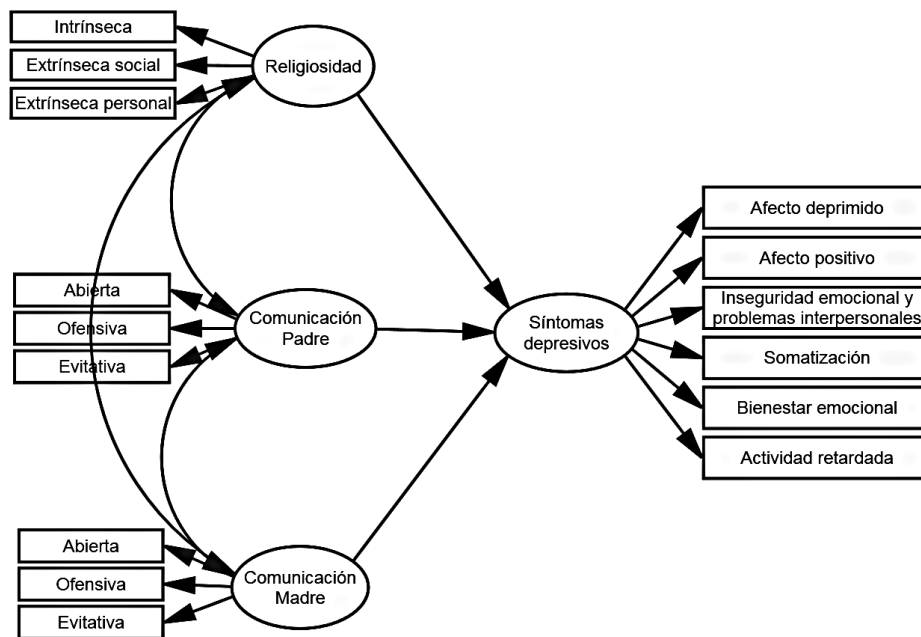


Figura 2. Modelo teórico propuesto: predicción del ánimo depresivo de los adolescentes a partir del tipo de religiosidad y del tipo de comunicación con los padres.

Proceso para recolección de datos

1. Se obtuvo la aprobación de la propuesta del estudio a través del asesor principal de la investigación.
2. Se solicitó permiso por escrito a los directores de las escuelas participantes para la aplicación de los instrumentos de medición (ver Apéndice F).
3. Se obtuvo el consentimiento informado de los participantes de manera verbal.
4. Se estableció de común acuerdo con cada director un calendario de la visita con los horarios de aplicación del cuestionario y se explicó el procedimiento y el tiempo requerido.

5. El investigador asistió a cada aula para administrar los instrumentos en los horarios convenidos. Después de dar las instrucciones a los estudiantes, se otorgó el tiempo para contestar las encuestas y se brindó asesoría en aquellos casos que lo necesitaron.

6. Se recogieron los instrumentos, revisando que estuvieran contestados correctamente y se etiquetaron para identificar su origen.

Análisis de datos/observaciones

Para la captura de la información y análisis estadístico de los datos, se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 20.0 y el software Amos 20.0.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Introducción

Esta investigación empírica fue considerada de tipo cuantitativa, explicativa, ex post facto, transversal y multivariante. Tuvo como propósito explorar la relación de causalidad entre los constructos religiosidad, comunicación familiar y la sintomatología depresiva, según un modelo teórico específico. Las variables exógenas utilizadas en esta investigación fueron la religiosidad, la comunicación con el padre y la comunicación con la madre. La variable endógena fue la sintomatología depresiva y las variables demográficas fueron las siguientes: género, edad, situación laboral del estudiante, familia, religión, nivel académico de los padres y su situación laboral.

Este Capítulo está organizado de la manera siguiente: (a) descripción socio-demográfica de los sujetos de estudio, (b) descripción del análisis estadístico de los constructos religiosidad, comunicación del padre y de la madre y sintomatología depresiva, (c) características del instrumento, (d) prueba de hipótesis y ajuste del modelo propuesto, (e) otros hallazgos que aporten información complementaria a los resultados obtenidos y (f) resumen del capítulo.

Descripción de la muestra

En la investigación se consideró como muestra en estudio a los alumnos de preparatoria que asistieron a escuelas de nivel medio superior en el curso escolar

2014- 2015, en Montemorelos, N. L. De seis instituciones privadas y una institución pública, se obtuvo una muestra inicial de 606 estudiantes. Sin embargo, se eliminaron los sujetos que no valoraron la comunicación con ambos padres ($n = 35$) y además, los sujetos que no hayan respondido al menos el 90% de la encuesta ($n = 11$), reduciendo la muestra a 560 sujetos. En la Tabla 2 se describe la distribución de la muestra por instituciones estudiadas.

En la Tabla 3 se presenta la distribución de la muestra con respecto a cada una de las variables sociodemográficas en estudio y se observa lo siguiente: la distribución de los estudiantes de la muestra presentó un predominio de los varones (54.6%) y el 87.1% de los encuestados tuvieron entre 15 y 17 años de edad, con una media de 16.1 años ($DE = 1.04$), sin considerar a los estudiantes mayores de 19 años. La situación laboral de los estudiantes indica que la mitad de los encuestados tienen una actividad laboral. La mayoría de los estudiantes viven con ambos padres (72.1%) y en menor grado viven solo con la madre u otro familiar. La religión que profesan mayormente es la católica (62.7%); después le siguen las religiones protestantes, con un 28.8 %, y el 8.6% manifestó no tener alguna religión.

Tabla 2

Distribución de la muestra por instituciones

Instituciones	<i>n</i>	%
Escuela privada 1	32	5.3
Escuela privada 2	24	4.0
Escuela privada 3	47	7.8
Escuela privada 4	29	4.8
Escuela privada 5	111	18.3
Escuela privada 6	33	5.4
Escuela pública	330	54.5
Total	606	100.0

Tabla 3

Distribución de las variables sociodemográficas de la muestra

Variable	Opciones	<i>n</i>	%
Género	Masculino	306	54.6
	Femenino	254	45.4
Edad	15 años	171	30.5
	16 años	206	36.8
	17 años	111	19.8
	18 años	43	7.7
	19 años	17	3.0
	>19 años	12	2.1
Situación laboral	Sí	277	49.5
	No	283	50.5
Familia. Vives con:	Ambos padres	404	72.1
	Sólo madre	96	17.1
	Sólo padre	9	1.6
	Otro	51	9.1
Religión	Católica	351	62.7
	Evangélica	20	3.6
	Adventista	112	20.0
	Otra	29	5.2
	Ninguna	48	8.6
Nivel académico de la madre	Ninguno	15	2.7
	Primaria	88	15.7
	Secundaria	229	40.9
	Preparatoria/técnica	117	20.9
	Universidad	111	19.8
Situación laboral de la madre	Sí	266	47.5
	No	294	52.5
Nivel académico del padre	Ninguno	28	5.0
	Primaria	110	19.6
	Secundaria	182	32.5
	Preparatoria/técnica	117	20.9
	Universidad	123	22.0
Situación laboral del padre	Sí	524	93.6
	No	36	6.4

El nivel académico indica que, en promedio, el 41.8 % de ambos padres poseen estudios de nivel medio superior y un porcentaje superior al 50% tienen estudios básicos y de nivel medio, quedando solo un 2.7% de las madres y un 5% de los padres sin alguna preparación. La situación laboral de ambos padres indica que el 47.5% de las madres y el 93.6% de los padres tienen una actividad laboral.

Descripción de los constructos

A continuación se describen cada una de las variables principales, mediante tablas que presentan información por ítem o bien, descripciones generales apoyadas en estadísticos de tendencia central y dispersión.

Religiosidad

El constructo religiosidad presentó una media de 2.82 ($DE = 0.95$), una asimetría (-0.309) y una curtosis negativa (-0.800), mostrando que la muestra en estudio tuvo un comportamiento algo diferente de una distribución normal. Hubo datos que se agrupan en los valores bajos de la escala y la curva tiende a hacerse rectangular, afectando la curtosis (ver Figura 3). El nivel de religiosidad obtenido se puede interpretar en un 45% para la muestra general.

En cuanto al comportamiento de las dimensiones de la religiosidad (ver Tabla 4), se observa que la religiosidad extrínseca personal es la más elevada ($M = 3.4$, $DE = 1.24$), alcanzando un nivel del 60%, manifestando la mayor diferencia de opinión entre los encuestados. Por otro lado, la religiosidad extrínseca social no es muy común, ya que solo alcanzó el nivel de 25% ($M = 2.0$, $DE = 1.00$). En cambio, la religiosidad intrínseca presentó una media muy similar a la global de 2.9 ($DE = 1.01$).

El índice de confiabilidad obtenido para la escala de religiosidad, fue de .900. La Tabla 4 muestra la confiabilidad para cada dimensión.

La Tabla 5 muestra las correlaciones de las dimensiones del constructo religiosidad, observándose una mayor correlación positiva entre la religiosidad intrínseca y la religiosidad extrínseca personal, más que la religiosidad extrínseca social. Además, los dos tipos de religiosidad extrínseca correlacionan positivamente.

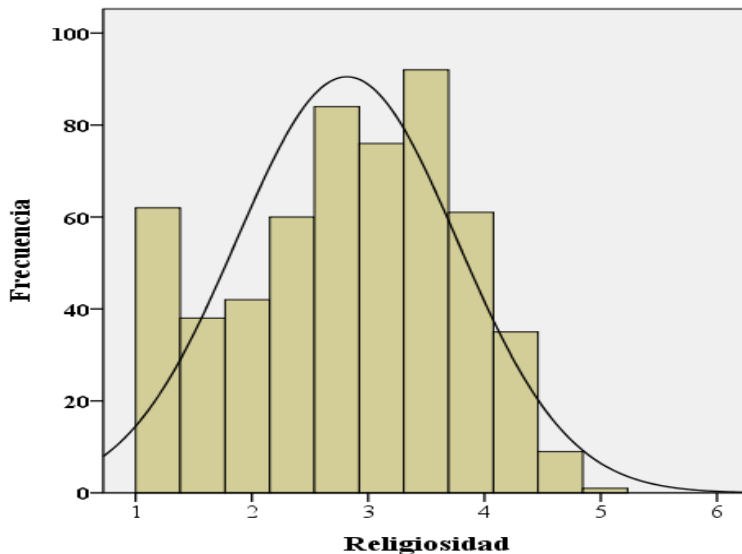


Figura 3. Histograma con curva normal de la religiosidad.

Tabla 4

Estadísticos de las dimensiones del constructo religiosidad

Dimensiones	<i>M</i>	<i>DE.</i>	Asimetría	Curtosis	Confiabilidad
Religiosidad intrínseca	2.9	1.01	-.082	-.872	.875
Religiosidad extrínseca personal	3.4	1.24	-.527	-.794	.795
Religiosidad extrínseca social	2.0	1.00	.641	-.355	.749

El análisis descriptivo de los ítems del constructo religiosidad presentado en la Tabla 6 muestra que los ítems asociados con la religiosidad intrínseca, tales como la importancia de la religión (RI7) o el sentir la presencia de Dios (RI5), tuvieron mayor aceptación que una vida acorde con las creencias (RI3) y la religión (RI1), de igual forma que la asistencia a la iglesia solamente para hacer o encontrarse con amigos (RES6 y RES2). Por otro lado, los ítems correspondientes a la religiosidad extrínseca personal, la importancia de la oración en la vida diaria (REP12), el alivio que ofrece la religión (REP8) y orar para conseguir protección (REP4) presentaron puntuaciones de la media superiores a la media global, indicando que los encuestados le dan importancia a la comunicación con Dios.

Comunicación con la madre

El constructo comunicación con la madre presenta una media global de 3.9 ($DE = .90$), con un alfa de Cronbach de .716. La asimetría de - 0.910 y la curtosis de 0.180, indican que algunos sujetos están fuera de la distribución normal (véase la Figura 4), acumulándose la frecuencia en los valores altos de la escala, con un comportamiento leptocúrtico muy leve.

Tabla 5

Correlaciones de las dimensiones de la religiosidad

	Extrínseca personal	Extrínseca social
Intrínseca	.752	.442
Extrínseca personal	- - -	.380

Nota: Todas las correlaciones que se presentan son significativas a un nivel $\leq .05$

Tabla 6

Descriptivos de los ítems del constructo religiosidad

Ítems	<i>M</i>	<i>DE</i>
RI7 Mi religión es importante porque me da respuestas a muchas preguntas sobre lo que es el sentido de la vida	3.3	1.46
RI5 He tenido frecuentemente una fuerte sensación de la presencia de Dios	3.0	1.43
RI11 Es importante para mi pasar tiempo pensando y orando en privado	2.9	1.44
RI9 Disfruto leyendo sobre mi religión	2.8	1.37
RI1 Todo mi enfoque hacia la vida está basado en mi religión	2.7	1.31
RI3 Me esfuerzo por vivir mi vida de acuerdo a mis creencias religiosas	2.6	1.40
RES6 Voy a la iglesia principalmente porque disfruto viendo a las personas que conozco allí	2.2	1.29
RES10 Voy a la iglesia porque me ayuda a hacer amigos	2.1	1.20
RES2 Voy a la iglesia principalmente para pasar tiempo con mis amigos	1.9	1.14
REP12 Orar/rezar es para obtener paz y felicidad	3.6	1.45
REP8 Lo que la religión me ofrece principalmente es alivio en tiempos problemáticos y de tristeza	3.3	1.48
REP4 Oro principalmente para conseguir alivio y protección	3.2	1.49

Al considerar el análisis de los factores de la comunicación con la madre, se observó que el factor comunicación abierta predomina sobre la comunicación ofensiva; sin embargo, se observa que en los problemas difíciles y temas importantes se tienen valores altos de la comunicación evitativa (ver Tabla 7), indicando que existe una comunicación positiva del adolescente con su madre.

La Tabla 8 presenta las correlaciones entre los factores de la comunicación con la madre, observándose una correlación negativa entre la comunicación abierta y tanto la comunicación ofensiva como la evitativa, y una correlación positiva entre las comunicaciones ofensiva y evitativa.

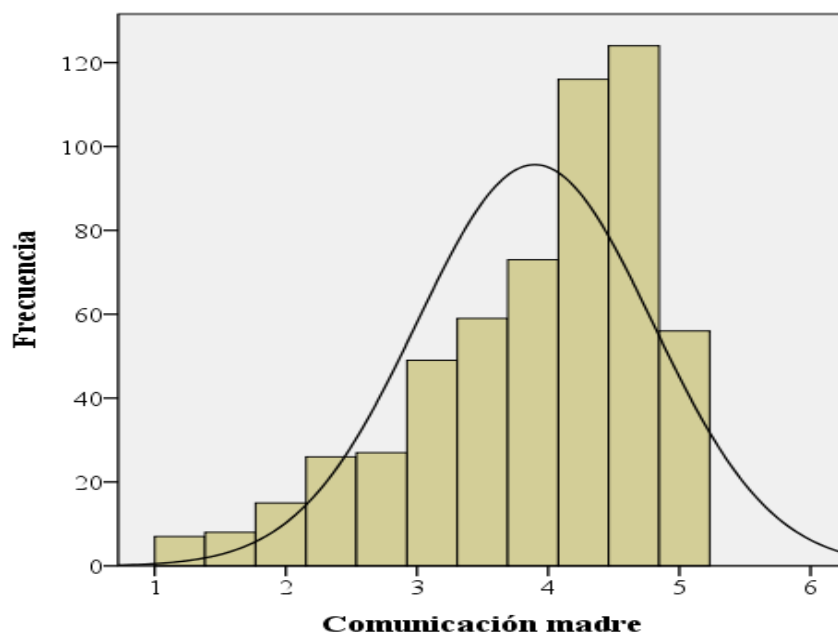


Figura 4. Histograma con la curva normal de la comunicación con la madre.

Tabla 7

Estadísticos del constructo comunicación con la madre

Factor	M	DE	Asimetría	Curtosis	Confiabilidad
Comunicación abierta	3.9	.90	-.910	.180	.916
Comunicación ofensiva	1.8	.83	1.22	1.05	.684
Comunicación evitativa	3.0	.70	.06	-.01	.381

Tabla 8

Correlaciones entre los factores de la comunicación con la madre

	Ofensiva	Evitativa
Abierta	-.394*	-.083
Ofensiva	---	.284*

* Correlaciones significativas a un nivel $\leq .05$

El análisis descriptivo de los ítems del factor comunicación abierta con la madre (ver Tabla 9) muestra que los ítems 'nos llevamos bien' (CAM7) y 'me presta atención cuando le hablo' (CAM3) presentaron una media superior a la media global de 3.9, mostrando que estos aspectos son los mejor evaluados en cuantos a la comunicación entre madre e hijo. Cuando hay conflicto, un buen número de individuos tienen confianza para compartir sus problemas como se ve en los ítems 'puedo hablarle acerca de lo que pienso sin sentirme mal' (CAM1) y 'pienso que es fácil hablarle de los problemas' (CAM16). Se observa, además, que en la comunicación evitativa, muchos adolescentes son cuidadosos con los temas que hablan con sus madres (CEM11) y se muestran indecisos con respecto a expresar todo abiertamente (CEM15); en tanto que la comunicación ofensiva (COM 18, COM19) no presenta predominio en esta muestra.

Comunicación con el padre

En el constructo comunicación con el padre, el análisis estadístico muestra una media global de 3.0 ($DE = 0.58$) y un alfa de Cronbach de .790. La asimetría fue de -0.820 y una curtosis de 1.065. Existen algunas frecuencias que salen de la curva de distribución normal (ver Figura 5), especialmente en los valores inferiores y superiores a la media global, representando un comportamiento leptocúrtico.

Los factores de la variable presentan el siguiente comportamiento: se observa que la comunicación abierta con el padre es un fenómeno que predomina en la muestra, ya que tuvo una media superior a la global ($M = 3.4$), pero en la comunicación evitativa, donde se comparten conflictos, sentimientos o deseos, se presentó un valor semejante a la media ($M = 2.9$), manifestando indecisión; en cambio, en la

comunicación ofensiva se presentaron valores muy bajos (ver Tabla 10), indicando un menor uso de la misma.

La Tabla 11 presenta las correlaciones entre los factores de la comunicación con el padre, observándose una correlación negativa entre la comunicación abierta y la comunicación ofensiva y una correlación positiva entre la comunicación ofensiva y la evitativa con el padre.

Tabla 9

Descriptivos de los ítems del constructo comunicación con la madre

Ítems	M	DE
CAM7 Nos llevamos bien	4.5	0.91
CAM3 Me presta atención cuando le hablo	4.2	1.07
CAM13 Cuando le hago preguntas me responde con sinceridad	4.2	1.11
CAM9 Le demuestro con facilidad afecto	4.0	1.19
CAM8 Si tuviese problemas podría contárselos	4.0	1.32
CAM14 Intenta comprender mi punto de vista	3.9	1.20
CAM2 Suelo creerme lo que me dice	3.7	1.14
CAM17 Puedo expresarle mis verdaderos sentimientos	3.7	1.40
CAM6 Puede saber cómo me siento sin preguntármelo	3.6	1.37
CAM1 Puedo hablarle acerca de lo que pienso sin sentirme mal o incomodo	3.6	1.33
CAM16 Pienso que es fácil hablarle de los problemas	3.5	1.31
COM18 Cuando hablamos me pongo de mal genio	2.0	1.14
COM19 Intenta ofenderme cuando se enfada conmigo	1.7	1.19
COM12 Le digo cosas que le hacen daño	1.7	1.07
COM5 Me dice cosas que me hacen daño	1.6	1.14
CEM11 Tengo mucho cuidado con lo que le digo	3.7	1.25
CEM15 Hay temas de los que prefiero no hablarle	2.9	1.30
CEM10 Cuando estoy enfadado, generalmente no le hablo	2.8	1.25
CEM4 No me atrevo a pedirle lo que deseo o lo que quiero	2.8	1.38
CEM20 No creo que pueda decirle como me siento en determinadas situaciones	2.6	1.30

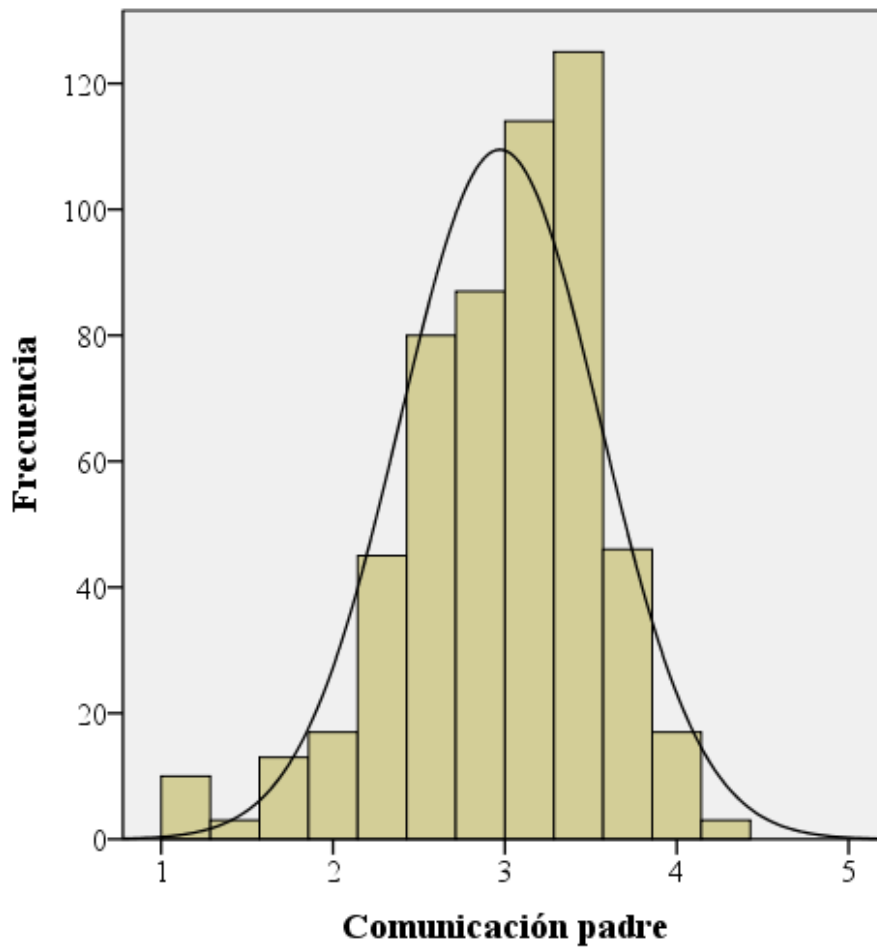


Figura 5. Histograma con curva normal de la comunicación con el padre.

Tabla 10

Estadísticos de los factores del constructo comunicación con el padre

Factor	<i>M</i>	<i>DE</i>	Asimetría	Curtosis	Confiabilidad
Abierta	3.4	1.03	-.538	-.480	.929
Ofensiva	1.7	.85	1.277	1.116	.735
Evitativa	2.9	.78	-.068	-.043	.462

Los descriptivos de los ítems del constructo comunicación con el padre se muestran en la Tabla 12. En ella se observa que en la mayoría de los casos existe una conversación agradable del adolescente con el padre (CAP7, CAP13); en cambio, en los ítems que tratan sobre compartir problemas, temas selectivos y deseos (CAP 16, CAP6, CEP11, CEP15), se observa que los sujetos tienen ciertas dudas al respecto. En la comunicación ofensiva donde se intenta ofender o hacer daño (COP18, COP5), la muestra estudiada mostró valores muy bajos manifestando su poco uso.

Comparando la comunicación del adolescente con ambos padres, se observa que la opinión dada por los sujetos fue muy semejante en el patrón de comunicación negativa (ver Tabla 13). Sin embargo, en el patrón de comunicación abierta, se observa una media mayor en el caso de la madre. Es decir, los sujetos tienden a mantener una comunicación abierta principalmente con sus madres, recurriendo con poca frecuencia a la comunicación negativa con ambos padres.

Tabla 11

Correlaciones entre los factores de la comunicación con el padre

	Ofensiva	Evitativa
Abierta	-.376	---
Ofensiva	---	.245

Nota: Todas las correlaciones que se presentan son significativas a un nivel $\leq .05$

Tabla 12

Descriptivos de los ítems del constructo comunicación con el padre

Ítems	M	DE
CAP7 Nos llevamos bien	4.1	1.21
CAP13 Cuando le hago preguntas me responde con sinceridad	3.9	1.30
CAP3 Me presta atención cuando le hablo	3.8	1.30
CAP14 Intenta comprender mi punto de vista	3.6	1.31
CAP9 Le demuestro con facilidad afecto	3.5	1.34
CAP8 Si tuviese problemas podría contárselos	3.4	1.47
CAP2 Suelo creerme lo que me dice	3.4	1.34
CAP17 Puedo expresarle mis verdaderos sentimientos	3.1	1.45
CAP1 Puedo hablarle acerca de lo que pienso sin sentirme mal...	3.0	1.43
CAP16 Pienso que es fácil hablarle de los problemas	3.0	1.3
CAP6 Puede saber cómo me siento sin preguntármelo	2.9	1.42
COP18 Cuando hablamos me pongo de mal genio	2.0	1.21
COP19 Intenta ofenderme cuando se enfada conmigo	1.7	1.11
COP5 Me dice cosas que me hacen daño	1.7	1.17
COP12 Le digo cosas que le hacen daño	1.7	1.08
CEP11 Tengo mucho cuidado con lo que le digo	3.6	1.37
CEP15 Hay temas de los que prefiero no hablarle	3.0	1.36
CEP4 No me atrevo a pedirle lo que deseo o lo que quiero	2.8	1.41
CEP10 Cuando estoy enfadado, generalmente no le hablo	2.7	1.37
CEP20 No creo que pueda decirle como me siento en determinadas situaciones	2.5	1.35

Tabla 13

Patrones de comunicación con la madre y el padre M y DE

Patrones	Madre	Padre
Comunicación	3.9 (0.90)	3.0 (0.58)
Comunicación abierta	3.9 (0.90)	3.4 (1.03)
Comunicación ofensiva	1.8 (0.83)	1.7 (0.85)
Comunicación evitativa	3.0 (0.70)	2.9 (0.77)

Nota: en las celdas se muestra M (DE).

Sintomatología depresiva

El constructo sintomatología depresiva presentó una media global de 0.9 ($DE = 0.63$), indicando que los síntomas depresivos ocurren cuando mucho una vez por semana en promedio; además, el índice de confiabilidad de la escala fue de .927. La somatización, inseguridad emocional, afecto deprimido y actividad retardada tuvieron una media inferior a la global y el bienestar emocional y el afecto positivo tuvieron medias de 2.5 y 1.4, respectivamente (ver Tabla 15). El histograma (ver Figura 6) muestra una asimetría positiva (asimetría = 1.59), indicando que pocos individuos tienen altos niveles de sintomatología depresiva, mientras que los valores bajos presentan una alta frecuencia, mostrando un comportamiento leptocúrtico (curtosis = 2.91), muy por encima de la distribución normal, lo que indica que la mayoría de los individuos poseen un bajo nivel de sintomatología depresiva.

En la Tabla 15 se presentan las correlaciones de los factores que componen el constructo de la sintomatología depresiva, donde se observa que el factor afecto deprimido correlaciona positivamente en orden descendente con la inseguridad emocional, la actividad retardada y la somatización. El factor inseguridad emocional correlaciona positivamente con la somatización y la actividad retardada.

La Tabla 16 muestra el análisis descriptivo de los ítems que evalúan la sintomatología depresiva. Los ítems correspondientes a los factores de bienestar emocional (BE) tienden a presentar conductas de los adolescentes con una frecuencia alta, de por lo menos tres a cuatro veces a la semana, con excepción de sentirse tan buenos como el resto de la gente, que ocurre una o dos veces por semana. En el afecto positivo (AP), las medias de los ítems indican que el sentirse feliz tiende a ocurrir de

cinco a siete veces, mientras que el disfrutar de la vida y divertirse mucho ocurre de tres a cuatro veces por semana. Por otro lado, los ítems relacionados al factor somatización, que miden la dificultad para concentrarse, dormir sin descansar, sentirse cansado (SO5, SO16, SO20) son síntomas que ocurren cuando mucho una vez por semana, mientras que el perder peso sin intentarlo (SO18) no tiende a presentarse en esta muestra. Con excepción de querer hacerse daño (IE15), lo cual casi nunca se presenta, todos los demás indicadores de la inseguridad emocional tienden a ocurrir una vez por semana. Algo similar ocurre en el afecto deprimido, ya que el único aspecto que casi nunca ocurre es precisamente sentir deseos de estar muerto (AD14). En este sentido, el no querer hacerse daño y no sentir deseos de estar muerto indican que en esta muestra existen muy pocos sujetos con intentos suicidas. Por otro lado, ítems relacionados con el factor actividad retardada, como son el no poder seguir adelante (AR7) y el hecho de que no haya nada que los haga felices (AR8), no se presentan entre los sujetos, mientras que el resto de los indicadores de la actividad retardada tienden a ocurrir una vez por semana.

Bondad de ajuste del modelo teórico

Para evaluar el ajuste del modelo que sustenta las relaciones entre las variables estudiadas, se utilizó el modelo de ecuaciones estructurales, a través del software Amos 20.0, realizando los siguientes pasos:

Tabla 14

Estadísticos de los factores del constructo sintomatología depresiva

Factores	M	DE	Asimetría	Curtosis	Confiabilidad
Bienestar emocional	2.5	1.17	-0.535	-.663	.715
Afecto positivo	1.4	1.32	0.484	-1.085	.808
Somatización	0.8	0.76	1.356	1.701	.791
Inseguridad emocional	0.7	0.79	1.597	2.393	.888
Afecto deprimido	0.7	0.83	1.67	2.586	.837
Actividad retardada	0.6	0.69	2.038	5.152	.749

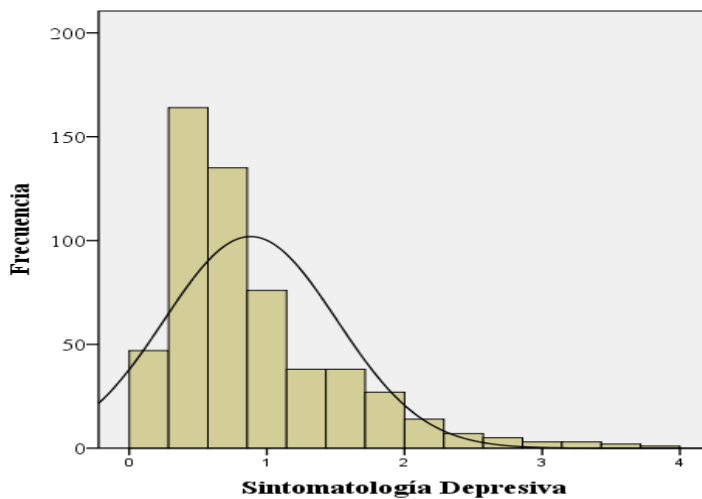


Figura 6. Histograma con la curva normal para la sintomatología depresiva.

Tabla 15

Correlaciones entre los factores de la sintomatología depresiva

	AP Afecto positivo (R)	IE Inseguridad emocional	SO Somatización	BE Bienestar emocional (R)	AR Actividad retardada
AD Afecto deprimido	.346**	.782**	.629**	-	.666**
AP Afecto positivo (R)	-	.345**	.286**	.305**	.270**
IE Inseguridad emocional	-	-	.755**	-	.731**
SO Somatización	-	-	-	-	.714**

Nota: Todas las correlaciones que se presentan son significativas a un nivel $\leq .05$

Tabla 16

Descriptivos de los ítems del constructo sintomatología depresiva

Ítems por factores	M	DE
SO1 Tenía poco apetito	0.7	1.03
SO3 Tenía dificultad para mantener mi mente en lo que estaba haciendo	1.1	1.20
SO5 Dormía sin descansar	0.9	1.24
SO16 Me sentía cansado(a) todo el tiempo	0.9	1.21
SO18 Perdí peso sin intentarlo	0.4	0.97
SO19 Me costaba mucho trabajo dormir	0.6	1.07
SO20 Era difícil concentrarme en las cosas importantes	1.0	1.21
AD2 No podía quitarme la tristeza	0.7	1.10
AD4 Me sentía deprimido(a)	0.8	1.11
AD6 Me sentía triste	0.8	1.08
AD9 Sentía que era una mala persona	0.7	1.07
AD14 Sentía deseos de estar muerto(a)	0.4	0.95
AR7 No podía seguir adelante	0.3	0.83
AR8 Nada me hacía feliz	0.4	0.95
AR10 Había perdido interés en mis actividades diarias	0.8	1.11
AR11 Dormía más de lo habitual	0.8	1.22
AR12 Sentía que me movía muy lento	0.5	0.96
AR13 Me sentía agitado(a)	0.6	1.05
IE15 Quería hacerme daño	0.3	0.85
IE17 Estaba a disgusto conmigo mismo(a)	0.7	1.18
IE21 Me molesté por cosas que usualmente no me molestan	0.9	1.18
IE25 Pensé que mi vida había sido un fracaso	0.5	1.07
IE26 Me sentía temeroso	0.5	1.01
IE28 Hable menos de lo usual	0.8	1.12
IE29 Me sentía solo(a)	1.0	1.33
IE30 Las personas eran poco amigables	0.7	1.15
IE32 Tenía ataques de llanto	0.6	1.13
IE34 Sentía que iba a darme por vencido(a)	0.7	1.16
IE35 Sentía que le desagradaba a la gente	0.9	1.26
AP27 Me sentía feliz*	1.3	1.50
AP31 Disfruté de la vida*	1.5	1.63
AP33 Me divertí mucho*	1.5	1.53
BE22 Sentía que era tan bueno (a) como otra gente*	2.8	1.37
BE24 Me sentía esperanzado (a) hacia el futuro*	2.1	1.60
BE23 Sentí que todo lo que hacía era con esfuerzo*	2.5	1.43

*Ítems recodificados

1. Se construyó el diagrama del modelo de medida, donde se muestran las variables observadas o indicadores correspondientes a cada variable latente. En dicho modelo se establecen las relaciones entre los indicadores y las variables latentes, mientras que en el modelo de estructura se muestran las relaciones entre las variables latentes, para la determinación de las ecuaciones de cada relación.

2. Se ejecutó el modelo, utilizando la estrategia de máxima verosimilitud y se establecieron relaciones entre los errores de las variables observadas involucradas en un mismo factor. De esta forma, se lograron los máximos valores en los criterios de bondad de ajuste.

3. Se procedió a evaluar el modelo, utilizando los índices de bondad de ajuste que fueron seleccionados como criterios de un ajuste adecuado. Los criterios de ajuste adecuado seleccionados para evaluar el modelo fueron los siguientes: (a) chi-cuadrada no significativa ($p > .05$), (b) chi-cuadrada normada (X^2/df) menor que 3, (c) el índice de bondad de ajuste GFI, mayor que .90, (d) el índice de bondad de ajuste comparativo CFI mayor que .90 y (e) la raíz del residuo cuadrático promedio (RMSEA) menor que .06 (Cupani, 2012; Huerta y Espinoza, 2012).

El modelo de estructura propuesto para esta investigación presenta las variables latentes religiosidad, comunicación con el padre y comunicación con la madre como factores predictores de la sintomatología depresiva en los(as) adolescentes de preparatoria de Montemorelos, N. L.

El modelo global está conformado por cuatro variables latentes (religiosidad, comunicación con el padre, comunicación con la madre y sintomatología depresiva) y 15 indicadores o variables observadas (religiosidad intrínseca, religiosidad extrínseca

personal, religiosidad extrínseca social, comunicación abierta con el padre, comunicación ofensiva con el padre, comunicación evitativa con el padre, comunicación abierta con la madre, comunicación ofensiva con la madre, comunicación evitativa con la madre, afecto positivo, afecto deprimido, inseguridad emocional, somatización, bienestar emocional y actividad retardada). En el modelo se incluyeron las variables latentes asociadas con los errores de medición. En el Apéndice D se presentan las tablas con los parámetros, las estimaciones y los índices de ajuste del modelo global calculado.

De las cinco medidas de bondad de ajuste utilizadas como criterio de decisión, se cumplieron cuatro (ver Figura 7), incluyendo la $\chi^2 / gl (77) < 3$, el RMSEA (.058 < .06), el CFI (.958 > .90), el GFI (.949 > .90). El único criterio que no se cumple es el de la chi cuadrada, ya que resulta significativa, $p < .05$.

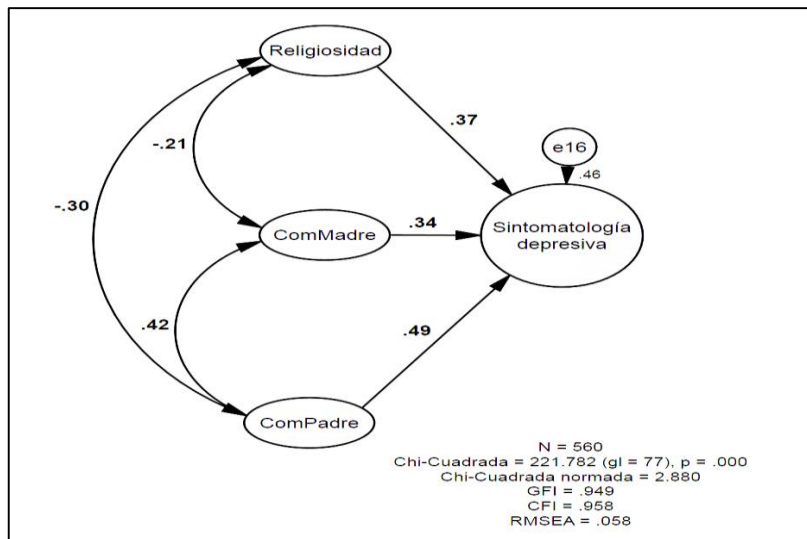


Figura 7. Parámetros estandarizados para el modelo de estructura.

Prueba de hipótesis

La hipótesis nula del estudio expresa que la religiosidad y la comunicación, tanto con el padre como con la madre, no explican la sintomatología depresiva en los(as) adolescentes. Una vez que se ha aceptado el modelo, según los criterios de bondad de ajuste utilizados, se pueden observar los niveles de significatividad en las relaciones establecidas. En la Figura 7 también se percibe que la varianza explicada de la sintomatología depresiva es de un 46%; además, las tres variables exógenas estudiadas tienen un efecto significativo ($p < .05$). Por lo tanto, hay suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula y aceptar la de investigación. Se concluye entonces, que la religiosidad y la comunicación explican de forma significativa la sintomatología depresiva.

En el modelo se observan los efectos directos de las variables religiosidad ($\gamma = .37$), comunicación de la madre ($\gamma = .34$) y la comunicación del padre ($\gamma = .49$), sobre la variable sintomatología depresiva, siendo significativos a $p < .05$.

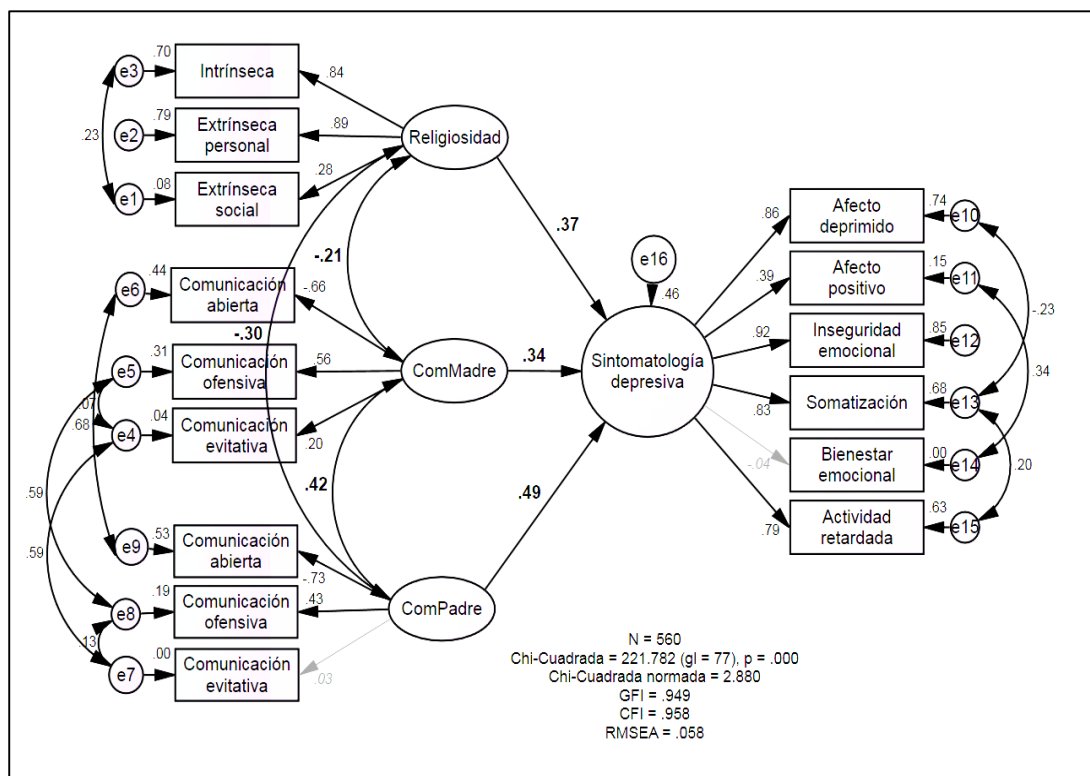
La variable religiosidad está definida por la religiosidad intrínseca y la religiosidad extrínseca personal y social. En el modelo (ver Figura 8) se observa que en este estudio, la religiosidad estuvo determinada principalmente por las variables observadas religiosidad intrínseca ($\lambda = .84$) y religiosidad extrínseca personal ($\lambda = .89$), indicando que, a un mayor nivel de religiosidad en estas dimensiones, se manifiesta una mayor presencia de sintomatología depresiva.

Es importante notar, en la Figura 8, que las variables comunicación con el padre y comunicación con la madre son definidas principalmente por las siguientes variables observadas: comunicación abierta con el padre ($\lambda = -.73$) y con la madre ($\lambda = -.66$); comunicación ofensiva con el padre ($\lambda = .43$) y con la madre ($\lambda = .56$); mientras que la variable comunicación evitativa con el padre no aporta información significativa y, en el caso de la madre, el aporte es muy bajo ($\lambda = .20$) en este estudio. Considerando los signos de los aportes, en el modelo se observa que si la comunicación con el padre y con la madre son abiertas (signo negativo) esto hace que se invierta el signo de la relación positiva entre la comunicación y la sintomatología depresiva. Entonces, se da una correlación negativa respecto de la presencia de sintomatología depresiva, indicando que, a mayor comunicación abierta con los padres, existe una menor presencia de sintomatología depresiva; y si la comunicación con los padres es del tipo ofensiva (signo positivo), entonces la correlación se mantiene positiva, existiendo una mayor presencia de sintomatología depresiva.

La religiosidad del estudiante se relaciona significativamente con la comunicación con el padre ($\phi = -.30$) y con la comunicación con la madre ($\phi = -.21$); combinadas con el efecto directo de la comunicación con la madre ($\gamma = .34$) y la comunicación con el padre ($\gamma = .49$) producen un cambio de signo que lleva a sugerir que la religiosidad moderada por el patrón de comunicación abierta de ambos padres disminuye la presencia de sintomatología depresiva. Por otro lado, la correlación ($\phi = .42$) entre las variables exógenas (comunicación con el padre y comunicación con la madre) hacen ver que el aporte indirecto es tan importante como el aporte directo de ambos

padres. Es decir, la comunicación abierta con uno o con ambos padres, resulta en un beneficio para la disminución de la sintomatología depresiva.

Los indicadores de la variable latente sintomatología depresiva muestran que principalmente se explican los aspectos negativos de la misma. Es decir; la inseguridad emocional ($\lambda = .92$), el afecto deprimido ($\lambda = .86$), la somatización ($\lambda = .83$) y la actividad retardada ($\lambda = .79$). Por otro lado, el afecto positivo ($\lambda = .39$) y el bienestar emocional no resultan de mucha importancia en este modelo.



Nota: Líneas de color gris indican relaciones no significativas.

Figura 8. Parámetros estandarizados para el modelo teórico.

Análisis secundarios

A continuación se presentan los resultados de los análisis secundarios realizados en el estudio y que al investigador parecieron relevantes. Los resultados que cumplen el objetivo tres del estudio se describen en el apéndice C.

En este estudio se pudo determinar la prevalencia de sintomatología depresiva en los adolescentes, siendo de un 16%, manteniendo una relación de 2 a 1, según sean de género femenino o masculino.

Según se muestra en la Tabla 17, se encontraron diferencias significativas en la comunicación con el padre y con la madre, según el género del estudiante, predominando los varones sobre las mujeres; sin embargo, el tamaño del efecto es considerado bajo ($d = .16$ y $d = .22$, respectivamente). En el caso de la religiosidad, también se observó una diferencia significativa, siendo mayor en las mujeres, con un tamaño del efecto bajo ($d = .24$). Se encontraron también diferencias significativas en la sintomatología depresiva, en la religiosidad intrínseca y en la religiosidad extrínseca personal, obteniendo valores más altos las mujeres. El tamaño del efecto en cada una de las variables estuvo entre $.19$ y $.33$, siendo un valor bajo o no importante. En cambio, en la religiosidad extrínseca social no se encontró una diferencia significativa.

En la Figura 9 se muestran las diferencias de religiosidad según la afiliación religiosa. Se observó que la Iglesia Adventista tuvo el mayor nivel de religiosidad, comparado con la Iglesia Católica y con quienes refirieron no tener ninguna religión. En la Tabla 18 se presentan los resultados de la prueba t para las variables sintomatología depresiva según la situación laboral del estudiante. Existe, entonces, una mayor sintomatología depresiva en los varones que trabajan, con una d de $.19$, indican-

do un efecto bajo. En el caso de la religiosidad, solo la intrínseca presentó una diferencia significativa entre los estudiantes según su situación laboral, con una d de .25, indicando también un efecto muy bajo, mostrando mayor religiosidad intrínseca aquellos que trabajan.

Resumen del capítulo

En este capítulo se presentaron los resultados de la investigación. Se usaron los datos recolectados y se analizaron con el software SPSS 20.0 y el AMOS 20.0, presentando un reporte del comportamiento de las variables demográficas. Se llevó a cabo la prueba de la hipótesis del estudio y se presentaron análisis secundarios.

Tabla 17

Diferencias según el género en las variables del estudio

Variable	Género	$M(DE)$	t	p
Comunicación con la madre	Masculino	3.8(0.54)	2.287	.023
	Femenino	3.7(0.72)		
Comunicación con el padre	Masculino	3.6(0.65)	3.359	.000
	Femenino	3.4(0.07)		
Síntomatología Depresiva	Masculino	.8 (0.57)	-5.257	.000
	Femenino	1.0 (0.66)		
Religiosidad	Masculino	2.7(0.97)	-3.634	.000
	Femenino	3.0(0.89)		
Religiosidad intrínseca	Masculino	2.8 (1.10)	-3.539	.000
	Femenino	3.1 (1.08)		
Religiosidad extrínseca social	Masculino	2.0 (1.0)	-1.158	.248
	Femenino	2.1 (.98)		
Religiosidad extrínseca personal	Masculino	3.2 (1.26)	-3.920	.000
	Femenino	3.6 (1.18)		

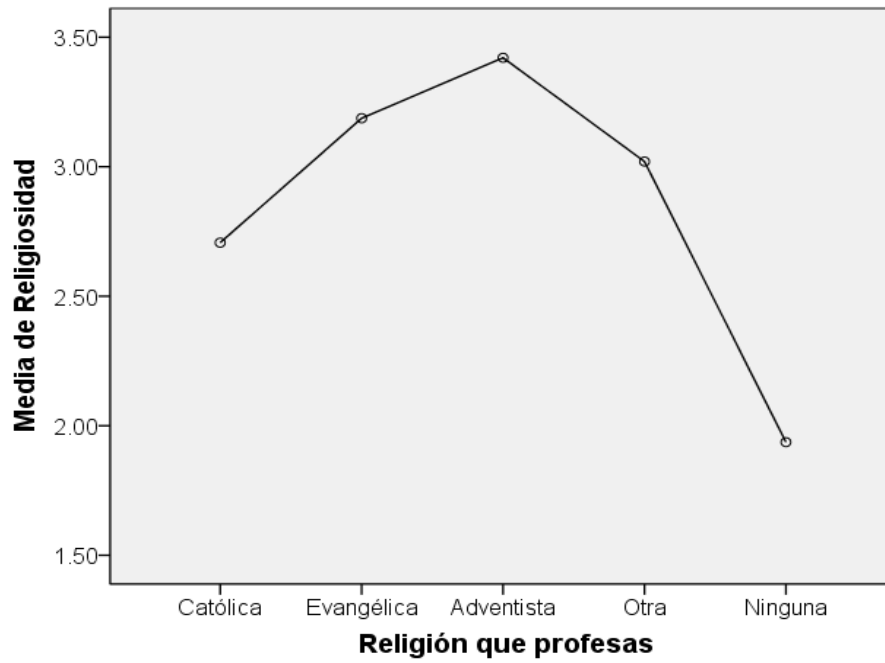


Figura 9. Media de la religiosidad según la afiliación religiosa.

Tabla 18

Diferencias en las variables según la situación laboral

Variables	Trabaja	M	DE	t	p
Síntomatología depresiva	Si	.94	.68	2.212	.027
	No	.82	.56		
Religiosidad Intrínseca	Si	3.1	1.16	3.717	.000
	No	2.7	1.03		

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Este capítulo presenta un resumen de la investigación, la discusión de los resultados, las conclusiones que resultan del estudio y las recomendaciones, tanto para quienes administran las instituciones educativas participantes en la investigación como para los profesionales interesados en realizar investigaciones relacionadas con este tema.

La salud integral del adolescente comprende el bienestar físico, mental, social y espiritual de los jóvenes e incluye aspectos relacionados con su desarrollo educativo, la adecuada participación en las actividades de la comunidad, acorde con su cultura y con el desarrollo de su máxima potencialidad (OPS/OMS, 2014). La OMS define la salud mental como un estado de bienestar global que afecta a todas las esferas psicológicas del individuo, infiriéndose que la salud mental no es la mera ausencia de trastornos mentales, por lo que al estudiar a los adolescentes es necesario conocer los factores de riesgo y los factores de protección para planificar intervenciones en forma integral en cuanto a la promoción y prevención de su salud.

WHO (2008) informó que de los más de 175 millones de adolescentes en el mundo, al menos el 20% de estos jóvenes padecerá alguna forma de enfermedad mental como depresión, trastornos del estado de ánimo, abuso de sustancias, comportamientos suicidas o trastornos alimentarios; y entre los jóvenes de 15 a 19 años,

el suicidio es la segunda causa de muerte. En el año 2014, el mismo organismo informó que la principal causa de enfermedad y discapacidad entre los adolescentes de entre 10 y 19 años es la depresión, siendo este trastorno mental la tercera causa de muerte entre esta población

Trabajos como el de Benjet et al. (2009), reportaron que la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en los adolescentes mexicanos fueron los trastornos de ánimo. Ponce et al. (2010) reportaron una prevalencia de depresión en México del 9.1% en las mujeres y de un 2.9% entre los hombres, señalando que existe escasa información sobre la depresión en adolescentes.

Los estudios sobre sintomatología depresiva en adolescentes se han centrado en analizar el ambiente familiar negativo, caracterizado por problemas en la comunicación entre los padres e hijos adolescentes (Estévez López et al., 2005; Jiménez et al., 2007).

La religiosidad intrínseca es considerada como un factor protector contra la enfermedad mental, mientras que la orientación religiosa extrínseca ha sido clasificada como un factor de riesgo para la enfermedad mental (Hunter y Merrill, 2013). Otro estudio, en una población estudiantil turca, reveló que la orientación religiosa extrínseca emergió como un factor predictor significativo para la hostilidad, la ansiedad y la depresión (Kuyel et al., 2012).

En esta investigación se planteó la siguiente pregunta:

¿En qué medida la religiosidad y la comunicación familiar explican la presencia de sintomatología depresiva en alumnos de preparatoria de entre 15 y 19 años de edad en Montemorelos, N. L.?

El objetivo general propuesto fue el siguiente: Explicar el impacto de la religión y la comunicación familiar sobre la presencia de sintomatología depresiva, en una muestra de estudiantes de preparatoria de entre 15 y 19 años de edad en Montemorelos, N. L.

Esta investigación empírica fue considerada de tipo cuantitativa, explicativa y ex post facto, transversal y multivariante. Tuvo como propósito explorar la relación de causalidad entre los constructos religiosidad, comunicación familiar y la sintomatología depresiva en adolescentes, según un modelo teórico específico.

El estudio se realizó en siete escuelas de nivel medio y superior en Montemorelos, N. L., cuya unidad de observación fue el estudiante de preparatoria durante el primer semestre del curso escolar 2014-2015.

En la recolección de los datos se utilizó un instrumento elaborado ex profeso por el investigador, utilizando tres escalas de las cuales obtuvo la autorización de su uso. La escala de sintomatología depresiva (CESD-R) consta de 35 ítems agrupados en seis subescalas, los cuales miden el afecto deprimido (2, 4, 6, 9, 14), el afecto positivo (27, 31, 33), la inseguridad emocional y los problemas interpersonales (15, 17, 21, 25, 26, 28, 29, 30, 32, 34, 35), la somatización (1, 3, 5, 16, 18, 19, 20), el bienestar emocional (22, 23, 24) y la actividad retardada (7, 8, 10, 11, 12, 13) (González-Forteza et al., 2008). La escala de religiosidad (I-E "Age Universal") consta de 12 ítems agrupados en tres subescalas: la religiosidad intrínseca (1, 3, 5, 7, 9, 11), la religiosidad extrínseca social (2, 6, 10) y la religiosidad extrínseca personal (4, 8, 12) (Maltby, 2002). La escala de comunicación familiar (padre y madre) con el adolescente, elaborada por Barnes y Olson desde 1982, consta de 20 ítems, agrupados en

tres subescalas: la comunicación abierta (1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 13, 14, 16, 17), la comunicación ofensiva (5,12, 18, 19) y la comunicación evitativa (4, 10, 11, 15, 20). El instrumento incluye siete ítems que midieron las características sociodemográficas del estudiante (género, edad, afiliación religiosa, tipo de familia, actividad laboral del estudiante, del padre y de la madre, así como la preparación académica de ambos padres. A continuación se menciona la confiabilidad obtenida del instrumento utilizado.

La escala CESD-R tuvo una consistencia interna de $\alpha = .93$, resultado similar al reportado por González- Forteza et al. (2008).

La escala I_E “Age Universal” presentó la siguiente fiabilidad en sus tres dimensiones: Religiosidad intrínseca ($\alpha = .875$), religiosidad extrínseca personal ($\alpha = .795$) y extrínseca social ($\alpha = .749$); estos resultados concuerdan con los reportados por Simkin y Etchezahar (2013).

La escala de comunicación padres con hijos adolescentes, para la comunicación del padre mostró índices de confiabilidad en los tres factores: comunicación abierta, comunicación ofensiva y comunicación evitativa de .929, .735 y .462; y para la comunicación de la madre mostró índices de confiabilidad de .916, .684 y .471; los valores del alfa de Cronbach para las dos subescalas fueron de .790 para el padre y de .716 para la madre. Estos resultados difieren de los reportados por Estévez López et al. (2007), quienes obtuvieron índices de confiabilidad de .87, .76 y .75 para los factores respectivos y un alfa de Cronbach para las subescalas de .87 para el padre y .86 para la madre. Asimismo, Calleja (2011) también reportó índices de confiabilidad para las dos subescalas ($\alpha = .63$) para el padre y ($\alpha = .93$) para la madre. En la respuesta de los sujetos hacia el ítem CEP 11 de la escala comunicación con sus

padres, este no se relaciona con los otros cuatro ítems de la comunicación evitativa y presentó una correlación de $-.006$. La explicación sugerente al respecto es que los sujetos de estudio no hayan leído con cuidado las declaraciones del cuestionario o no hayan contestado con seriedad, siendo deshonestos en sus respuestas.

En el modelo de ecuaciones estructurales se pudieron identificar dos componentes principales: (a) un modelo de medida que representa las relaciones de las variables latentes (o constructos) con sus indicadores (o variables empíricas) y (b) el modelo estructural donde se describe la interrelación entre los constructos. En este estudio se utilizó una muestra ($N = 560$) que está acorde con lo sugerido para un modelo de ecuación estructural de $N > 200$ (Cupani, 2012).

El modelo empírico fue aceptado, según los criterios de bondad de ajuste utilizados, cumpliéndose los siguientes: la $\chi^2 / gl (77) < 3$, el RMSEA ($.058 < .06$), el CFI ($.958 > .90$), el GFI ($.949 > .90$) y la $p (.000 < .05)$. El único criterio que no se cumple es el de la Chi cuadrada ya que resulta significativa, $p < .05$. El modelo explica el 46% de la sintomatología depresiva.

El procedimiento en la aplicación del instrumento, se describe a continuación. La selección de los centros educativos se llevó a cabo con la información proporcionada por la oficina de la Secretaria de Desarrollo, la cual incluía escuelas públicas y privadas de enseñanza media y superior en Montemorelos, N. L. La obtención del permiso y consentimiento por parte de la dirección de los centros educativos se logró con la promesa de transmitir a los padres y profesores los principales resultados de la investigación. Después se explicó a los profesores titulares de los grupos los objetivos, la importancia y el alcance del presente estudio. En cada una de estas

escuelas, se administró el instrumento a todos los alumnos seleccionados y escolarizados en el primer semestre del curso escolar 2014-2015, constituyendo una muestra inicial de 606 alumnos, de los cuales se descartaron 46 por no cumplir con las características del estudio, quedando solo 560 alumnos, siendo un 54.6% varones, con una media de edad de 16.1 años y una desviación típica de 1.04.

Los(as) adolescentes contestaron el instrumento en sus aulas habituales durante un período regular de clase, en un tiempo aproximado de 30 minutos de duración, bajo la coordinación y supervisión de la titular de la investigación. En todos los casos, la participación fue voluntaria y anónima, utilizándose un sobre cerrado en la recepción de los instrumentos.

Discusión

En la presente sección se discutirán algunos de los resultados más destacados de la investigación.

Variables independientes

A continuación se presenta la discusión de las variables independientes.

Religiosidad

La variable religiosidad estuvo determinada principalmente por las variables observadas religiosidad intrínseca ($\lambda = .84$) y religiosidad extrínseca personal ($\lambda = .89$), observándose un efecto de riesgo directo, a mayor nivel de religiosidad en estos factores se manifiesta una mayor presencia de sintomatología depresiva; esto podría deberse a que los jóvenes y las señoritas tuvieron un mayor nivel de religiosidad extrínseca personal ($M = 3.2$ y $M = 3.6$, respectivamente), comparado con la

religiosidad intrínseca ($M = 2.8$ y $M = 3.1$, respectivamente). Estos resultados están acordes con los reportados anteriormente, donde se ha encontrado una correlación positiva entre salud mental y religiosidad intrínseca y negativa entre aquella y religiosidad extrínseca (Hunter y Merrill, 2013). Kuyel et al. (2012) reportan resultados en una muestra de estudiantes turcos con edades en un rango de 18 a 26 años, mostrando que la religiosidad extrínseca resultó ser un predictor significativo para la hostilidad, ansiedad y depresión, con una varianza explicada del 2 %. Por otro lado, en un estudio en estudiantes universitarias en Pakistán, se encontró una relación inversa entre la orientación religiosa extrínseca personal y los síntomas de depresión, ansiedad y estrés (Buzdar et al., 2014). Esto parece indicar que la edad es un factor importante en el efecto de la religiosidad sobre la salud mental, así como en la cultura de los individuos.

La explicación sugerente para este hallazgo tiene dos puntos de vista; en primer lugar, la mayoría de los sujetos estudiados (68.8%) están todavía en la etapa media de la adolescencia, faltando la etapa tardía de su desarrollo. En los estadísticos descriptivos de la dimensión religiosidad intrínseca se observó indecisión en los sujetos estudiados con una media de alrededor de 3.0, indicando que, en el orden intelectual, el adolescente intenta poner de acuerdo sus creencias y conocimientos alrededor de los 17 o 18 años, cuando enfrenta crisis de dudas, mirando con espíritu crítico el dogma o con simples hechos de la vida diaria. Esto conlleva a un periodo de análisis y ajuste religioso que se caracteriza por dudas sobre la fe, acompañadas de desequilibrio y frecuentes frustraciones en la actitud religiosa (García-Alandete y Bernabé-Valero, 2013; Moraleda, 1999). Si el entorno del adolescente tiene

circunstancias que le propician dudas e inseguridad, esto impide que él asimile los principios y valores de su religión, lo que permite deducir en este estudio que los jóvenes no han hecho una introspección completa de su religión; más aun, que cerca del 10% de ellos no profesan religión alguna.

En segundo lugar, algunos autores mencionan que algunas religiones en ciertas circunstancias podrían ser un factor de riesgo en lugar de un factor protector. Pérez et al. (2005) señalan que, si una religión (como el cristianismo) es estricta, autoritaria y exige sacrificios y dependencia a cambio de protección divina, puede aumentar el pesimismo e, incluso, provocar depresión.

Koenig et al. (2012) argumentan que hay un lado oscuro en la religión con respecto a la salud, debido a que muchas religiones intentan producir culpa en los creyentes que no practican las doctrinas, o a veces se produce culpa por propósitos no sagrados como son el poder, el control y las ganancias económicas.

Un estudio mostró que altos niveles de religiosidad intrínseca fortalecieron la relación del apoyo de la madre hacia el ánimo deprimido, mientras que cuando hubo un bajo apoyo de la madre, la religiosidad intrínseca atenuó el efecto en el ánimo deprimido de las niñas (Houltberg et al., 2011).

Comunicación padres – hijos

En este estudio se observa que las variables comunicación con el padre y comunicación con la madre son definidas principalmente por las variables observadas comunicación abierta ($\lambda = -.73$) y ($\lambda = -.66$) y la comunicación ofensiva ($\lambda = .43$) ($\lambda = .56$), respectivamente; mientras que la variable comunicación evitativa no aporta información significativa. El resultado muestra que si la comunicación de los padres

con sus hijos es abierta, fluida, cálida, esta se convierte en un factor protector y existe una correlación negativa con respecto a la presencia de sintomatología depresiva. A mayor comunicación abierta, menor sintomatología depresiva. En cambio, la comunicación ofensiva, que está dentro del patrón negativo, constituye un factor de riesgo, tiene un signo positivo, una correlación positiva, indicando que, a mayor comunicación ofensiva caracterizada por falta de respeto y consideración, habrá una mayor presencia de sintomatología depresiva. Un estudio donde se aplicó la CES-D-R, asoció la sintomatología depresión con el control psicológico e imposición de ambos padres y de forma negativa con la comunicación, tanto materna como paterna (Palos, Betancourt, Vallejo, Segura y Rojas, 2012).

Los siguientes estudios afirman que, al favorecer una interacción de los padres con los hijos a través de patrones de comunicación positivos, se obtiene protección para su salud mental. González-Forteza y Saldívar (1998, citado en Serrano Pereira y Flores Galaz, 2005) señalan que, para hombres y mujeres adolescentes de 13 a 18 años, el mejor predictor de la sintomatología depresiva fue el afecto del padre.

Se ha confirmado la importancia directa de una comunicación ofensiva con los padres en la explicación de la sintomatología depresiva, ya señalada en estudios anteriores (Estévez López et al., 2005; Liu, 2003). Los jóvenes en riesgo consideran que la comunicación con el padre no es adecuada, no les gusta su carácter, no se sienten apoyados por él, sienten que no los comprende y que no es flexible en su trato para con ellos (Campos, 2002, citado en Serrano Pereira y Flores Galaz, 2005) y los adolescentes que reportan intento de suicidio muestran una falta de comunicación, interés y preocupación por parte del padre (Cárdenas, 2002, citado en Serrano

Pereira y Flores Galaz, 2005). El adecuado funcionamiento psicológico de las mujeres se relaciona con el hecho de que perciban a su padre como cuidadoso, cálido, comunicativo y respetuoso de su individualidad (Asili y Corolla, 2002).

Fulkerson et al. (2010), en su estudio, revelan que la frecuencia con que se tienen cenas familiares, estas se relacionan negativamente con los comportamientos de riesgo adolescente, tales como el abuso de alcohol y drogas ilícitas, sintomatología depresiva e intentos suicidas, así como comportamiento antisocial, indicando la importancia que tiene la interacción y la convivencia entre los miembros familiares. La cercanía de los padres con sus hijos, ya sea global o en los subsistemas, es muy importante para la resiliencia emocional en los adolescentes, protegiéndolos contra el ánimo depresivo (Houltberg et al., 2011).

Por otro lado, la correlación ($\phi = .42$) entre las variables exógenas (comunicación con el padre y comunicación con la madre), hacen ver que el aporte indirecto es tan importante como el aporte directo de ambos padres. Es decir, la comunicación abierta con uno de los padres, o con ambos padres, resulta en un beneficio para la disminución de la sintomatología depresiva, además una relación mayor que .3, indica que los predictores no son independientes, ocasionando problemas de colinealidad (Preacher y Hayes, 2008).

Variable dependiente

En esta sección se muestra la discusión de la variable dependiente.

Sintomatología depresiva

La sintomatología depresiva es una representación continua dimensional, una estructura de seis factores (afecto deprimido, afecto positivo, inseguridad emocional y problemas interpersonales, somatización, bienestar emocional y actividad retardada).

Papalia et al. (2012) hacen referencia a los factores de riesgo que contribuyen a la depresión adolescente: ansiedad, temor al contacto social, eventos estresantes de la vida, enfermedades crónicas como diabetes o epilepsia, conflicto en la relación con los padres, abuso o descuido, consumo de alcohol y drogas, actividad sexual y tener un padre con una historia de depresión. La depresión en los jóvenes no necesariamente se presenta como tristeza sino como irritabilidad, aburrimiento o incapacidad para experimentar placer (Brent y Birmaher, 2002, citado en Papalia et al., 2012).

Este estudio mostró una prevalencia de sintomatología depresiva elevada de un 16%, una proporción de 2 a 1 entre mujeres y varones. El resultado es similar al encontrado por Cajigas-Segredo et al. (2010), de un 15% de prevalencia en depresión y al 15.6% de sintomatología depresiva reportado por Veytia López et al. (2012), con una media más alta en mujeres.

La investigación empírica sugiere que el género modera la asociación entre factores familiares y el ánimo depresivo en la adolescencia. La discrepancia entre niños y niñas con sintomatología depresiva surge de estudios en la edad de 14 años y ha sido explicado por diferencias en socialización, relaciones interpersonales y cambios biológicos (Crick et al., 2003, citado en Houlberg et al., 2011).

Los factores somatización, inseguridad emocional, afecto deprimido y actividad retardada como parte de la sintomatología depresiva se presentaron en orden descendente en la muestra $M = .8, .7, .7$ y $.6$, respectivamente.

Los hallazgos obtenidos son limitados por el diseño transversal del estudio; entonces, no es posible inferir relaciones causales entre los factores discretos de la religiosidad, comunicación del padre y de la madre con respecto a la sintomatología depresiva.

Conclusiones

Los resultados confirman la hipótesis de investigación y permiten obtener conclusiones de gran interés, a partir de las variables latentes religiosidad, comunicación con la madre y comunicación con el padre, como variables predictores de la sintomatología depresiva de los adolescentes.

1. Se observó que la calidad de la comunicación familiar tiene una doble influencia en el bienestar emocional del adolescente. Por un lado, la comunicación abierta entre padres e hijos(as) es un factor protector que facilita que el adolescente tenga un bienestar emocional positivo; mientras que la comunicación ofensiva entre padres e hijos (as) constituye un factor de riesgo para la salud mental del adolescente.
2. Las adolescentes son más vulnerables que los varones para el desarrollo de sintomatología depresiva, en una proporción de 2 a 1.
3. Los varones mostraron una mejor comunicación con ambos padres.
4. El efecto directo de la religiosidad resultó ser un factor de riesgo en la muestra estudiada para la sintomatología depresiva elevada. A mayor religiosidad en los adolescentes, mayor presencia de sintomatología depresiva.

5. La medición en la escala de religiosidad, especialmente la religiosidad intrínseca, sugiere que los estudiantes en estudio aun muestran confusión en cuanto a sus creencias religiosas.

Recomendaciones

Los resultados obtenidos permiten realizar algunas recomendaciones:

Metodológicas

La medición de la sintomatología depresiva en la adolescencia va acompañada de cambios biológicos y emocionales. Incorporar una estrategia de medición en las diferentes etapas de la adolescencia puede ayudar a conocer mejor el comportamiento de estas variables.

Evaluar la sintomatología depresiva desde una perspectiva integral, proponiendo modelos teóricos que incluyan la relación posible entre moderadores y algunos factores de riesgo.

A profesionales de la familia y la salud mental

Que los profesionales de la familia establezcan programas preventivos para las niñas (grupo más vulnerable), para un entrenamiento en habilidades sociales que incluyan acciones que ayuden a enfrentar dificultades interpersonales.

Que elaboren talleres que provean las herramientas para una buena comunicación entre padres e hijos(as).

Que elaboren talleres para padres enfocados en la forma de enseñar las prácticas religiosas a los adolescentes, donde se destaquen los beneficios de la religión, como lo son la fe, la confianza y la esperanza.

El desarrollo humano de los adolescentes, necesita ser considerado de manera integral; su salud debe ser vista por médicos, psicólogos y psiquiatras especializados en esta etapa; que se les proporcionen espacios para su participación social y en salud (programas de prevención o campañas de salud para adolescentes en riesgo, grupos religiosos con actividades juveniles, donde ellos obtengan redes de apoyo) y una amplia participación de los padres y profesores.

Instituciones

Los hallazgos sugieren las siguientes recomendaciones para los diferentes tipos de instituciones:

Ya que las instituciones educativas juegan un papel muy importante en la prevención de los problemas emocionales de los adolescentes, que establezcan programas de vigilancia y de atención individualizada, programas comunitarios extracurriculares colaborativos.

Que las instituciones de salud establezcan programas de atención y prevención donde las madres con hijos con sintomatología depresiva sean asesoradas.

Que la iglesia, como institución, mantenga programas donde se estudie la Biblia y se tengan actividades espirituales y, asimismo, apoye y promueva las actividades juveniles para compartir la fe y ayudar a grupos vulnerables de la sociedad.

Autoridades gubernamentales

La participación gubernamental en acciones preventivas y de intervención para los adolescentes en riesgo es fundamental, generando diálogo entre las instituciones de salud mental, para intensificar la búsqueda de recursos y facilitar espacios

recreativos y deportivos, institutos culturales y centros de atención personalizada para los niños y adolescentes.

Para futuras investigaciones

Los hallazgos del presente estudio indican algunas directrices para realizar más investigación.

1. Proponer un nuevo modelo teórico que incluya nuevas variables exógenas, además de las variables religiosidad y comunicación familiar, haciendo la diferencia de género y nivel socioeconómico.

2. Replicar el estudio en estudiantes adventistas desde preparatoria hasta universidad para incluir la adolescencia media y tardía, para buscar las diferencias en religiosidad en todo el proceso de cambio del adolescente.

3. Realizar estudios con población adolescente para ver si los beneficios que la religión aporta a los adultos, también se observan en los adolescentes.

APÉNDICE A

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN



UNIVERSIDAD DE MONTEMORELOS
FACULTAD DE PSICOLOGIA
POSGRADO EN EDUCACIÓN FAMILIAR



Encuesta SDRCF- AMO
Opiniones y vivencias personales

Agradecemos el tiempo utilizado para contestar esta encuesta. Es muy importante que contestes con honestidad cada declaración. La información obtenida será utilizada exclusivamente para este estudio, por lo que se garantiza total confidencialidad de todos los datos.

SECCIÓN I: DATOS DEMOGRÁFICOS. Contesta con una X en el cuadrado que te de la respuesta a la pregunta.

1. **Género:** 1. Masculino 2. Femenino
2. **Edad:** 1. 15 años 2. 16 años 3. 17 años 4. 18 años 5. 19 años
6. Otra
3. **Situación laboral:** ¿Estudias y trabajas? 1. Sí 2. No
4. **Familia.** Vives con: 1. Ambos padres 2. Solo madre 3. Solo padre 4. Otro
5. **Religión que profesas:**
1. Católica 2. Evangélica 3. Adventista 4. Otra 5. Ninguna
6. **Preparación académica de la madre**
1. Ninguna 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria/técnica 5. Universidad
7. **Situación laboral:** ¿Trabaja tu mamá fuera de casa? 1. Sí 2. No
8. **Preparación académica del padre**
1. Ninguna 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria/técnica 5. Universidad
9. **Situación laboral:** ¿Trabaja tu papá? 1. Sí 2. No

SECCIÓN II. A continuación hay una lista de experiencias que probablemente hayas sentido o tenido. Por favor marca con una **X** para indicar **durante cuántos días de la última semana te sentiste así, o si te ocurrió casi diario durante las últimas dos semanas.**

Desde hace cuantos días...		En la semana anterior				Últimas dos semanas
		0 días	1 a 2 días	3 a 4 días	5 a 7 días	Casi diario 10-14 días
1	Tenía poco apetito					
2	No podía quitarme la tristeza					
3	Tenía dificultad para mantener mi mente en lo que estaba haciendo					
4	Me sentía deprimido (a)					
5	Dormía sin descansar					
6	Me sentía triste					
7	No podía seguir adelante					
8	Nada me hacía feliz					
9	Sentía que era una mala persona					
10	Había perdido interés en mi actividades diarias					
11	Dormía más de lo habitual					
12	Sentía que me movía muy lento					
13	Me sentía agitado (a)					
14	Sentía deseos de estar muerto (a)					
15	Quería hacerme daño					
16	Me sentía cansado (a) todo el tiempo					
17	Estaba a disgusto conmigo mismo (a)					
18	Perdí peso sin intentarlo					
19	Me costaba mucho trabajo dormir					
20	Era difícil concentrarme en las cosas importantes					
21	Me molesté por cosas que usualmente no me molestan					
22	Sentía que era tan bueno (a) como otra gente (r)					
23	Sentí que todo lo hacía era con esfuerzo					
24	Me sentía esperanzado(a) hacia el futuro (r)					
25	Pensé que mi vida había sido un fracaso					
26	Me sentía temeroso					
27	Me sentía feliz					

Desde hace cuantos días...		En la semana anterior				Últimas dos semanas
		0 días	1 a 2 días	3 a 4 días	5 a 7 días	Casi diario 10-14 días
28	Hable menos de lo usual					
29	Me sentía solo (a)					
30	Las personas eran poco amigables					
31	Disfruté de la vida (r)					
32	Tenía ataques de llanto					
33	Me divertí mucho (r)					
34	Sentía que iba a darme por vencido (a)					
35	Sentía que le desagradaba a la gente					

SECCIÓN III. Marca con una X la escala con la que más te identifiques en cada frase												
1		2		3		4		5				
Totalmente en desacuerdo		Medianamente en desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		Medianamente de acuerdo		Totalmente de acuerdo				
								1	2	3	4	5
1	Todo mi enfoque hacia la vida está basado en mi religión											
2	Voy a la iglesia principalmente para pasar tiempo con mis amigos											
3	Me esfuerzo por vivir mi vida de acuerdo a mis creencias religiosas											
4	Voy a la iglesia principalmente para conseguir alivio y protección											
5	He tenido frecuentemente una fuerte sensación de la presencia de Dios											
6	Voy a la iglesia principalmente por que disfruto viendo a las personas que conozco allí											
7	Mi religión es importante porque me da respuestas a muchas preguntas sobre lo que es el sentido de la vida											
8	Lo que la religión me ofrece principalmente es alivio en tiempos problemáticos y de tristeza											
9	Disfruto leyendo sobre mi religión											
10	Voy a la iglesia porque me ayuda a hacer amigos											
11	Es importante para mi pasar tiempo pensando y orando en privado											
12	Orar/Rezar es para obtener paz y felicidad											

SECCIÓN IV. A continuación vas a encontrar frases que describe la relación con TU madre y con TU padre. Piensa en qué medida estas frases responden a tu verdadera situación con ellos. Recuerda que no existen respuestas buenas o malas, lo importante es que reflejen tu opinión personal. Te recomendamos que empieces marcando con una X , por MI MADRE y cuando acabes, sigue con MI PADRE												
1		2		3		4		5				
Nunca		Pocas veces		Algunas veces		Muchas veces		Siempre				
		MI MADRE					MI PADRE					
1	Puedo hablarle acerca de lo que pienso sin sentirme mal o incomodo		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2	Suelo creerme lo que me dice		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3	Me presta atención cuando le hablo		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4	No me atrevo a pedirle lo que deseo o lo que quiero		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5	Me dice cosas que me hacen daño		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6	Puede saber cómo me siento sin preguntármelo		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

7	Nos llevamos bien	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8	Si tuviese problemas podría contárselos	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9	Le demuestro con facilidad afecto	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10	Cuando estoy enfadado, generalmente no le hablo	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11	Tengo mucho cuidado con lo que le digo	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12	Le digo cosas que le hacen daño	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
13	Cuando le hago preguntas me responde con sinceridad	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
14	Intenta comprender mi punto de vista	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15	Hay temas de los que prefiero no hablarle	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
16	Pienso que es fácil hablarle de los problemas	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
17	Puedo expresarle mis verdaderos sentimientos	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
18	Cuando hablamos me pongo de mal genio	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
19	Intenta ofenderme cuando se enfada conmigo	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
20	No creo que pueda decirle como me siento en determinadas situaciones	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
<p>¿En quién estabas pensando cuando respondías? Marca solo una respuesta de cada lado con una X</p>											
1. Mi propia madre <input type="checkbox"/> 2. Mi madrastra <input type="checkbox"/> 3. Otra mujer que cuida de mi <input type="checkbox"/>						1. Mi propio padre <input type="checkbox"/> 2. Mi padrastro <input type="checkbox"/> 3. Otro hombre que cuida de mi <input type="checkbox"/>					

APÉNDICE B

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla 1

Variable	Definición conceptual	Definición instrumental	Definición operacional
Sintomatología depresiva (Jiménez, Murgui y Musitu, 2007).	<p>Síntomas que caracterizan al ánimo depresivo</p> <p>Incluyen los siguientes cuatro aspectos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Afecto deprimido 2. Inseguridad emocional y problemas interpersonales 3. Somatización 4. Actividad retardada 	<p>Valore cada una de las declaraciones según la escala siguiente:</p> <p>0= 0 días;</p> <p>1= 1 a 2 días;</p> <p>2= 3 a 4 días;</p> <p>3= 5 a 7 días;</p> <p>4= casi diario, 10 a 14 días).</p> <p>5 = no aplica</p> <p>1. Afecto deprimido determinado por la suma de los ítems 2, 6, 4, 14, 9.</p> <p>2. No podía quitarme la tristeza</p> <p>6. Me sentía triste</p> <p>4.Me sentía deprimido(a)</p> <p>14.Sentía deseos de estar muerto(a)</p> <p>9. Sentía que era una mala persona</p> <p>2. Afecto positivo, determinado por la suma de los ítems 31, 33, 27.</p> <p>31.Disfruté la vida</p> <p>33. Me divertí mucho</p> <p>27. Me sentía feliz</p> <p>3. Inseguridad emocional y problemas interpersonales, determinado por la suma de los ítems 26, 32, 30, 34, 25, 29, 35, 28, 17, 15, 21.</p> <p>26. Me sentía temeroso(a)</p> <p>32.Tenía ataques de llanto</p> <p>30. Las personas eran poco amigables</p> <p>34. Sentía que iba a darme por vencido(a)</p> <p>25. Pensé que mi vida había sido un fracaso</p>	<p>Métrica</p> <p>Estos reactivos : (22, 23, 24, 27, 31, 33) deben recodificarse, o sea que el valor: 0=4, 1=3, 2=2, 3=1, 4=0</p> <p>Las respuestas con valor de 5 se tomaron como datos perdidos.</p> <p>El puntaje total se obtiene sumando la calificación de los 35 reactivos</p> <p>La calificación total varía de 0 a 140.</p> <p>Punto de corte</p> <p>M + DE/ sexo</p> <p>Arriba de este punto se refiere una sintomatología depresiva elevada González-Forteza, et al., (2008).</p>

		<p>29. Me sentía solo(a)</p> <p>35. Sentía que le desagradaba a la gente</p> <p>28. Hablé menos de lo usual</p> <p>17. Estaba a disgusto conmigo mismo(a)</p> <p>15. Quería hacerme daño</p> <p>21. Me molesté por cosas que usualmente no me molestan</p> <p>4. Somatización, determinado por la suma de los ítems 19, 5, 16, 3, 1, 18, 20.</p> <p>19. Me costaba mucho trabajo dormir</p> <p>5. Dormía sin descansar</p> <p>16. Me sentía cansado(a) todo el tiempo</p> <p>3. Tenía dificultad para mantener mi mente en lo que estaba haciendo</p> <p>1. Tenía poco apetito</p> <p>18. Perdí peso sin intentarlo</p> <p>20. Era difícil concentrarme en las cosas importantes</p> <p>5. Bienestar emocional, está determinado por la suma de los ítems 23, 22, 24.</p> <p>23. Sentí que todo lo que hacía era con esfuerzo</p> <p>22. Sentí que era tan bueno(a) como otra gente</p> <p>24. Me sentía esperanzado(a) hacia el futuro</p> <p>6. Actividad retardada, determinado por la suma de los ítems 12, 13, 11, 10, 7, 8.</p> <p>12. Sentía que me movía muy lento</p> <p>13. Me sentía agitado(a)</p> <p>11. Dormía más de lo habitual</p> <p>10. Había perdido interés en mis actividades diarias</p>	
--	--	--	--

		7. No podía seguir adelante 8. Nada me hacía feliz	
Religiosidad Masters (citado en Gelmann y Turner, Edit., 2013)	Religiosidad intrínseca (RI) Es la práctica de la religión por motivación interna.	La escala tiene cinco opciones de respuesta, que van desde 1: Totalmente en desacuerdo a 5: Totalmente de acuerdo. Esta variable estará determinada por los ítems: 1, 3, 5, 7, 9, 11 correspondientes a este factor. 1. Todo mi enfoque hacia la vida esta basado en mi religión. 3. Me esfuerzo por vivir mi vida acorde con mis creencias religiosas. 5. He tenido frecuentemente una fuerte sensación de la presencia de Dios. 7. Mi religión es importante porque me da respuestas a muchas preguntas sobre el sentido de la vida. 9. Disfruto leyendo sobre mi religión. 11. Es importante para mi pasar tiempo pensando y orando en privado.	Métrica Suma de ítems del factor RI 6 – 30 puntos
	Religiosidad extrínseca social (RES). Es la práctica de la religión motivada por la preocupación de lo que la gente va a decir	Esta variable estará determinada por los ítems: 2, 6, 10 correspondientes a la dimensión extrínseca social 2. Voy a la iglesia principalmente para pasar tiempo con mis amigos. 6. Voy a la iglesia principalmente porque disfruto viendo a las personas que conozco allí. 10. Voy a la iglesia porque me ayuda a hacer amigos. La escala tiene cinco opciones de respuesta, que van desde 1: Totalmente en desacuerdo a 5: Totalmente de acuerdo	Suma de ítems de la dimensión RES 3 a 15 puntos
	Religiosidad extrínseca personal	Esta variable estará determinada por los ítems: 4, 8, 12 correspondientes a la dimensión extrínseca personal	Suma de ítems de la dimensión REP

	(REP) Es la práctica de la religiosidad motivada por fines personales	4. Oro principalmente para conseguir alivio y protección. 8. Lo que la religión me ofrece principalmente es alivio en tiempos problemáticos y de tristeza. 12. Orar/rezar es para obtener paz y felicidad. La escala tiene cinco opciones de respuesta, que van desde 1: Totalmente en desacuerdo a 5: Totalmente de acuerdo	3 a 15 puntos
	Comunicación familiar abierta Intercambio de puntos de vista de manera clara, respetuosa, afectiva y empática entre padres e hijos.	Esta variable estará determinada por la suma de los ítems correspondientes a esta dimensión. ítems 1 + 2 + 3 + 6 + 7 + 8 + 9 + 13 + 14 + 16 + 17 1. Puedo hablarle acerca de lo que pienso sin sentirme mal o incómodo/a. 2. Suelo creerme lo que dice. 3. Me presta atención cuando le hablo. 6. Puedo saber cómo me siento sin preguntármelo. 7. Nos llevamos bien. 8. Si tuviese problemas podría contárselo. 9. Le demuestro con facilidad afecto. 13. Cuando le hago preguntas, me responde con sinceridad. 14. Intenta comprender mi punto de vista. 16. Pienso que es fácil hablarle de los problemas. 17. Puedo expresarle mis verdaderos sentimientos. La escala tiene cinco opciones de respuesta, que van desde 1: nunca hasta 5: siempre	Métrica Las respuestas van desde 1 (nunca) hasta 5 (siempre) Total de puntos: 11-55 puntos
Comunicación familiar (padres – hijos)	Comunicación familiar ofensiva	ítems 5 + 12 + 18 + 19 5. Me dice cosas que me hacen daño.	Métrica Esta variable estará determinada por la

<p>(Luna Bernal, Laca Arocena, Cedillo Navarro, 2012).</p> <p>Lozano Martínez, Estévez, Carballo, (2013)</p>	<p>Intercambio de puntos de vista entre padres e hijos, caracterizado por falta de respeto y consideración</p>	<p>12. Le digo cosas que le hacen daño.</p> <p>18. Cuando hablamos me pongo de mal genio.</p> <p>19. Intenta ofenderme cuando se enfada conmigo.</p> <p>La escala tiene cinco opciones de respuesta, que van desde 1: nunca hasta 5: siempre</p>	<p>suma de los ítems correspondientes a esta dimensión</p> <p>Las respuestas van desde 1 (nunca) hasta 5 (siempre)</p> <p>Total de puntos: 4-20 puntos</p>
	<p>Comunicación familiar evitativa</p> <p>Se caracteriza por la resistencia a compartir información y la falta de comprensión entre padres e hijos.</p>	<p>Esta variable estará determinada por la suma de los ítems correspondientes a esta dimensión.</p> <p>ítems 4 + 10 + 11 + 15 + 20</p> <p>4. No me atrevo a pedirle lo que deseo o quiero.</p> <p>10. Cuando estoy enfadado/a, generalmente no le hablo.</p> <p>11. Tengo mucho cuidado con lo que le digo.</p> <p>15. Hay temas de los que prefiero no hablarle.</p> <p>20. No creo que pueda decirle cómo me siento realmente en determinadas situaciones.</p> <p>La escala tiene cinco opciones de respuesta, que van desde 1: nunca hasta 5: siempre</p>	<p>Métrica</p> <p>Las respuestas van desde 1 (nunca) hasta 5 (siempre)</p> <p>Total de puntos: 5-25 puntos</p>
<p>Edad</p>	<p>Tiempo transcurrido desde el nacimiento a la fecha.</p>	<p>Contestar la pregunta</p> <p>Edad: ____</p>	<p>Métrica</p> <p>1. 15 años</p> <p>2. 16 años</p> <p>3. 17 años</p> <p>4. 18 años</p> <p>5. 19 años</p> <p>6. Otra</p>
<p>Género</p>	<p>Forma que reciben las</p>	<p>Género</p>	<p>Nominal</p>

	palabras para indicar el sexo de una persona.	M___ F___	1. masculino 2. femenino
Situación laboral del estudiante	Dedica algún tiempo para realizar una actividad laboral	Variable determinada por la respuesta a la pregunta: ¿Estudias y trabajas?	Nominal 1. Si 2. No
Familia	El padre, la madre y los hijos que viven bajo un mismo techo	Esta variable estará determinada por las respuestas que se obtengan en el ítem vive con:	Nominal 1. Ambos padres 2. solo padre 3. solo madre 4. otro
Nivel académica	Grados de estudio de los padres	Variable determinada por la respuesta a: Grado de estudio de tu madre. Grado de estudio de tu padre	Nominal 1. Ninguna <input type="checkbox"/> 2. Primaria <input type="checkbox"/> 3. Secundaria <input type="checkbox"/> 4. Preparatoria/técnica <input type="checkbox"/> 5. Universidad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Situación laboral	Dedican algún tiempo para realizar una actividad laboral	Variable determinada por la respuesta a : ¿Trabaja tu mamá? ¿Trabaja tu papá?	Nominal 1. Sí 2. No
Afiliación religiosa	Religión profesada y en la que está incluida una persona.	Variable determinada por la respuesta a: Religión a la que perteneces _____	Nominal 1. Católica 2. Evangélica 3. Adventista 4. Ninguna

APÉNDICE C

COMPORTAMIENTO ESTADÍSTICO DE LAS VARIABLES

DEMOGRÁFICOS

	Gen 1.	Edad	SitLab M	Familia	Religión	NivA-caM	SitLab M	NivA-caP	SitLab P
N Válidos	560	560	560	560	560	560	560	560	560
Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Media	1.45	2.22	1.51	1.48	1.93	3.39	1.53	3.35	1.06
Desv. típ.	.498	1.17	.500	.911	1.343	1.055	.500	1.167	.245
Asimetría	.187	1.09	-.021	1.951	1.103	.040	-.100	-.069	3.563
Error típ. de asimetría	.103	.103	.103	.103	.103	.103	.103	.103	.103
Curtosis	-1.972	1.07	-2.007	2.617	-.138	-.700	-1.997	-.917	10.731
Error típ. de curtosis	.206	.206	.206	.206	.206	.206	.206	.206	.206

Gen 1. Género

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	% acumulado
Válidos 1 Masculino	306	54.6	54.6	54.6
2 Femenino	254	45.4	45.4	100.0
Total	560	100.0	100.0	

Edad 2. Edad

	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos 1 15 años	171	30.5	30.5	30.5
2 16 años	206	36.8	36.8	67.3
3 17 años	111	19.8	19.8	87.1
4 18 años	43	7.7	7.7	94.8
5 19 años	17	3.0	3.0	97.9
6 Mayor de 19 años	12	2.1	2.1	100.0
Total	560	100.0	100.0	

Religión 5. Religión que profesas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 1 Católica	351	62.7	62.7	62.7
2 Evangélica	20	3.6	3.6	66.3
3 Adventista	112	20.0	20.0	86.3
4 Otra	29	5.2	5.2	91.4
5 Ninguna	48	8.6	8.6	100.0
Total	560	100.0	100.0	

NivAcaM 6. Preparación académica de la madre

	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos 1 Ninguna	15	2.7	2.7	2.7
2 Primaria	88	15.7	15.7	18.4
3 Secundaria	229	40.9	40.9	59.3
‡ Preparatoria/Técnica	117	20.9	20.9	80.2
5 Universidad	111	19.8	19.8	100.0
Total	560	100.0	100.0	

SitLabM 7. Situación laboral de la madre

	Frecuencia	%	% válido	%acumulado
Válidos 1 Sí	266	47.5	47.5	47.5
2 No	294	52.5	52.5	100.0
Total	560	100.0	100.0	

NivAcaP 8. Preparación académica del padre

	Frecuencia	%	%válido	% acumula- do
Válidos 1 Ninguna	28	5.0	5.0	5.0
2 Primaria	110	19.6	19.6	24.6
3 Secundaria	182	32.5	32.5	57.1
4 Preparatoria/Técnica	117	20.9	20.9	78.0
5 Universidad	123	22.0	22.0	100.0
Total	560	100.0	100.0	

SitLabP 9. Situación laboral del padre

	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos 1 Sí	524	93.6	93.6	93.6
2 No	36	6.4	6.4	100.0
Total	560	100.0	100.0	

RELIGIOSIDAD

		RI Religiosidad intrínseca	REP Religiosidad extrínseca personal	RES Religiosidad extrínseca social
N	Válidos	560	560	560
	Perdidos	0	0	0
	Media	2.9115	3.3890	2.0637
	Desv. típ.	1.10677	1.23964	.98941
	Asimetría	-.082	-.527	.641
	Error típ. de asimetría	.103	.103	.103
	Curtosis	-.872	-.794	-.355
	Error típ. de curtosis	.206	.206	.206

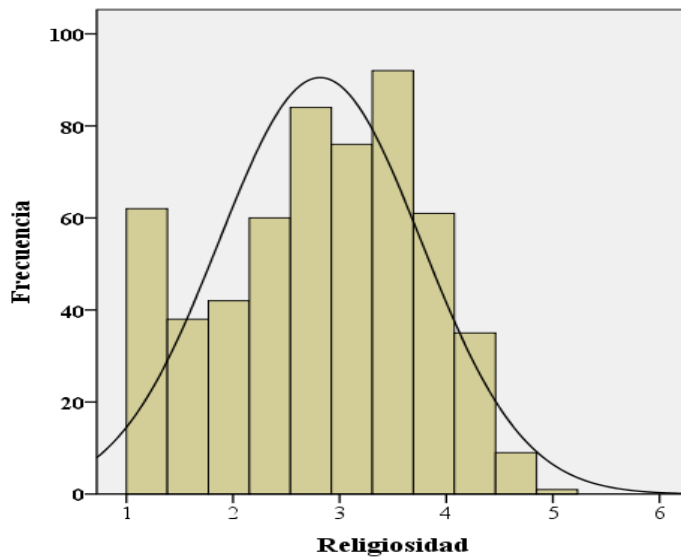
Rel Religiosidad

N	Válidos	560
	Perdidos	0
	Media	2.8169
	Desv. típ.	.94937
	Asimetría	-.309
	Error típ. de asimetría	.103
	Curtosis	-.800
	Error típ. de curtosis	.206

Rel Religiosidad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1.00	28	5.0	5.0	5.0
	1.08	8	1.4	1.4	6.4
	1.17	5	.9	.9	7.3
	1.25	11	2.0	2.0	9.3
	1.33	10	1.8	1.8	11.1
	1.42	4	.7	.7	11.8
	1.45	1	.2	.2	12.0
	1.50	7	1.3	1.3	13.2
	1.57	1	.2	.2	13.4
	1.58	10	1.8	1.8	15.2
	1.64	1	.2	.2	15.4
	1.67	4	.7	.7	16.1
	1.75	10	1.8	1.8	17.9
	1.83	10	1.8	1.8	19.6
	1.91	1	.2	.2	19.8
	1.92	8	1.4	1.4	21.3
	2.00	14	2.5	2.5	23.8
	2.08	8	1.4	1.4	25.2
	2.09	1	.2	.2	25.4
	2.17	10	1.8	1.8	27.1
2.25	6	1.1	1.1	28.2	
2.27	1	.2	.2	28.4	
2.33	9	1.6	1.6	30.0	
2.36	2	.4	.4	30.4	
2.42	20	3.6	3.6	33.9	
2.50	12	2.1	2.1	36.1	
2.55	2	.4	.4	36.4	
2.58	12	2.1	2.1	38.6	
2.67	9	1.6	1.6	40.2	
2.75	22	3.9	3.9	44.1	
2.83	20	3.6	3.6	47.7	
2.91	2	.4	.4	48.0	
2.92	17	3.0	3.0	51.1	
3.00	10	1.8	1.8	52.9	

3.08	24	4.3	4.3	57.1
3.09	1	.2	.2	57.3
3.17	18	3.2	3.2	60.5
3.20	1	.2	.2	60.7
3.25	22	3.9	3.9	64.6
3.33	20	3.6	3.6	68.2
3.36	1	.2	.2	68.4
3.42	14	2.5	2.5	70.9
3.50	13	2.3	2.3	73.2
3.55	1	.2	.2	73.4
3.58	23	4.1	4.1	77.5
3.64	1	.2	.2	77.7
3.67	19	3.4	3.4	81.1
3.73	1	.2	.2	81.3
3.75	15	2.7	2.7	83.9
3.82	2	.4	.4	84.3
3.83	19	3.4	3.4	87.7
3.91	2	.4	.4	88.0
3.92	11	2.0	2.0	90.0
4.00	11	2.0	2.0	92.0
4.08	9	1.6	1.6	93.6
4.09	2	.4	.4	93.9
4.17	7	1.3	1.3	95.2
4.25	5	.9	.9	96.1
4.33	8	1.4	1.4	97.5
4.42	4	.7	.7	98.2
4.50	5	.9	.9	99.1
4.58	1	.2	.2	99.3
4.64	1	.2	.2	99.5
4.67	1	.2	.2	99.6
4.75	1	.2	.2	99.8
5.00	1	.2	.2	100.0
Total	560	100.0	100.0	



ESTADÍSTICOS

		RI1	RI3	RI5 s	RI7	RI9	RI11	RES 2	RES6 10	RES 10	REP 4	REP8 12	REP 12
N	Válidos	558	558	552	560	559	559	560	559	555	550	558	560
	Perdidos	2	2	8	0	1	1	0	1	5	10	2	0
Media		2.73	2.63	3.01	3.34	2.84	2.91	1.88	2.21	2.10	3.25	3.28	3.62
Desv. típ.		1.325	1.41	1.433	1.459	1.37	1.44	1.13	1.295	1.19	1.49	1.478	1.44

Tabla de frecuencia

RI1 Todo mi enfoque hacia la vida está basado en mi religión

		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos	1 Totalmente en desacuerdo	156	27.9	28.0	28.0
	2 Medianamente en desacuerdo	61	10.9	10.9	38.9
	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	177	31.6	31.7	70.6
	4 Medianamente de acuerdo	107	19.1	19.2	89.8
	5 Totalmente de acuerdo	57	10.2	10.2	100.0
Total		558	99.6	100.0	
Perdidos	6 No aplica	2	.4		
Total		560	100.0		

RI3 Me esfuerzo por vivir mi vida de acuerdo a mis creencias religiosas

		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos	1 Totalmente en desacuerdo	182	32.5	32.6	32.6
	2 Medianamente en desacuerdo	77	13.8	13.8	46.4
	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	141	25.2	25.3	71.7
	4 Medianamente de acuerdo	83	14.8	14.9	86.6
	5 Totalmente de acuerdo	75	13.4	13.4	100.0
Total		558	99.6	100.0	
Perdidos	6 No aplica	2	.4		
Total		560	100.0		

RI5 He tenido frecuentemente una fuerte sensación de la presencia de Dios

		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos	1 Totalmente en desacuerdo	133	23.8	24.1	24.1
	2 Medianamente en desacuerdo	61	10.9	11.1	35.1
	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	131	23.4	23.7	58.9
	4 Medianamente de acuerdo	123	22.0	22.3	81.2
	5 Totalmente de acuerdo	104	18.6	18.8	100.0
	Total	552	98.6	100.0	
Perdidos	6 No aplica	8	1.4		
Total		560	100.0		

RI7 Mi religión es importante porque me da respuestas a muchas preguntas sobre lo que es el sentido de la vida

		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos	1 Totalmente en desacuerdo	105	18.8	18.8	18.8
	2 Medianamente en desacuerdo	54	9.6	9.6	28.4
	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	107	19.1	19.1	47.5
	4 Medianamente de acuerdo	131	23.4	23.4	70.9
	5 Totalmente de acuerdo	163	29.1	29.1	100.0
Total	560	100.0	100.0		

RI9 Disfruto leyendo sobre mi religión

		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos	1 Totalmente en desacuerdo	141	25.2	25.2	25.2
	2 Medianamente en desacuerdo	80	14.3	14.3	39.5
	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	140	25.0	25.0	64.6
	4 Medianamente de acuerdo	123	22.0	22.0	86.6
	5 Totalmente de acuerdo	75	13.4	13.4	100.0
	Total	559	99.8	100.0	
Perdidos	6 No aplica	1	.2		
Total		560	100.0		

RI11 Es importante para mi pasar tiempo pensando y orando en privado

		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos	1 Totalmente en desacuerdo	148	26.4	26.5	26.5
	2 Medianamente en desacuerdo	62	11.1	11.1	37.6
	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	140	25.0	25.0	62.6
	4 Medianamente de acuerdo	108	19.3	19.3	81.9
	5 Totalmente de acuerdo	101	18.0	18.1	100.0
	Total	559	99.8	100.0	
Perdidos	6 No aplica	1	.2		
Total		560	100.0		

RES2 Voy a la iglesia principalmente para pasar tiempo con mis amigos

		Frecuencia	%	% válido	%acumulado
Válidos	1 Totalmente en desacuerdo	310	55.4	55.4	55.4
	2 Medianamente en desacuerdo	81	14.5	14.5	69.8
	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	108	19.3	19.3	89.1
	4 Medianamente de acuerdo	47	8.4	8.4	97.5
	5 Totalmente de acuerdo	14	2.5	2.5	100.0
Total		560	100.0	100.0	

RES6 Voy a la iglesia principalmente porque disfruto viendo a las personas que conozco allí

		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos	1 Totalmente en desacuerdo	247	44.1	44.2	44.2
	2 Medianamente en desacuerdo	82	14.6	14.7	58.9
	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	130	23.2	23.3	82.1
	4 Medianamente de acuerdo	63	11.3	11.3	93.4
	5 Totalmente de acuerdo	37	6.6	6.6	100.0
Total		559	99.8	100.0	
Perdidos	6 No aplica	1	.2		
Total		560	100.0		

RES10 Voy a la iglesia porque me ayuda a hacer amigos

		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos	1 Totalmente en desacuerdo	260	46.4	46.8	46.8
	2 Medianamente en desacuerdo	73	13.0	13.2	60.0
	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	152	27.1	27.4	87.4
	4 Medianamente de acuerdo	49	8.8	8.8	96.2
	5 Totalmente de acuerdo	21	3.8	3.8	100.0
Total		555	99.1	100.0	
Perdidos	6 No aplica	5	.9		
Total		560	100.0		

REP4 Oro principalmente para conseguir alivio y protección

		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos	1 Totalmente en desacuerdo	114	20.4	20.7	20.7
	2 Medianamente en desacuerdo	63	11.3	11.5	32.2
	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	98	17.5	17.8	50.0
	4 Medianamente de acuerdo	122	21.8	22.2	72.2
	5 Totalmente de acuerdo	153	27.3	27.8	100.0
Total		550	98.2	100.0	
Perdidos	6 No aplica	10	1.8		
Total		560	100.0		

REP8 Lo que la religión me ofrece principalmente es alivio en tiempos problemáticos y de tristeza

		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos	1 Totalmente en desacuerdo	115	20.5	20.6	20.6
	2 Medianamente en desacuerdo	52	9.3	9.3	29.9
	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	106	18.9	19.0	48.9
	4 Medianamente de acuerdo	130	23.2	23.3	72.2
	5 Totalmente de acuerdo	155	27.7	27.8	100.0
	Total	558	99.6	100.0	
Perdidos	6 No aplica	2	.4		
Total		560	100.0		

REP12 Orar/rezar es para obtener paz y felicidad

		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos	1 Totalmente en desacuerdo	88	15.7	15.7	15.7
	2 Medianamente en desacuerdo	36	6.4	6.4	22.1
	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	96	17.1	17.1	39.3
	4 Medianamente de acuerdo	122	21.8	21.8	61.1
	5 Totalmente de acuerdo	218	38.9	38.9	100.0
	Total	560	100.0	100.0	

COMUNICACIÓN CON LA MADRE Y CON EL PADRE

		CAM Comunicación abierta madre	COM Comunicación ofensiva madre	CEM Comunicación evitativa madre
N	Válidos	560	560	560
	Perdidos	0	0	0
Media		3.8976	1.7588	2.9584
Desv. típ.		.89815	.82602	.70223

Estadísticos

ComM Comunicación madre

N	Válidos	560
	Perdidos	0
Media		3.8976
Desv. típ.		.89815
Asimetría		-.910
Error típ. de asimetría		.103
Curtosis		.180
Error típ. de curtosis		.206

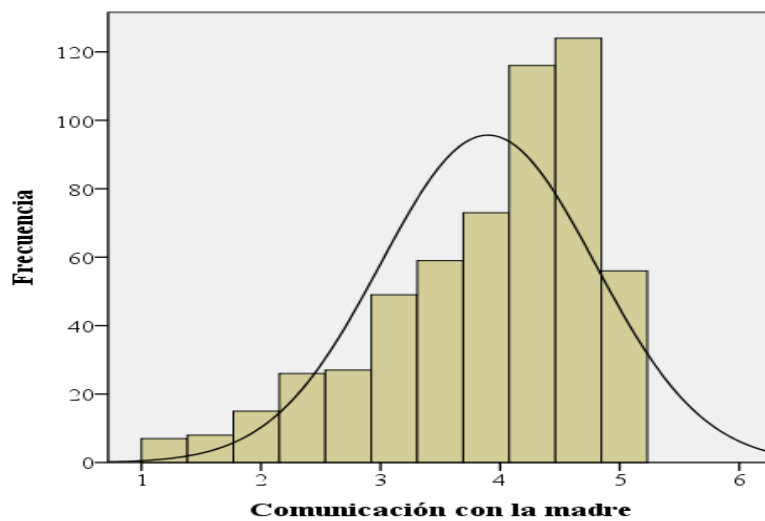
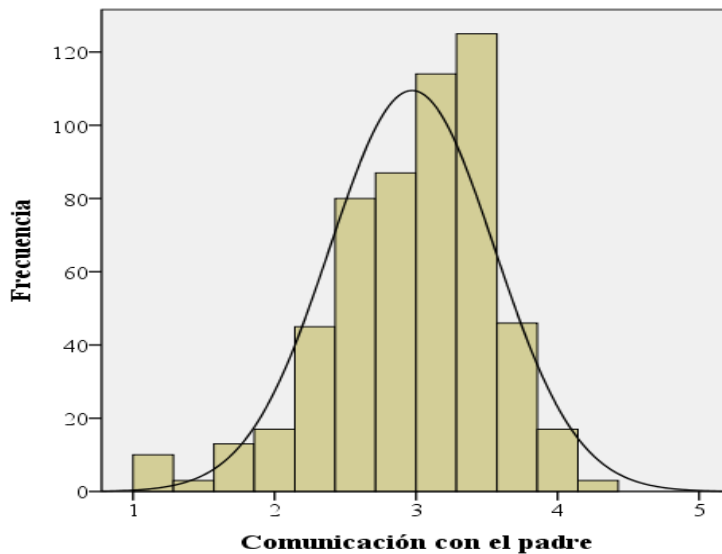
Estadístico

		CAP Comunicación abierta padre	COP Comunicación ofensiva padre	CEP Comunicación evitativa padre
N	Válidos	560	560	560
	Perdidos	0	0	0
	Media	3.4306	1.7512	2.9404
	Desv. típ.	1.03257	.84921	.77163
	Asimetría	-.538	1.277	-.068
	Error típ. de asimetría	.103	.103	.103
	Curtosis	-.480	1.116	-.043
	Error típ. de curtosis	.206	.206	.206

ComM Comunicación madre

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1.00	1	.2	.2	.2
	1.09	1	.2	.2	.4
	1.18	1	.2	.2	.5
	1.36	4	.7	.7	1.3
	1.45	2	.4	.4	1.6
	1.64	2	.4	.4	2.0
	1.70	1	.2	.2	2.1
	1.73	3	.5	.5	2.7
	1.91	9	1.6	1.6	4.3
	2.00	2	.4	.4	4.6
	2.09	4	.7	.7	5.4
	2.18	6	1.1	1.1	6.4
	2.27	7	1.3	1.3	7.7
	2.33	1	.2	.2	7.9
	2.36	5	.9	.9	8.8
	2.40	2	.4	.4	9.1
	2.45	5	.9	.9	10.0
	2.55	6	1.1	1.1	11.1
	2.64	7	1.3	1.3	12.3
	2.73	4	.7	.7	13.0
	2.82	7	1.3	1.3	14.3
	2.91	3	.5	.5	14.8
	3.00	8	1.4	1.4	16.3
	3.09	14	2.5	2.5	18.8
	3.18	14	2.5	2.5	21.3
	3.27	13	2.3	2.3	23.6
	3.36	13	2.3	2.3	25.9
	3.40	1	.2	.2	26.1
	3.45	18	3.2	3.2	29.3
	3.50	1	.2	.2	29.5
	3.55	9	1.6	1.6	31.1
	3.60	2	.4	.4	31.4
	3.64	15	2.7	2.7	34.1
	3.70	1	.2	.2	34.3
	3.73	19	3.4	3.4	37.7
	3.78	1	.2	.2	37.9
	3.80	1	.2	.2	38.0
	3.82	12	2.1	2.1	40.2
	3.90	2	.4	.4	40.5
	3.91	18	3.2	3.2	43.8
	4.00	19	3.4	3.4	47.1
	4.09	19	3.4	3.4	50.5
	4.10	4	.7	.7	51.3
	4.18	33	5.9	5.9	57.1
	4.22	1	.2	.2	57.3
	4.27	13	2.3	2.3	59.6
	4.30	1	.2	.2	59.8
	4.36	23	4.1	4.1	63.9
	4.45	22	3.9	3.9	67.9
	4.50	1	.2	.2	68.0
	4.55	26	4.6	4.6	72.7
	4.60	2	.4	.4	73.0
	4.64	24	4.3	4.3	77.3

4.70	2	.4	.4	77.7
4.73	27	4.8	4.8	82.5
4.80	2	.4	.4	82.9
4.82	40	7.1	7.1	90.0
4.91	22	3.9	3.9	93.9
5.00	34	6.1	6.1	100.0
Total	560	100.0	100.0	



Estadísticos

ComP Comunicación padre

N	Válidos	560
	Perdidos	0
Media		2.9716
Desv. típ.		.58293
Asimetría		-.820
Error típ. de asimetría		.103
Curtosis		1.065
Error típ. de curtosis		.206

Comp Comunicación padre

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	1.00	8	1.4	1.4
	1.15	1	.2	1.6
Válidos	1.25	1	.2	1.8
	1.30	1	.2	2.0
	1.45	1	.2	2.1
	1.55	1	.2	2.3
	1.60	1	.2	2.5
	1.65	4	.7	3.2
	1.75	2	.4	3.6
	1.80	1	.2	3.8
	1.85	5	.9	4.6
	1.90	2	.4	5.0
	1.95	1	.2	5.2
	1.95	5	.9	6.1
	2.00	4	.7	6.8
	2.05	2	.4	7.1
	2.05	1	.2	7.3
	2.10	2	.4	7.7
	2.15	4	.7	8.4
	2.16	1	.2	8.6
	2.17	1	.2	8.8
	2.20	3	.5	9.3
	2.21	2	.4	9.6
	2.25	8	1.4	11.1
	2.26	1	.2	11.3
	2.30	5	.9	12.1
	2.35	8	1.4	13.6
	2.37	1	.2	13.8
	2.40	10	1.8	15.5
	2.41	1	.2	15.7
	2.45	9	1.6	17.3
	2.47	1	.2	17.5
	2.50	10	1.8	19.3
	2.53	2	.4	19.6
	2.55	14	2.5	22.1
	2.58	1	.2	22.3
	2.59	1	.2	22.5
	2.60	12	2.1	24.6
	2.63	1	.2	24.8
	2.65	15	2.7	27.5
	2.70	14	2.5	30.0
	2.72	1	.2	30.2
	2.74	1	.2	30.4
	2.75	15	2.7	33.0
	2.79	1	.2	33.2
	2.80	8	1.4	34.6
	2.85	17	3.0	37.7
	2.89	2	.4	38.0
	2.90	23	4.1	42.1
	2.95	1	.2	42.3
	2.95	18	3.2	45.5
	3.00	11	2.0	47.5
	3.05	15	2.7	50.2
	3.05	3	.5	50.7
	3.06	1	.2	50.9
	3.10	19	3.4	54.3
	3.11	4	.7	55.0
	3.15	17	3.0	58.0
	3.16	2	.4	58.4
	3.20	20	3.6	62.0

3.21	4	.7	.7	62.7
3.25	16	2.9	2.9	65.5
3.26	2	.4	.4	65.9
3.30	21	3.8	3.8	69.6
3.32	2	.4	.4	70.0
3.33	1	.2	.2	70.2
3.35	28	5.0	5.0	75.2
3.40	18	3.2	3.2	78.4
3.42	2	.4	.4	78.8
3.45	17	3.0	3.0	81.8
3.47	1	.2	.2	82.0
3.47	3	.5	.5	82.5
3.50	20	3.6	3.6	86.1
3.53	1	.2	.2	86.3
3.55	10	1.8	1.8	88.0
3.56	1	.2	.2	88.2
3.58	1	.2	.2	88.4
3.60	14	2.5	2.5	90.9
3.63	2	.4	.4	91.3
3.65	6	1.1	1.1	92.3
3.70	8	1.4	1.4	93.8
3.75	3	.5	.5	94.3
3.80	6	1.1	1.1	95.4
3.84	1	.2	.2	95.5
3.85	5	.9	.9	96.4
3.90	5	.9	.9	97.3
3.95	5	.9	.9	98.2
4.00	2	.4	.4	98.6
4.05	4	.7	.7	99.3
4.11	1	.2	.2	99.5
4.15	1	.2	.2	99.6
4.20	1	.2	.2	99.8
4.25	1	.2	.2	100.0
Total	560	100.0	100.0	

Correlaciones intradimensiones de la variable comunicación con la madre

		CAM	COM	CEM
CAM Comunicación abierta madre	Correlación de Pearson	1	-.394**	-.083*
	Sig. (bilateral)		.000	.050
	N	560	560	560
COM Comunicación ofensiva madre	Correlación de Pearson	-.394**	1	.284**
	Sig. (bilateral)	.000		.000
	N	560	560	560
CEM Comunicación evitativa madre	Correlación de Pearson	-.083*	.284**	1
	Sig. (bilateral)	.050	.000	
	N	560	560	560

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Correlaciones intradimensiones de la variable comunicación con el padre

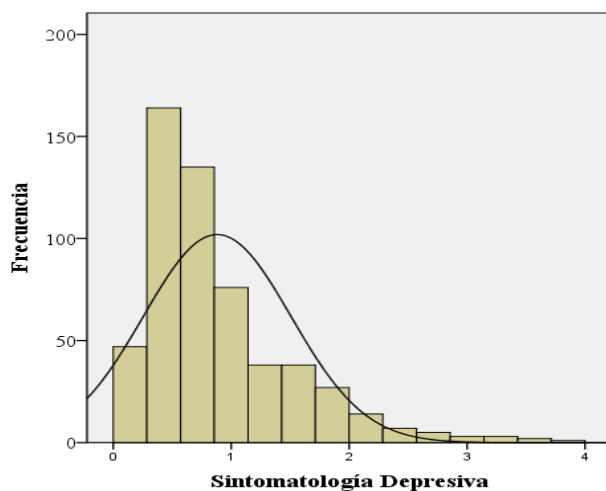
		CAP	COP	CEP
CAP Comunicación abierta padre	Correlación de Pearson	1	-.376**	.039
	Sig. (bilateral)		.000	.353
	N	560	560	560
COP Comunicación ofensiva padre	Correlación de Pearson	-.376**	1	.245**
	Sig. (bilateral)	.000		.000
	N	560	560	560
CEP Comunicación evitativa padre	Correlación de Pearson	.039	.245**	1
	Sig. (bilateral)	.353	.000	
	N	560	560	560

SD Sintomatología Depresiva
SD Sintomatología Depresiva

N	Válidos	560
	Perdidos	0
Media		.8811
Desv. típ.		.62623
Asimetría		1.590
Error típ. de asimetría		.103
Curtosis		2.914
Error típ. de curtosis		.206

Estadísticos

	AD	AP (R)	IE	SO	BE (R)	AR
N Válidos	560	560	560	560	560	560
Perdidos	0	0	0	0	0	0
Media	.6813	1.4065	.7027	.7993	2.4720	.5951
Desv. típ.	.83114	1.31811	.78644	.75999	1.16857	.69182
Asimetría	1.670	.484	1.597	1.356	-.535	2.038
Error típ. de asimetría	.103	.103	.103	.103	.103	.103
Curtosis	2.586	-1.085	2.393	1.701	-.663	5.152
Error típ. de curtosis	.206	.206	.206	.206	.206	.206



Estadísticos

		Gen 1. Género	SD Sintomatología Depresiva
N	Válidos	560	560
	Perdidos	0	0
Media		1.45	.8811
Desv. típ.		.498	.62623

		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos	.03	1	.2	.2	.2
	.11	4	.7	.7	.9
	.14	3	.5	.5	1.4
	.17	4	.7	.7	2.1
	.18	2	.4	.4	2.5
	.20	8	1.4	1.4	3.9
	.23	14	2.5	2.5	6.4
	.24	2	.4	.4	6.8
	.26	8	1.4	1.4	8.2
	.26	1	.2	.2	8.4
	.29	15	2.7	2.7	11.1
	.31	14	2.5	2.5	13.6
	.32	1	.2	.2	13.8
	.33	1	.2	.2	13.9
	.34	10	1.8	1.8	15.7
	.34	1	.2	.2	15.9
	.35	1	.2	.2	16.1
	.37	15	2.7	2.7	18.8
	.38	1	.2	.2	18.9
	.40	12	2.1	2.1	21.1
	.41	2	.4	.4	21.4
	.42	1	.2	.2	21.6
	.43	15	2.7	2.7	24.3
	.44	3	.5	.5	24.8
	.46	18	3.2	3.2	28.0
	.48	2	.4	.4	28.4
	.49	18	3.2	3.2	31.6
	.50	1	.2	.2	31.8
	.51	13	2.3	2.3	34.1
	.53	2	.4	.4	34.5
	.54	15	2.7	2.7	37.1
	.56	3	.5	.5	37.7
	.57	11	2.0	2.0	39.6
	.59	2	.4	.4	40.0
	.60	8	1.4	1.4	41.4
	.62	7	1.3	1.3	42.7
	.63	13	2.3	2.3	45.0
	.66	8	1.4	1.4	46.4
	.67	1	.2	.2	46.6
	.68	3	.5	.5	47.1
	.69	16	2.9	2.9	50.0
	.71	2	.4	.4	50.4
	.71	5	.9	.9	51.3
	.73	1	.2	.2	51.4
	.74	5	.9	.9	52.3
	.74	7	1.3	1.3	53.6
	.76	2	.4	.4	53.9
	.76	2	.4	.4	54.3
	.77	17	3.0	3.0	57.3
	.79	1	.2	.2	57.5
	.80	9	1.6	1.6	59.1
	.82	2	.4	.4	59.5
	.83	12	2.1	2.1	61.6
	.85	1	.2	.2	61.8
	.86	8	1.4	1.4	63.2
	.89	11	2.0	2.0	65.2
	.91	1	.2	.2	65.4
	.91	6	1.1	1.1	66.4
	.94	1	.2	.2	66.6
	.94	2	.4	.4	67.0
	.94	9	1.6	1.6	68.6
	.97	2	.4	.4	68.9

.97	11	2.0	2.0	70.9
1.00	4	.7	.7	71.6
1.03	3	.5	.5	72.1
1.03	3	.5	.5	72.7
1.06	4	.7	.7	73.4
1.06	1	.2	.2	73.6
1.09	5	.9	.9	74.5
1.09	1	.2	.2	74.6
1.09	1	.2	.2	74.8
1.11	3	.5	.5	75.4
1.14	6	1.1	1.1	76.4
1.17	4	.7	.7	77.1
1.18	1	.2	.2	77.3
1.20	7	1.3	1.3	78.6
1.21	1	.2	.2	78.8
1.23	2	.4	.4	79.1
1.24	1	.2	.2	79.3
1.26	3	.5	.5	79.8
1.29	1	.2	.2	80.0
1.31	1	.2	.2	80.2
1.31	1	.2	.2	80.4
1.32	1	.2	.2	80.5
1.34	2	.4	.4	80.9
1.37	4	.7	.7	81.6
1.40	2	.4	.4	82.0
1.41	1	.2	.2	82.1
1.43	3	.5	.5	82.7
1.44	1	.2	.2	82.9
1.44	1	.2	.2	83.0
1.46	2	.4	.4	83.4
1.49	1	.2	.2	83.6
1.51	4	.7	.7	84.3
1.52	2	.4	.4	84.6
1.53	2	.4	.4	85.0
1.57	3	.5	.5	85.5
1.59	1	.2	.2	85.7
1.60	2	.4	.4	86.1
1.63	3	.5	.5	86.6
1.66	7	1.3	1.3	87.9
1.69	2	.4	.4	88.2
1.70	1	.2	.2	88.4
1.71	3	.5	.5	88.9
1.74	1	.2	.2	89.1
1.74	2	.4	.4	89.5
1.76	1	.2	.2	89.6
1.77	3	.5	.5	90.2
1.78	1	.2	.2	90.4
1.80	2	.4	.4	90.7
1.83	4	.7	.7	91.4
1.85	1	.2	.2	91.6
1.86	1	.2	.2	91.8
1.88	2	.4	.4	92.1
1.89	1	.2	.2	92.3
1.91	3	.5	.5	92.9
1.94	3	.5	.5	93.4
1.97	2	.4	.4	93.8
2.00	1	.2	.2	93.9
2.03	1	.2	.2	94.1
2.06	1	.2	.2	94.3
2.06	1	.2	.2	94.5
2.09	2	.4	.4	94.8
2.09	1	.2	.2	95.0
2.12	1	.2	.2	95.2

2.14	2	.4	.4	95.5
2.15	1	.2	.2	95.7
2.17	1	.2	.2	95.9
2.23	1	.2	.2	96.1
2.26	1	.2	.2	96.3
2.31	1	.2	.2	96.4
2.33	1	.2	.2	96.6
2.35	1	.2	.2	96.8
2.37	1	.2	.2	97.0
2.38	1	.2	.2	97.1
2.40	1	.2	.2	97.3
2.47	1	.2	.2	97.5
2.57	1	.2	.2	97.7
2.65	1	.2	.2	97.9
2.69	1	.2	.2	98.0
2.71	1	.2	.2	98.2
2.82	1	.2	.2	98.4
2.89	1	.2	.2	98.6
2.97	1	.2	.2	98.8
3.06	1	.2	.2	98.9
3.20	1	.2	.2	99.1
3.26	1	.2	.2	99.3
3.37	1	.2	.2	99.5
3.51	1	.2	.2	99.6
3.54	1	.2	.2	99.8
3.80	1	.2	.2	100.0
Total	560	100.0	100.0	

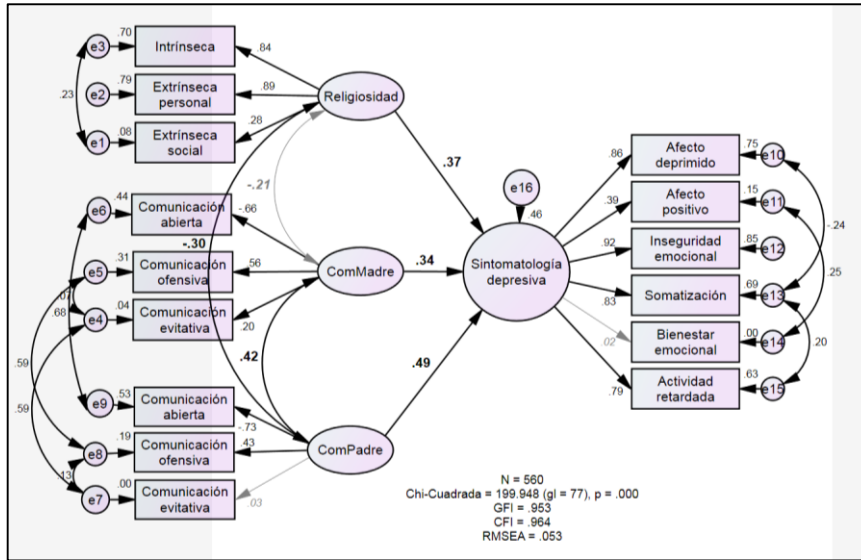
Correlaciones intradimensiones de la variable sintomatología depresiva

	AP (R)	IE	SO	BE (R)	AR
AD Afecto deprimido	.346**	.782**	.629**	--	.666**
AP Afecto positivo (R)		.345**	.286**	.305**	.270**
IE Inseguridad emocional			.755**	--	.731**
SO Somatización					.714**
BE Bienestar emocional (R)					--

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

APÉNDICE D

MODELO DE ECUACIONES ESTRUCTURALES



Analysis Summary

Title

modelo calculado global: jueves, 09 de abril de 2015 08:39 a.m.

Groups

Group number 1 (Group number 1)

Notes for Group (Group number 1)

The model is recursive.

Sample size = 560

Variable Summary (Group number 1)

Your model contains the following variables (Group number 1)

Observed, endogenous variables

RES	REP	RI
CEM	COM	COP
AD	AP	IE
SO	BE	AR
CEP	CAM	CAP

Unobserved, endogenous variables SintDepresiva

Unobserved, exogenous variables Religiosidad

e1 e2 e3

ComMadre e4 e5

ComPadre e8 e10 e11 e12 e13 e14 e15 e16 e7 e6 e9

Variable counts (Group number 1)

Number of variables in your model: 35

Number of observed variables: 15

Number of unobserved variables: 20

Number of exogenous variables: 19

Number of endogenous variables: 16

Parameter Summary (Group number 1)

	Weights	Covariances	Variances	Means	Intercepts	Total
Fixed	22	0	0	0	0	22

	Weights	Covariances	Variances	Means	Intercepts	Total
Labeled	0	0	0	0	0	0
Unlabeled	12	12	19	0	0	43
Total	34	12	19	0	0	65

Models

Default model (Default model)

Notes for Model (Default model)

Computation of degrees of freedom (Default model)

Number of distinct sample moments: 120
 Number of distinct parameters to be estimated: 43
 Degrees of freedom (120 - 43): 77

Result (Default model)

Minimum was achieved
 Chi-square = 199.948
 Degrees of freedom = 77
 Probability level = .000

Group number 1 (Group number 1 - Default model)

Estimates (Group number 1 - Default model)

Scalar Estimates (Group number 1 - Default model)

Maximum Likelihood Estimates

Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

		Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
SintDepresiva	<--- Religiosidad	1.000				
SintDepresiva	<--- ComMadre	1.836	.547	3.355	***	
SintDepresiva	<--- ComPadre	1.000				
RES	<--- Religiosidad	1.000				
REP	<--- Religiosidad	4.066	.535	7.603	***	
RI	<--- Religiosidad	3.363	.363	9.266	***	
CEM	<--- ComMadre	1.000				
COM	<--- ComMadre	3.311	.773	4.285	***	
COP	<--- ComPadre	1.000				
AD	<--- SintDepresiva	1.000				
AP	<--- SintDepresiva	.692	.074	9.304	***	
IE	<--- SintDepresiva	1.000	.036	27.986	***	
SO	<--- SintDepresiva	.860	.039	22.255	***	
BE	<--- SintDepresiva	.021	.040	.528	.597	
AR	<--- SintDepresiva	.751	.033	22.874	***	
CEP	<--- ComPadre	.055	.089	.617	.537	
CAM	<--- ComMadre	-4.312	1.124	-3.836	***	
CAP	<--- ComPadre	-2.082	.302	-6.887	***	

Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

		Estimate
SintDepresiva	<--- Religiosidad	.365
SintDepresiva	<--- ComMadre	.341
SintDepresiva	<--- ComPadre	.486
RES	<--- Religiosidad	.283
REP	<--- Religiosidad	.890
RI	<--- Religiosidad	.835
CEM	<--- ComMadre	.198
COM	<--- ComMadre	.558
COP	<--- ComPadre	.433
AD	<--- SintDepresiva	.863
AP	<--- SintDepresiva	.389
IE	<--- SintDepresiva	.923
SO	<--- SintDepresiva	.828

			Estimate
BE	<---	SintDepresiva	.023
AR	<---	SintDepresiva	.793
CEP	<---	ComPadre	.026
CAM	<---	ComMadre	-.660
CAP	<---	ComPadre	-.730

Covariances: (Group number 1 - Default model)

			Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
ComMadre	<-->	ComPadre	.021	.006	3.197	.001	
Religiosidad	<-->	ComPadre	-.029	.008	-3.462	***	
Religiosidad	<-->	ComMadre	-.008	.003	-2.463	.014	
e4	<-->	e7	.308	.026	12.043	***	
e8	<-->	e7	.074	.018	4.015	***	
e11	<-->	e14	.207	.037	5.661	***	
e13	<-->	e15	.036	.012	3.007	.003	
e10	<-->	e13	-.045	.012	-3.747	***	
e4	<-->	e5	.034	.018	1.941	.052	
e5	<-->	e8	.302	.028	10.710	***	
e6	<-->	e9	.325	.040	8.084	***	
e1	<-->	e3	.126	.037	3.453	***	

Correlations: (Group number 1 - Default model)

			Estimate
ComMadre	<-->	ComPadre	.415
Religiosidad	<-->	ComPadre	-.297
Religiosidad	<-->	ComMadre	-.213
e4	<-->	e7	.590
e8	<-->	e7	.128
e11	<-->	e14	.248
e13	<-->	e15	.196
e10	<-->	e13	-.239
e4	<-->	e5	.073
e5	<-->	e8	.593
e6	<-->	e9	.684
e1	<-->	e3	.229

Variances: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
Religiosidad	.073	.017	4.387	***	
ComMadre	.019	.009	2.116	.034	
ComPadre	.130	.024	5.443	***	
e16	.295	.040	7.360	***	
e1	.841	.052	16.288	***	
e2	.319	.115	2.772	.006	
e3	.360	.080	4.479	***	
e4	.467	.029	16.341	***	
e5	.461	.040	11.418	***	
e8	.563	.038	14.829	***	
e10	.188	.017	11.217	***	
e11	1.485	.090	16.502	***	
e12	.096	.013	7.401	***	
e13	.187	.017	11.149	***	
e14	.467	.028	16.718	***	
e15	.184	.013	13.837	***	
e7	.583	.035	16.817	***	
e6	.458	.057	8.030	***	

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
e9	.495	.082	6.028	***	

Squared Multiple Correlations: (Group number 1 - Default model)

	Estimate
SintDepresiva	.465
CAP	.533
CAM	.435
CEP	.001
AR	.628
BE	.001
SO	.685
IE	.852
AP	.151
AD	.746
COP	.188
COM	.311
CEM	.039
RI	.698
REP	.792
RES	.080

Matrices (Group number 1 - Default model)

Total Effects (Group number 1 - Default model)

	ComPadre	ComMadre	Religiosidad	SintDepresiva
SintDepresiva	1.000	1.836	1.000	.000
CAP	-2.082	.000	.000	.000
CAM	.000	-4.312	.000	.000
CEP	.055	.000	.000	.000
AR	.751	1.379	.751	.751
BE	.021	.039	.021	.021
SO	.860	1.579	.860	.860
IE	1.000	1.837	1.000	1.000
AP	.692	1.271	.692	.692
AD	1.000	1.836	1.000	1.000
COP	1.000	.000	.000	.000
COM	.000	3.311	.000	.000
CEM	.000	1.000	.000	.000
RI	.000	.000	3.363	.000
REP	.000	.000	4.066	.000
RES	.000	.000	1.000	.000

Standardized Total Effects (Group number 1 - Default model)

	ComPadre	ComMadre	Religiosidad	SintDepresiva
SintDepresiva	.486	.341	.365	.000
CAP	-.730	.000	.000	.000
CAM	.000	-.660	.000	.000
CEP	.026	.000	.000	.000
AR	.385	.270	.289	.793
BE	.011	.008	.008	.023
SO	.402	.282	.302	.828
IE	.448	.314	.337	.923
AP	.189	.132	.142	.389
AD	.420	.294	.315	.863
COP	.433	.000	.000	.000
COM	.000	.558	.000	.000
CEM	.000	.198	.000	.000

	ComPadre	ComMadre	Religiosidad	SintDepresiva
RI	.000	.000	.835	.000
REP	.000	.000	.890	.000
RES	.000	.000	.283	.000

Direct Effects (Group number 1 - Default model)

	ComPadre	ComMadre	Religiosidad	SintDepresiva
SintDepresiva	1.000	1.836	1.000	.000
CAP	-2.082	.000	.000	.000
CAM	.000	-4.312	.000	.000
CEP	.055	.000	.000	.000
AR	.000	.000	.000	.751
BE	.000	.000	.000	.021
SO	.000	.000	.000	.860
IE	.000	.000	.000	1.000
AP	.000	.000	.000	.692
AD	.000	.000	.000	1.000
COP	1.000	.000	.000	.000
COM	.000	3.311	.000	.000
CEM	.000	1.000	.000	.000
RI	.000	.000	3.363	.000
REP	.000	.000	4.066	.000
RES	.000	.000	1.000	.000

Standardized Direct Effects (Group number 1 - Default model)

	ComPadre	ComMadre	Religiosidad	SintDepresiva
SintDepresiva	.486	.341	.365	.000
CAP	-.730	.000	.000	.000
CAM	.000	-.660	.000	.000
CEP	.026	.000	.000	.000
AR	.000	.000	.000	.793
BE	.000	.000	.000	.023
SO	.000	.000	.000	.828
IE	.000	.000	.000	.923
AP	.000	.000	.000	.389
AD	.000	.000	.000	.863
COP	.433	.000	.000	.000
COM	.000	.558	.000	.000
CEM	.000	.198	.000	.000
RI	.000	.000	.835	.000
REP	.000	.000	.890	.000
RES	.000	.000	.283	.000

Indirect Effects (Group number 1 - Default model)

	ComPadre	ComMadre	Religiosidad	SintDepresiva
SintDepresiva	.000	.000	.000	.000
CAP	.000	.000	.000	.000
CAM	.000	.000	.000	.000
CEP	.000	.000	.000	.000
AR	.751	1.379	.751	.000
BE	.021	.039	.021	.000
SO	.860	1.579	.860	.000
IE	1.000	1.837	1.000	.000
AP	.692	1.271	.692	.000
AD	1.000	1.836	1.000	.000
COP	.000	.000	.000	.000
COM	.000	.000	.000	.000

	ComPadre	ComMadre	Religiosidad	SintDepresiva
CEM	.000	.000	.000	.000
RI	.000	.000	.000	.000
REP	.000	.000	.000	.000
RES	.000	.000	.000	.000

Standardized Indirect Effects (Group number 1 - Default model)

	ComPadre	ComMadre	Religiosidad	SintDepresiva
SintDepresiva	.000	.000	.000	.000
CAP	.000	.000	.000	.000
CAM	.000	.000	.000	.000
CEP	.000	.000	.000	.000
AR	.385	.270	.289	.000
BE	.011	.008	.008	.000
SO	.402	.282	.302	.000
IE	.448	.314	.337	.000
AP	.189	.132	.142	.000
AD	.420	.294	.315	.000
COP	.000	.000	.000	.000
COM	.000	.000	.000	.000
CEM	.000	.000	.000	.000
RI	.000	.000	.000	.000
REP	.000	.000	.000	.000
RES	.000	.000	.000	.000

Modification Indices (Group number 1 - Default model)

Covariances: (Group number 1 - Default model)

		M.I.	Par Change
e16 <-->	Religiosidad	7.119	-.021
e6 <-->	Religiosidad	5.170	.018
e15 <-->	ComPadre	4.531	-.015
e15 <-->	Religiosidad	5.583	-.012
e15 <-->	e9	10.300	.044
e14 <-->	Religiosidad	4.486	-.017
e13 <-->	e9	7.253	-.039
e13 <-->	e6	8.308	.038
e11 <-->	e9	5.337	-.087
e11 <-->	e6	5.169	-.077
e10 <-->	e7	4.233	.026
e5 <-->	Religiosidad	12.918	.025
e5 <-->	e13	7.169	.031
e2 <-->	e9	5.380	-.060
e2 <-->	e6	9.349	.071
e2 <-->	e14	5.023	-.051
e2 <-->	e5	5.846	.050
e1 <-->	Religiosidad	9.048	.032
e1 <-->	e15	4.190	.033
e1 <-->	e11	5.880	-.109
e1 <-->	e8	5.524	.055
e1 <-->	e2	6.629	.080

Variances: (Group number 1 - Default model)

	M.I.	Par Change
--	------	------------

Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

		M.I.	Par Change
SintDepresiva <---	Religiosidad	5.521	-.267
CAM <---	Religiosidad	4.722	.245

			M.I.	Par Change
CAM	<---	SO	5.307	.085
CAM	<---	REP	7.606	.063
CEP	<---	AD	5.025	.066
AR	<---	Religiosidad	4.274	-.150
AR	<---	RI	4.362	-.035
AR	<---	REP	4.148	-.030
BE	<---	Religiosidad	4.624	-.239
BE	<---	REP	6.161	-.056
SO	<---	COM	4.939	.053
AP	<---	ComPadre	7.197	.448
AP	<---	Religiosidad	5.451	-.466
AP	<---	CAP	17.495	-.204
AP	<---	CAM	12.870	-.200
AP	<---	REP	5.423	-.094
AP	<---	RES	7.946	-.148
COP	<---	CEM	6.131	.093
COP	<---	RES	6.147	.068
COM	<---	Religiosidad	11.080	.331
COM	<---	CEP	4.661	.071
COM	<---	SO	7.217	.087
COM	<---	RI	6.244	.057
COM	<---	REP	12.333	.071
CEM	<---	COP	4.459	.058
CEM	<---	RES	4.288	.050
REP	<---	BE	7.001	-.134
REP	<---	COP	4.795	.091
REP	<---	COM	4.228	.087
REP	<---	RES	6.430	.092
RES	<---	Religiosidad	9.637	.466
RES	<---	CEP	4.208	.101
RES	<---	AP	4.888	-.063
RES	<---	COP	4.397	.095
RES	<---	CEM	5.565	.128
RES	<---	RI	5.796	.083
RES	<---	REP	11.395	.103

Minimization History (Default model)

Iteration		Negative eigenvalues	Condition #	Smallest eigenvalue	Diameter	F	NTries	Ratio
0	e	13		-.631	9999.000	4043.880	0	9999.000
1	e*	9		-.406	1.898	2285.218	20	.589
2	e*	5		-.369	.901	1490.737	5	.762
3	e	3		-.249	.621	1091.371	5	.809
4	e	2		-.136	1.040	733.068	6	.729
5	e	1		-.150	1.208	450.394	5	.679
6	e	1		-.029	.432	353.068	4	.792
7	e	1		-.027	.572	288.974	6	.979
8	e	0	2157.388	.679	.679	248.958	7	1.052
9	e	0	3745.128	.840	.840	220.004	1	1.211
10	e	0	10021.053	.692	.692	207.072	1	1.202
11	e	0	22373.154	.713	.713	204.421	1	.616
12	e	0	59164.681	.362	.362	200.703	1	1.046
13	e	0	46286.820	.548	.548	200.652	1	.081
14	e	0	160015.367	.138	.138	199.959	1	1.016

Iteration		Negative eigenvalues	Condition #	Smallest eigenvalue	Diameter	F	NTries	Ratio
15	e	0	190254.109		.099	199.948	1	1.025
16	e	0	203935.729		.008	199.948	1	1.006
17	e	0	203756.421		.000	199.948	1	1.000

Model Fit Summary

CMIN

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	43	199.948	77	.000	2.597
Saturated model	120	.000	0		
Independence model	15	3481.426	105	.000	33.156

RMR, GFI

Model	RMR	GFI	AGFI	PGFI
Default model	.062	.953	.927	.612
Saturated model	.000	1.000		
Independence model	.205	.496	.424	.434

Baseline Comparisons

Model	NFI	RFI	IFI	TLI	CFI
	Delta1	rho1	Delta2	rho2	
Default model	.943	.922	.964	.950	.964
Saturated model	1.000		1.000		1.000
Independence model	.000	.000	.000	.000	.000

Parsimony-Adjusted Measures

Model	PRATIO	PNFI	PCFI
Default model	.733	.691	.707
Saturated model	.000	.000	.000
Independence model	1.000	.000	.000

NCP

Model	NCP	LO 90	HI 90
Default model	122.948	84.930	168.643
Saturated model	.000	.000	.000
Independence model	3376.426	3187.375	3572.781

FMIN

Model	FMIN	F0	LO 90	HI 90
Default model	.358	.220	.152	.302
Saturated model	.000	.000	.000	.000
Independence model	6.228	6.040	5.702	6.391

RMSEA

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	.053	.044	.063	.256
Independence model	.240	.233	.247	.000

AIC

Model	AIC	BCC	BIC	CAIC
Default model	285.948	288.482	472.049	515.049
Saturated model	240.000	247.072	759.352	879.352
Independence model	3511.426	3512.310	3576.345	3591.345

ECVI

Model	ECVI	LO 90	HI 90	MECVI
Default model	.512	.444	.593	.516
Saturated model	.429	.429	.429	.442
Independence model	6.282	5.943	6.633	6.283

HOELTER

Model	HOELTER	HOELTER
	.05	.01
Default model	276	305
Independence model	21	23

Execution time summary

Minimization: .028
Miscellaneous: .328
Bootstrap: .000
Total: .356

APÉNDICE E

ANÁLISIS SECUNDARIOS

Prevalencia de sintomatología depresiva

Estadísticos

SD Sintomatología Depresiva

N	Válidos	560
	Perdidos	0
Media		.8811
Desv. típ.		.62623

Gen 1. Género **Estadísticos**

N	Válidos	92
	Perdidos	0
Media		1.64
Desv. típ.		.482

Gen 1. Género

	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Válidos	1 Masculino	33	35.9	35.9
	2 Femenino	59	64.1	100.0
	Total	92	100.0	100.0

Relaciones significativas existentes entre la **religiosidad** con las variables sociodemográficas: género, situación laboral, familia, preparación académica de la madre y el padre.

Estadísticos de grupo

	Gen 1. Género	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Rel Religiosidad	1 Masculino	306	2.6866	.97479	.05573
	2 Femenino	254	2.9740	.89476	.05614
RI Religiosidad intrínseca	1 Masculino	306	2.7622	1.10591	.06322
	2 Femenino	254	3.0913	1.08289	.06795
REP Religiosidad extrínseca personal	1 Masculino	306	3.2042	1.25861	.07195
	2 Femenino	254	3.6115	1.18094	.07410
RES Religiosidad extrínseca social	1 Masculino	306	2.0196	.99680	.05698
	2 Femenino	254	2.1168	.97977	.06148

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias			
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias
Rel Religiosidad	Se han asumido varianzas iguales	4.276	.039				-.28742
	No se han asumido varianzas iguales			-3.634	552.356	.000	-.28742
RI Religiosidad intrínseca	Se han asumido varianzas iguales	.781	.377	-3.539	558	.000	-.32914
	No se han asumido varianzas iguales			-3.546	543.058	.000	-.32914
REP Religiosidad extrínseca personal	Se han asumido varianzas iguales	2.608	.107	-3.920	558	.000	-.40730
	No se han asumido varianzas iguales			-3.944	549.664	.000	-.40730
RES Religiosidad extrínseca social	Se han asumido varianzas iguales	.117	.732	-1.158	558	.248	-.09719
	No se han asumido varianzas iguales			-1.159	542.384	.247	-.09719

Prueba t

Estadísticos de grupo

SitLab 3. Situación laboral		N	Media	Desviación típ.
Rel Religiosidad	1 Sí	277	2.9356	.97486
	2 No	283	2.7008	.91056
RI Religiosidad intrínseca	1 Sí	277	3.0854	1.15684
	2 No	283	2.7412	1.02934
REP Religiosidad extrínseca personal	1 Sí	277	3.4705	1.24578
	2 No	283	3.3092	1.23056
RES Religiosidad extrínseca social	1 Sí	277	2.1107	.96558
	2 No	283	2.0177	1.01179

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias			
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias
Rel Religiosidad	Se han asumido varianzas iguales	1.540	.215				.23487
	No se han asumido varianzas iguales			2.945	553.562	.003	.23487
RI Religiosidad intrínseca	Se han asumido varianzas iguales	5.275	.022	3.722	558	.000	.34421
	No se han asumido varianzas iguales			3.717	547.636	.000	.34421
REP Religiosidad extrínseca personal	Se han asumido varianzas iguales	.102	.750	1.542	558	.124	.16133
	No se han asumido varianzas iguales			1.541	557.365	.124	.16133
RES Religiosidad extrínseca social	Se han asumido varianzas iguales	.359	.549	1.113	558	.266	.09304
	No se han asumido varianzas iguales			1.113	557.644	.266	.09304

Prueba t

Estadísticos de grupo

	Familia 4. Familia: Vives con	N	Media	Desviación típ.
Rel Religiosidad	1 Ambos padres	404	2.8180	.94979
	2 Solo madre	96	2.7463	.89141
RI Religiosidad intrínseca	1 Ambos padres	404	2.9145	1.11613
	2 Solo madre	96	2.8049	1.01142
REP Religiosidad extrínseca personal	1 Ambos padres	404	3.4125	1.24053
	2 Solo madre	96	3.3108	1.20904
RES Religiosidad extrínseca social	1 Ambos padres	404	2.0396	.97399
	2 Solo madre	96	2.0729	1.01820

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias			
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias
Rel Religiosidad	Se han asumido varianzas iguales	.960	.328				.07166
	No se han asumido varianzas iguales			.699	150.587	.486	.07166
RI Religiosidad intrínseca	Se han asumido varianzas iguales	3.038	.082	.880	498	.379	.10966
	No se han asumido varianzas iguales			.936	154.879	.351	.10966
REP Religiosidad extrínseca personal	Se han asumido varianzas iguales	.000	.996	.726	498	.468	.10178
	No se han asumido varianzas iguales			.738	146.319	.462	.10178
RES Religiosidad extrínseca social	Se han asumido varianzas iguales	.336	.563	-.299	498	.765	-.03331
	No se han asumido varianzas iguales			-.291	139.253	.772	-.03331

Prueba de homogeneidad de varianzas

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
Rel Religiosidad	6.316	4	555	.000
RI Religiosidad intrínseca	2.986	4	555	.019
REP Religiosidad extrínseca personal	4.147	4	555	.003

ANOVA de un factor Descriptivos

		N	Media	Desviación típica	Error típico
Rel Religiosidad	1 Católica	351	2.7068	.88603	.04729
	2 Evangélica	20	3.1871	.58376	.13053
	3 Adventista	112	3.4206	.71843	.06789
	4 Otra	29	3.0199	1.16242	.21586
	5 Ninguna	48	1.9368	.93717	.13527
	Total	560	2.8169	.94937	.04012
RI Religiosidad intrínseca	1 Católica	351	2.7402	.98531	.05259
	2 Evangélica	20	3.4500	.86872	.19425
	3 Adventista	112	3.6839	.95915	.09063
	4 Otra	29	3.1966	1.34979	.25065
	5 Ninguna	48	1.9653	1.02334	.14771
	Total	560	2.9115	1.10677	.04677
REP Religiosidad extrínseca personal	1 Católica	351	3.3248	1.20413	.06427
	2 Evangélica	20	3.7833	.91303	.20416
	3 Adventista	112	3.9851	.96213	.09091
	4 Otra	29	3.4483	1.33118	.24719
	5 Ninguna	48	2.2674	1.29225	.18652
	Total	560	3.3890	1.23964	.05238

ANOVA de un factor

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Rel Religiosidad	Inter-grupos	86.186	4	21.547	28.633	.000
	Intra-grupos	417.647	555	.753		
	Total	503.833	559			
RI Religiosidad intrínseca	Inter-grupos	128.260	4	32.065	31.980	.000
	Intra-grupos	556.481	555	1.003		
	Total	684.741	559			
REP Religiosidad extrínseca personal	Inter-grupos	104.847	4	26.212	19.289	.000
	Intra-grupos	754.169	555	1.359		
	Total	859.015	559			

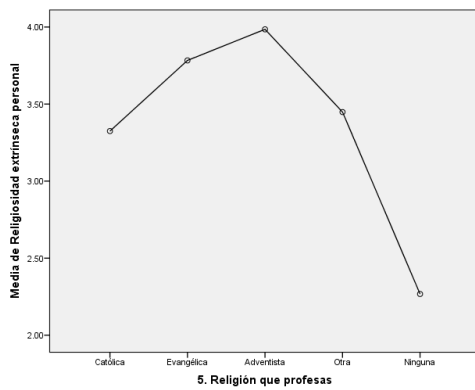
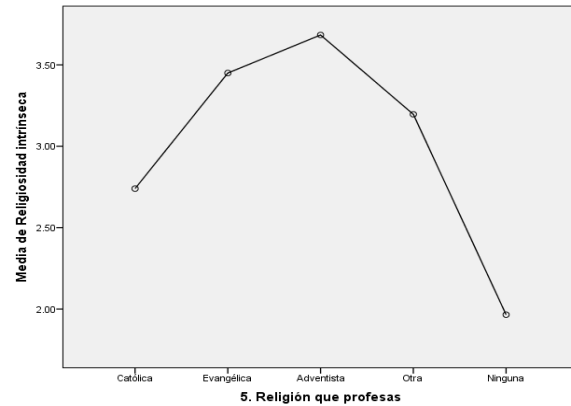
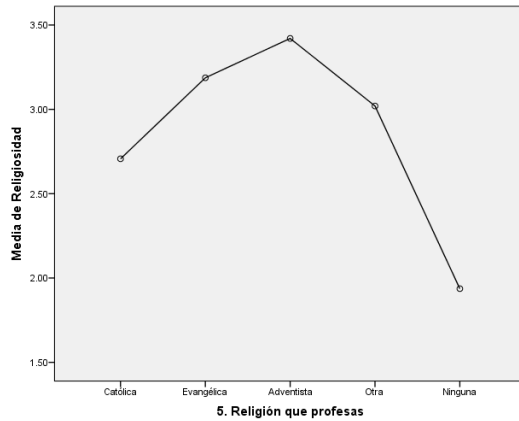
Pruebas post hoc

Comparaciones múltiples

Games-Howell

Variable dependiente	(I) Religión 5. Religión que profesas	(J) Religión 5. Religión que profesas	Diferencia de medias (I-J)
Rel Religiosidad	1 Católica	2 Evangélica	-.48028*
		3 Adventista	-.71375*
		4 Otra	-.31301
		5 Ninguna	.77006*
		1 Católica	.48028*
	2 Evangélica	3 Adventista	-.23347
		4 Otra	.16727
		5 Ninguna	1.25034*
		1 Católica	.71375*
		2 Evangélica	.23347
	3 Adventista	4 Otra	.40074
		5 Ninguna	1.48381*
		1 Católica	.31301
		2 Evangélica	-.16727
		3 Adventista	-.40074
	4 Otra	5 Ninguna	1.08308*
		1 Católica	-.77006*
		2 Evangélica	-1.25034*
		3 Adventista	-1.48381*
		4 Otra	-1.08308*
5 Ninguna	2 Evangélica	-.70983*	
	3 Adventista	-.94376*	
	4 Otra	-.45638	
	5 Ninguna	.77489*	
	1 Católica	.70983*	
RI Religiosidad intrínseca	2 Evangélica	3 Adventista	-.23393
		4 Otra	.25345
		5 Ninguna	1.48472*
	3 Adventista	1 Católica	.94376*
		2 Evangélica	.23393

Gráfico de las medias



ANOVA de un factor

Descriptivos

RES Religiosidad extrínseca social

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
1 Católica	351	2.0237	.99614	.05317	1.9192	2.1283
2 Evangélica	20	2.0833	.97857	.21882	1.6253	2.5413
3 Adventista	112	2.3363	.88191	.08333	2.1712	2.5014
4 Otra	29	2.2299	1.16191	.21576	1.7879	2.6719
5 Ninguna	48	1.6111	.90005	.12991	1.3498	1.8725
Total	560	2.0637	.98941	.04181	1.9816	2.1458

Prueba de homogeneidad de varianzas

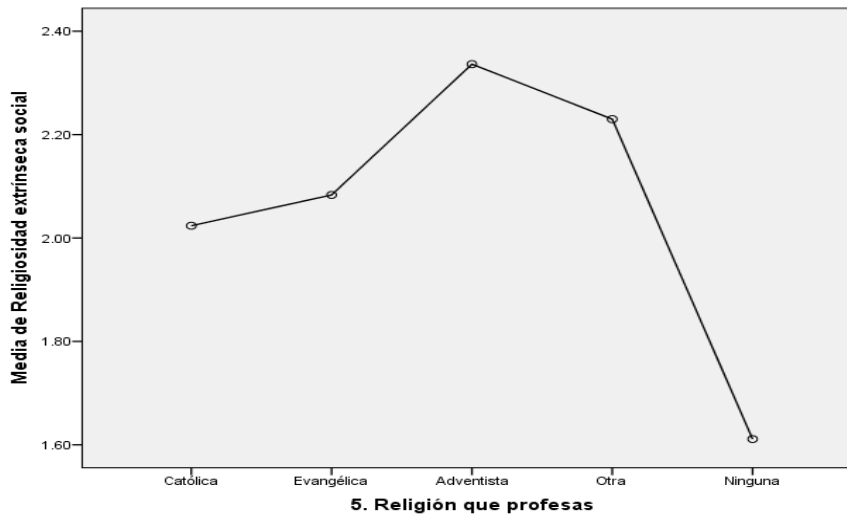
RES Religiosidad extrínseca social				
Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.	
2.277	4	555	.060	

ANOVA de un factor

RES Religiosidad extrínseca social

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	19.525	4	4.881	5.134	.000
Intra-grupos	527.704	555	.951		
Total	547.228	559			

Gráfico de las medias



Pruebas post hoc

Comparaciones múltiples

Variable dependiente: RES Religiosidad extrínseca social HSD de Tukey

(I) Religión 5. Religión que profesas	(J) Religión 5. Religión que profesas	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
	2 Evangélica	-.05959	.22416	.999
1 Católica	3 Adventista	-.31257*	.10582	.027
	4 Otra	-.20614	.18840	.810
	5 Ninguna	.41263*	.15006	.048
2 Evangélica	1 Católica	.05959	.22416	.999
	3 Adventista	-.25298	.23671	.823
	4 Otra	-.14655	.28342	.986
	5 Ninguna	.47222	.25952	.363
3 Adventista	1 Católica	.31257*	.10582	.027
	2 Evangélica	.25298	.23671	.823
	4 Otra	.10642	.20317	.985
	5 Ninguna	.72520*	.16822	.000
4 Otra	1 Católica	.20614	.18840	.810
	2 Evangélica	.14655	.28342	.986
	3 Adventista	-.10642	.20317	.985
	5 Ninguna	.61877	.22934	.055
5 Ninguna	1 Católica	-.41263*	.15006	.048
	2 Evangélica	-.47222	.25952	.363
	3 Adventista	-.72520*	.16822	.000
	4 Otra	-.61877	.22934	.055

ANOVA de un factor

Descriptivos

		N	Media	Desviación típica	Error típico
REP Religiosidad extrínseca personal	1 Ninguna	15	3.0444	1.20756	.31179
	2 Primaria	88	3.3068	1.29566	.13812
	3 Secundaria	229	3.2562	1.31507	.08690
	4 Preparatoria/Técnica	117	3.3689	1.20857	.11173
	5 Universidad	111	3.7958	.97226	.09228
	Total	560	3.3890	1.23964	.05238
Rel Religiosidad	1 Ninguna	15	2.5611	.81739	.21105
	2 Primaria	88	2.7674	1.01346	.10804
	3 Secundaria	229	2.6984	.98079	.06481
	4 Preparatoria/Técnica	117	2.8041	.93042	.08602
	5 Universidad	111	3.1489	.79037	.07502

Total	560	2.8169	.94937	.04012
Prueba de homogeneidad de varianzas				
	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
REP Religiosidad extrínseca personal	5.046	4	555	.001
Rel Religiosidad	3.794	4	555	.005

ANOVA de un factor

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
REP Religiosidad extrínseca personal	Inter-grupos	24.830	4	6.208	4.130	.003
	Intra-grupos	834.185	555	1.503		
	Total	859.015	559			
Rel Religiosidad	Inter-grupos	16.661	4	4.165	4.745	.001
	Intra-grupos	487.172	555	.878		
	Total	503.833	559			

Pruebas post hoc

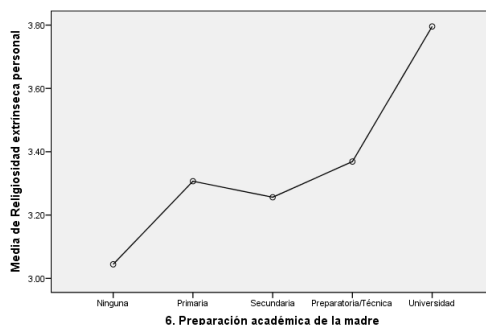
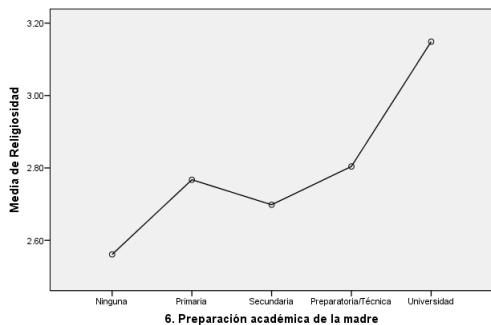
Comparaciones múltiples

Games-Howell

Variable dependiente	(I) NivAcaM 6. Preparación académica de la madre	(J) NivAcaM 6. Preparación académica de la madre	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
REP Religiosidad extrínseca personal	1 Ninguna	2 Primaria	-.26237	.34101	.936
		3 Secundaria	-.21174	.32367	.963
		4 Prepa/Técnica	-.32450	.33121	.861
		5 Universidad	-.75135	.32516	.190
		1 Ninguna	.26237	.34101	.936
	2 Primaria	3 Secundaria	.05063	.16318	.998
		4 Prepa/Técnica	-.06213	.17765	.997
		5 Universidad	-.48898*	.16611*	.030*
	3 Secundaria	1 Ninguna	.21174	.32367	.963
		2 Primaria	-.05063	.16318	.998
		4 Prepa/Técnica	-.11276	.14155	.931
		5 Universidad	-.53961*	.12676*	.000*
		1 Ninguna	.32450	.33121	.861
	4 Preparatoria/Técnica	2 Primaria	.06213	.17765	.997
		3 Secundaria	.11276	.14155	.931
		5 Universidad	-.42685*	.14491*	.029*
	5 Universidad	1 Ninguna	.75135	.32516	.190
		2 Primaria	.48898*	.16611*	.030*

		3 Secundaria	.53961*	.12676*	.000*
		4 Prepa/Técnica	.42685*	.14491*	.029*
	1 Ninguna	2 Primaria	-.20631	.23709	.905
		3 Secundaria	-.13733	.22078	.969
		4 Prepa/Técnica	-.24296	.22790	.821
		5 Universidad	-.58774	.22398	.108
Rel Religiosidad	2 Primaria	1 Ninguna	.20631	.23709	.905
		3 Secundaria	.06898	.12599	.982
		4 Prepa/Técnica	-.03664	.13810	.999
		5 Universidad	-.38143*	.13153*	.034*
	3 Secundaria	1 Ninguna	.13733	.22078	.969
		2 Primaria	-.06898	.12599	.982
		4 Prepa/Técnica	-.10563	.10770	.864
		5 Universidad	-.45041	.09914	.000
	4 Prepa/Técnica	1 Ninguna	.24296	.22790	.821
		2 Primaria	.03664	.13810	.999
		3 Secundaria	.10563	.10770	.864
		5 Universidad	-.34479	.11413	.023
	5 Universidad	1 Ninguna	.58774	.22398	.108
		2 Primaria	.38143*	.13153*	.034*
		3 Secundaria	.45041	.09914	.000
4 Prepa/Técnica		.34479	.11413	.023	

Gráfico de las medias



ANOVA de un factor

Descriptivos

RI Religiosidad intrínseca

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%
					Límite inferior
1 Ninguna	15	2.6333	.80966	.20905	2.1850
2 Primaria	88	2.8860	1.15058	.12265	2.6422
3 Secundaria	229	2.7825	1.13239	.07483	2.6351
4 Preparatoria/Técnica	117	2.8926	1.07886	.09974	2.6950
5 Universidad	111	3.2553	1.02169	.09697	3.0631
Total	560	2.9115	1.10677	.04677	2.8196

Prueba de homogeneidad de varianzas

RI Religiosidad intrínseca

Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
1.533	4	555	.191

ANOVA de un factor

RI Religiosidad intrínseca

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	18.185	4	4.546	3.785	.005
Intra-grupos	666.555	555	1.201		
Total	684.741	559			

Pruebas post hoc

Comparaciones múltiples

Variable dependiente: RI Religiosidad intrínseca HSD de Tukey

(I) NivAcaM 6. Preparación académica de la madre	(J) NivAcaM 6. Preparación académica de la madre	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
1 Ninguna	2 Primaria	-.25265	.30613	.923
	3 Secundaria	-.14920	.29208	.986
	4 Preparatoria/Técnica	-.25926	.30055	.910
	5 Universidad	-.62192	.30147	.238
2 Primaria	1 Ninguna	.25265	.30613	.923
	3 Secundaria	.10345	.13745	.944
	4 Preparatoria/Técnica	-.00661	.15464	1.000
	5 Universidad	-.36927	.15642	.128
3 Secundaria	1 Ninguna	.14920	.29208	.986
	2 Primaria	-.10345	.13745	.944
	4 Preparatoria/Técnica	-.11006	.12454	.903
	5 Universidad	-.47272*	.12675	.002
4 Preparatoria/Técnica	1 Ninguna	.25926	.30055	.910
	2 Primaria	.00661	.15464	1.000
	3 Secundaria	.11006	.12454	.903
	5 Universidad	-.36266	.14521	.093
5 Universidad	1 Ninguna	.62192	.30147	.238
	2 Primaria	.36927	.15642	.128
	3 Secundaria	.47272*	.12675	.002
	4 Preparatoria/Técnica	.36266	.14521	.093

ANOVA de un factor

Descriptivos

		N	Media	Desviación típica	Error típico
REP Religiosidad extrín-seca personal	1 Ninguna	28	3.1310	1.30001	.24568
	2 Primaria	110	3.2894	1.31149	.12505
	3 Secundaria	182	3.3223	1.28212	.09504
	4 Preparatoria/Técnica	117	3.2692	1.28278	.11859
	5 Universidad	123	3.7493	.97542	.08795
	Total	560	3.3890	1.23964	.05238
Rel Religiosidad	1 Ninguna	28	2.6494	.95917	.18127
	2 Primaria	110	2.7665	.98006	.09345
	3 Secundaria	182	2.7289	.96717	.07169
	4 Preparatoria/Técnica	117	2.7045	1.00430	.09285
	5 Universidad	123	3.1375	.76494	.06897
	Total	560	2.8169	.94937	.04012

Prueba de homogeneidad de varianzas

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
REP Religiosidad extrín-seca personal	4.776	4	555	.001
Rel Religiosidad	4.897	4	555	.001

ANOVA de un factor

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
REP Religiosidad extrín-seca personal	Inter-grupos	21.412	4	5.353	3.547	.007
	Intra-grupos	837.603	555	1.509		
	Total	859.015	559			
Rel Religiosidad	Inter-grupos	16.599	4	4.150	4.727	.001
	Intra-grupos	487.234	555	.878		
	Total	503.833	559			

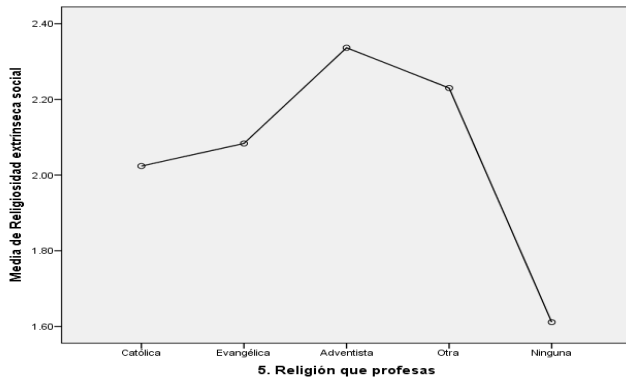
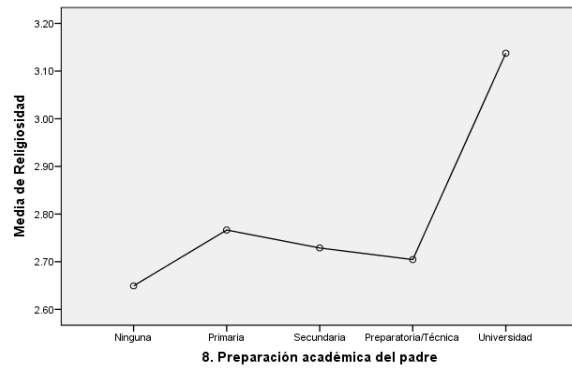
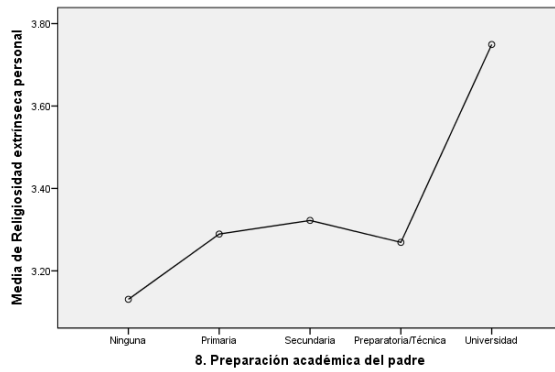


Gráfico de las medias



Pruebas post hoc

Comparaciones múltiples

Games-Howell

Variable dependiente	(I) NivAcaP 8. Preparación académica del padre	(J) NivAcaP 8. Preparación académica del padre	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
REP Religiosidad extrínseca personal	1 Ninguna	2 Primaria	-.15844		
		3 Secundaria	-.19139		
		4 Prepa/Técnica	-.13828		
		5 Universidad	-.61837		
		1 Ninguna	.15844		
	2 Primaria	3 Secundaria	-.03295		
		4 Prepa/Técnica	.02016		
		5 Universidad	-.45993*		

		1 Ninguna	.19139
		2 Primaria	.03295
	3 Secundaria	4 Prepa/Técnica	.05311
		5 Universidad	-.42698*
		1 Ninguna	.13828
	4 Prepa/Técnica	2 Primaria	-.02016
		3 Secundaria	-.05311
		5 Universidad	-.48009*
		1 Ninguna	.61837
	5 Universidad	2 Primaria	.45993*
		3 Secundaria	.42698*
		4 Prepa/Técnica	.48009*
		2 Primaria	-.11711
	1 Ninguna	3 Secundaria	-.07952
		4 Prepa/Técnica	-.05516
		5 Universidad	-.48818
Rel Religiosidad		1 Ninguna	.11711
	2 Primaria	3 Secundaria	.03759
		4 Prepa/Técnica	.06195
		5 Universidad	-.37107*
	3 Secundaria	1 Ninguna	.07952
		2 Primaria	-.03759

ANOVA de un factor

Prueba de homogeneidad de varianzas

RI Religiosidad intrínseca

Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
1.481	4	555	.206

ANOVA de un factor

RI Religiosidad intrínseca

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	20.936	4	5.234	4.376	.002
Intra-grupos	663.804	555	1.196		
Total	684.741	559			

Pruebas post hoc

Comparaciones múltiples

Variable dependiente: RI Religiosidad intrínseca HSD de Tukey

(I) NivAcaP 8. Preparación académica del padre	(J) NivAcaP 8. Preparación académica del padre	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
1 Ninguna	2 Primaria	-.10273	.23149	.992
	3 Secundaria	-.07894	.22201	.997
	4 Preparatoria/Técnica	-.06524	.23008	.999
	5 Universidad	-.54038	.22900	.128
2 Primaria	1 Ninguna	.10273	.23149	.992
	3 Secundaria	.02379	.13208	1.000
	4 Preparatoria/Técnica	.03749	.14524	.999
	5 Universidad	-.43765*	.14352	.020
3 Secundaria	1 Ninguna	.07894	.22201	.997
	2 Primaria	-.02379	.13208	1.000
	4 Preparatoria/Técnica	.01370	.12959	1.000
	5 Universidad	-.46144*	.12765	.003
4 Preparatoria/Técnica	1 Ninguna	.06524	.23008	.999
	2 Primaria	-.03749	.14524	.999
	3 Secundaria	-.01370	.12959	1.000
	5 Universidad	-.47514*	.14123	.007
5 Universidad	1 Ninguna	.54038	.22900	.128
	2 Primaria	.43765*	.14352	.020
	3 Secundaria	.46144*	.12765	.003
	4 Preparatoria/Técnica	.47514*	.14123	.007

*. La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

Prueba T

Estadísticos de grupo

	Gen 1. Género	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
comunicm comM	1 Masculino	306	3.8088	.54437	.03112
	2 Femenino	254	3.6834	.71963	.04515

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias		
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
comunicm comM	Se han asumido varianzas iguales	31.913	.000	2.346	558	.019
	No se han asumido varianzas iguales			2.287	463.650	.023

Prueba t

Estadísticos de grupo

	Gen 1. Género	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
comunicP comP	1 Masculino	306	3.5903	.65342	.03735
	2 Femenino	254	3.3967	.70881	.04447

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias		
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
comunicP comP	Se han asumido varianzas iguales	.908	.341	3.359	558	.001
	No se han asumido varianzas iguales			3.334	520.845	.001

ANOVA de un factor

	N	Media	Desviación típica	Error típico
1 Ninguna	15	3.6593	.48000	.12394
2 Primaria	88	3.8808	.54636	.05824
3 Secundaria	229	3.7732	.59639	.03941
4 Prepa/Técnica	117	3.7737	.64620	.05974
5 Universidad	111	3.5954	.74094	.07033
Total	560	3.7519	.63244	.02673

Prueba de homogeneidad de varianzas

comunicm comM

Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
4.080	4	555	.003

ANOVA

comunicm comM

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	4.468	4	1.117	2.829	.024
Intra-grupos	219.118	555	.395		
Total	223.586	559			

Pruebas post hoc

(I) NivAcaM 6. Preparación académica de la madre	(J) NivAcaM 6. Preparación académica de la madre	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
1 Ninguna	2 Primaria	-.22146	.13694	.504
	3 Secundaria	-.11383	.13005	.902
	4 Preparatoria/Técnica	-.11436	.13758	.918
	5 Universidad	.06392	.14250	.991

2 Primaria	1 Ninguna	.22146	.13694	.504
	3 Secundaria	.10763	.07032	.544
	4 Preparatoria/Técnica	.10710	.08343	.702
	5 Universidad	.28538*	.09131	.017
3 Secundaria	1 Ninguna	.11383	.13005	.902
	2 Primaria	-.10763	.07032	.544
	4 Preparatoria/Técnica	-.00053	.07157	1.000
	5 Universidad	.17775	.08062	.183
4 Preparatoria/Técnica	1 Ninguna	.11436	.13758	.918
	2 Primaria	-.10710	.08343	.702
	3 Secundaria	.00053	.07157	1.000
	5 Universidad	.17828	.09228	.304
5 Universidad	1 Ninguna	-.06392	.14250	.991
	2 Primaria	-.28538*	.09131	.017
	3 Secundaria	-.17775	.08062	.183
	4 Preparatoria/Técnica	-.17828	.09228	.304

ANOVA de un factor

	N	Media	Desviación típica	Error típico
1 Ninguna	15	3.2555	.92172	.23799
2 Primaria	88	3.6543	.65107	.06940
3 Secundaria	229	3.5143	.63510	.04197
4 Prepa/Técnica	117	3.4434	.72540	.06706
5 Universidad	111	3.4533	.72053	.06839
Total	560	3.5025	.68531	.02896

Prueba de homogeneidad de varianzas

comunicP comP

Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
1.820	4	555	.123

ANOVA

comunicP comP

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	3.653	4	.913	1.958	.100
Intra-grupos	258.882	555	.466		
Total	262.536	559			

Pruebas post hoc

(I) NivAcaM 6. Preparación académica de la madre	(J) NivAcaM 6. Preparación académica de la madre	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
1 Ninguna	2 Primaria	-.39880	.24790	.512
	3 Secundaria	-.25877	.24166	.818
	4 Preparatoria/Técnica	-.18784	.24726	.939
	5 Universidad	-.19776	.24762	.927
2 Primaria	1 Ninguna	.39880	.24790	.512
	3 Secundaria	.14003	.08111	.421
	4 Preparatoria/Técnica	.21097	.09651	.189
	5 Universidad	.20105	.09744	.240
3 Secundaria	1 Ninguna	.25877	.24166	.818
	2 Primaria	-.14003	.08111	.421
	4 Preparatoria/Técnica	.07094	.07911	.898
	5 Universidad	.06102	.08024	.942
4 Preparatoria/Técnica	1 Ninguna	.18784	.24726	.939
	2 Primaria	-.21097	.09651	.189
	3 Secundaria	-.07094	.07911	.898
	5 Universidad	-.00992	.09578	1.000
5 Universidad	1 Ninguna	.19776	.24762	.927
	2 Primaria	-.20105	.09744	.240
	3 Secundaria	-.06102	.08024	.942
	4 Preparatoria/Técnica	.00992	.09578	1.000

ANOVA de un factor

	N	Media	Desviación típica	Error típico
1 Ninguna	15	1.1259	.77309	.19961
2 Primaria	88	.7760	.46886	.04998
3 Secundaria	229	.8407	.56678	.03745
4 Preparatoria/Técnica	117	.9632	.74811	.06916
5 Universidad	111	.9284	.67607	.06417
Total	560	.8811	.62623	.02646

Prueba de homogeneidad de varianzas

SD Sintomatología Depresiva

Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
4.190	4	555	.002

ANOVA

SD Sintomatología Depresiva

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	3.281	4	.820	2.108	.078
Intra-grupos	215.936	555	.389		
Total	219.218	559			

Pruebas post hoc

(I) NivAcaM 6. Preparación académica de la madre	(J) NivAcaM 6. Preparación académica de la madre	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
1 Ninguna	2 Primaria	.34995	.20577	.461
	3 Secundaria	.28518	.20309	.634
	4 Preparatoria/Técnica	.16272	.21125	.936
	5 Universidad	.19755	.20967	.876
2 Primaria	1 Ninguna	-.34995	.20577	.461
	3 Secundaria	-.06477	.06246	.838
	4 Preparatoria/Técnica	-.18723	.08533	.186
	5 Universidad	-.15240	.08134	.335
3 Secundaria	1 Ninguna	-.28518	.20309	.634
	2 Primaria	.06477	.06246	.838
	4 Preparatoria/Técnica	-.12246	.07865	.527
	5 Universidad	-.08764	.07430	.763
4 Preparatoria/Técnica	1 Ninguna	-.16272	.21125	.936
	2 Primaria	.18723	.08533	.186
	3 Secundaria	.12246	.07865	.527
	5 Universidad	.03483	.09435	.996
5 Universidad	1 Ninguna	-.19755	.20967	.876
	2 Primaria	.15240	.08134	.335
	3 Secundaria	.08764	.07430	.763
	4 Preparatoria/Técnica	-.03483	.09435	.996

Estadísticos de grupo Prueba T

	SitLab 3. Situación laboral	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
SD Sintomatología Depresiva	1 Sí	277	.9402	.68071	.04090
	2 No	283	.8233	.56309	.03347

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	Prueba T para la igualdad de medias
--	--	-------------------------------------

		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
SD Sintomatología Depresiva	Se han asumido varianzas iguales	7.505	.006	2.216	558	.027
	No se han asumido varianzas iguales			2.212	534.744	.027

APÉNDICE F

CARTA DE SOLICITUD A DIRECTORES



UNIVERSIDAD DE
MONTEMORELOS

Montemorelos, N.L. 22 de octubre de 2014

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
LIBERTAD 1300 PTE.
67530 MONTEMORELOS
NUEVO LEÓN, MÉXICO
TEL. (826) 263 0900
www.um.edu.mx

Ing. Jesús Tello De los Santos

CIM (CENTRO DE INFORMATICA DE MM)

Montemorelos, NL

Presente.-

Por este medio me permito presentar a la estudiante de Doctorado en Educación Familiar,
Mtra. Aurora Mendoza Orgaz para quien estamos solicitando la autorización para aplicar un instrumento de evaluación que es parte de su tesis de doctorado con el tema: "La comunicación familiar y la religiosidad como factores predictores de la sintomatología depresiva en adolescentes de preparatoria en Montemorelos, N.L., la aplicación será en adolescentes de 15 a 19 años de edad, se aplicará un instrumento que mide las tres escalas a investigar.

Agradezco su atención y apoyo para el desarrollo de esta actividad.

Atentamente,

Dr. Antonio Estrada
Docente de Posgrado

Facultad de Psicología

LISTA DE REFERENCIAS

- Aguilar-Morales, J. E. y Vargas-Mendoza, J. E. (2010). *Comunicación asertiva*. Recuperado de http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=13&ved=0CFkQFjAM&url=http%3A%2F%2Fwww.coductitlan.net%2Fpsicologia_organizacional%2Fcomunicacion_asertiva.pdf&ei=PGb3U_uSEZLeoASkulHADw&usg=AFQjCNH6ZOoGF5kAsLovEKouhJLY6dD9g&bvm=bv.73612305,d.cGU
- Allport, G. W. y Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal Personality Social Psychology*, 5, 432-443.
- American Psychiatric Association. (2012). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association. doi: 10.1176/appi.books.9780890425596
- Araujo-Robles, E. D. (2008). Parents-adolescent communication, styles, and strategies of stress coping in adolescent students from Lima. *Cultura*, 22, 227- 246.
- Arnett, J. J. (2008). *Adolescencia y adultez emergente: un enfoque cultural*. México: Pearson Educación
- Asili, N. y Corolla, I. (2002). Relación entre la percepción de estilos parentales y la depresión, la ansiedad y la soledad. *La Psicología Social en México*, 9, 461-466.
- Ayala, B. M. E. (2013). *Generación net*. Recuperado de www.slideshare.net/elecapo87/generacin-net-y-uso-de-redes-sociales
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E. y Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 32(2), 155-163.
- Bernal, C. y Barbas, A. (2010). Una generación de usuarios de medios digitales. En R. Aparici (coord.). *Conectados en el ciberespacio* (pp.107-132). Madrid: UNED.
- Berryman, J. C. (1994). *Psicología del desarrollo*. México: El Manual Moderno.
- Bhugra, D. y Mastrogianni, A. (2004). Depresión en el mundo global. *La Revista Británica de Psiquiatría*, 184(1),10 -20.

- Bojorquez, L. C. y Salgado, N. (2009). Características psicométricas de la Escala Center for Epidemiological Studies-depression (CES-D), versiones de 20 y 10 reactivos, en mujeres de una zona rural mexicana. *Salud Mental*, 32, 299-307.
- Breslau, N., Schult, L. y Peterson, E. (1995). Sex differences in depression: A role for preexisting anxiety. *Psychiatry Research*, 58(1), 1-12.
- Bromet, E., Andrade L., Hwang, J., Sampson, N., Alonso, J., Girolamo, G.,... Kessler, R. (2011). Cross-national epidemiology of DSMIV major depressive episode. *American Journal BMC medicine*.
- Burak, S. D. (2001). *Adolescencia y juventud en América Latina*. Cartago, Costa Rica: Libro Universitario Regional.
- Buzdar, M. A., Ali, A. y Nadeem, M. (2014). Relationship between religiosity and psychological symptoms in female university students. *Journal of Religion and Health*. doi:10.1007/s10943-014-9941-0 .
- Cajigas-Segredo, N., Kahan, E., Luzardo, M. y Ugo, M. C. (2010). Depresión en estudiantes de enseñanza media pública, severidad, género y edad. *Ciencias Psicológicas*; 4(2), 149-163.
- Calvete, E. (2005). Gender and cognitive vulnerability to depression: Role of the automatic thoughts. *Ansiedad y Estrés*, 11(2/3), 203-214.
- Calleja, N. (2011). *Inventario de escalas psicosociales en México 1984-2005*. México: UNAM.
- Cárdenas, G. P. (2002). Diferencias en adolescentes con y sin intento de suicidio en la relación emocional con sus padres. *La Psicología Social en México*, 9, 541-545.
- Cava, M. J., Murgui, S. y Musitu, G. (2008). Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media. *Psicothema*, 20(3), 389-395.
- Censo de la juventud. (2010). Recuperado de http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=17&ved=0CFgQFjGOAo&url=http%3A%2F%2Fcendoc.imjuventud.gob.mx%2Fsin_registro%2FPresentcion%2FEncuesta_Nacional_de_Juventud2010_Resultados_Generales_18nov11.pdf&ei=mXRUufM5aSqAaltoDYDg&usg=AFQjCNGk5oJVzPTvDaNp7kAgwwd9IYGgpQ&sig2=CiYYILbNFkq7rHvV9QSSfA

- Cosmina Zolog, T., Jané-Ballabriga, M. C., Bonillo-Martin, A., Canals-Sans, J., Hernandez-Martinez, C., Romero-Acosta, K. y Domenech-Llaberia, E. (2011). Age, gender and negative life events in anxiety and depression self-reports at preadolescence and early adolescence. *Ansiedad y Estrés*, 17(23), 113-124.
- Costello, E. J., Copeland, W. y Angold, A. (2011). Trends in psychopathology across the adolescent years: What changes when children become adolescents, and when adolescents become adults? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(10), 1015-1025.
- Crespo Comesaña, J. M. (2011). Bases para construir una comunicación positiva en la familia. *Revista de Investigación en Educación*, 9(2), 91-98.
- Crosby, J. M. (2010). *Examination of the relationship between perfectionism and religiosity as mediated by psychological Inflexibility* (Tesis de maestría). Utah State University, Logan, Utah.
- Cuncic, A. (2014). *Types of communication patterns in families. How contributor*. Recuperado de http://www.ehow.com/info_7948054_types-communication-patterns-families.html
- Cupani, M. (2012). Análisis de ecuaciones estructurales: conceptos, etapas de desarrollo y un ejemplo de aplicación. *Revista Tesis*, 1, 186-199.
- Darvyri, P., Galanakis, M., Avgoustidis, A., Vsdekis, S., Artemiadis, A., Tigani, X.,... Darvyri, C. (2014). The spiritual well being scale in Greek population of Attica. *Psychology*, 5, 1575-1582. doi:10.4236/psych.2014.513168
- Davies, P. T. y Windle, M. (1997). Gender specific pathways between maternal depressive symptoms, family discord, and adolescent adjustment. *Developmental Psychology*, 33(4), 657-668. doi:10.1037/0012-1649.33.4.657
- Defleur, M. L., Kearney, P., Plax, T. y Defleur, M. H (2005). *Fundamentos de comunicación humana*. México: McGraw-Hill.
- Encuesta Nacional para la Discriminación en México*. (2010). Recuperado de <http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=7&ved0CkQFjAG&url=http%3A%2F%2Fwww.conapred.org.mx%2Fuserfiles%2Ffiles%2FEnadis-NNyA-Accss.pdf&ei=CnlU5fCAtS98QG8toCgDg&usg=AFQjCNFwapVqrEuX744b6rdKnhdA53Mqw&sig2=BAbMmyrHvLxkivHOqYpHSw>
- Escribá Quijada, R., Maestre Montoya, C., Amores Laserna, P., Pastor Toledo, A., Miralles Marco, E. y Escobar Rabadán, F. (2005). Prevalencia de depresión en adolescentes. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33(5), 298-302.

- Escurra, L. M. y Delgado, A. E. (2012). *Análisis psicométrico de la Escala de Depresión CES-D bajo el modelo de crédito parcial de Rasch*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, San Marcos, Perú. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147125259009> ISSN 1560-6139
- Estévez López, E., Jiménez Gutiérrez, T. y Musitu Ochoa, G. (2007). *Relaciones entre padres e hijos adolescentes*. Valencia, España: Edicions Culturals Valencianes.
- Estévez López, E., Murgui Pérez, S., Moreno Ruiz, D. y Musitu Ochoa, G. (2007). Estilos de comunicación familiar, actitud hacia la autoridad institucional y conducta violenta del adolescente en la escuela. *Psicothema*, 19(1), 108-113.
- Estévez López, E., Musitu Ochoa, G. y Herrero Olaizola, J. (2005). El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. *Salud Mental*, 28(4), 81-89.
- Farlex. (2011). *Diccionario de español en línea*. Recuperado de <http://es.thefreedictionary.com>
- Farlex. (2012). *Medical dictionary for the health professions and nursing*. Recuperado de <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/human+communication>
- Fayard, C. (2006). *Implicancias para la clínica desde la antropología bíblica adventista*. Recuperado de <http://www.depsicoterapias.com/articulo.asp?IdArticulo=230>
- Florenzano, U. R. (2010). Religiosidad y salud mental: ¿amigos o enemigos? *Psiquiatría Universitaria*, 6(2), 221-229.
- Flores, O. R. (2010). Ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. Recuperado de www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/.../18139...
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S. y Muñiz, J. (2011). Prevalence and characteristics of depressive symptomatology in non-clinical adolescents. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(4), 217-225.
- Fulkerson, J. A., Pasch, K. E., Stigler, M. H., Farbakhsh, K., Perry, C. L. y Komro, K. A. (2010). Longitudinal association between family dinner and adolescent perceptions of parent-child communication among racially diverse urban youth. *Journal of Family Psychology*, 24(3), 261-270. doi:10.1037/a0019311.
- Galicia Moyeda, I. X. y Robles Ojeda, F. J. (2009). Factores asociados a la depresión en adolescentes: rendimiento escolar y dinámica familiar. *Anales de Psicología*, 25(2), 227- 240.

- García-Alandete, J. y Bernabé-Valero, G. (2013). Religious orientation and psychological well-being among spanish undergraduates. *Acción Psicológica*, 10(1), 135-148. doi:10.5944/ap.10.1.7040
- García-Méndez, M., Rivera-Aragón, S., Reyes-Lagunes, I. y Díaz-Loving, R. (2006). Construcción de una escala de funcionamiento familiar. *Revista Iberoamericana de Evaluación Psicológica*, 2(22), 91-110.
- Gaviria Arbeláez, S. L. (2009). Why do women get more depressed than men? *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(2), 316-324.
- Gómez-Maquet, Y. (2007). Cognición, emoción y sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(3), 435-447.
- González-Forteza, C. (1996). *Factores protectores y de riesgo de depresión e intentos de suicidio en adolescentes* (Tesis inédita de doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- González-Forteza, C., Jiménez-Tapia J. A., Ramos-Lira, L. y Wagner Echegaray, F. A. (2008). Aplicación de la escala de depresión del Center of Epidemiological Studies en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 50(4), 292-299.
- González-Forteza, C., Solís, C., Jiménez, A. y Hernández, F. I. (2011). Confiabilidad y validez de la escala de depresión CES-D en un censo de estudiantes de nivel medio superior y superior, en la Ciudad de México. *Salud Mental*, 34(1), 53-59.
- González-Forteza, C., Wagner Echegaray, F.A. y Jiménez Tapia, A. (2012). Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en México: análisis bibliométrico. *Salud Mental*, 35(1), 13-20.
- González-González, A., Juárez García, F., Solís Torres, C., González-Forteza, C., Jiménez Tapia, A., Medina-Mora, M. E. y Fernández-Varela Mejía, H. (2012). Depresión y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de bachillerato y licenciatura. *Salud Mental*, 35, 51-55.
- Griffa, M. C. y Moreno, J. E. (1999). *Claves para una psicología del desarrollo*. Buenos Aires: Lugar.
- Hernández, C. M. (2008). *Proceso de comunicación y sus elementos (Página pedagógica)*. Universidad Nacional Experimental Simón Rodríguez, Altigracia de Orituco, Venezuela

- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ª ed.). México: McGraw-Hill/Interamericana.
- Hill- Rice, V. (2012). *Handbook of stress, coping and health: Implications for nursing research*. En C. M. García y P. J. Kemmick (Eds.), *Stress, coping, and adolescent health* (pp. 254–309). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Holdcroft, B. (2006). What is religiosity? *Catholic education: A Journal of Inquiry and Practice*, 10(1), 89-101.
- Horrocks, J. E. (2012). *Psicología de la adolescencia*. México: Trillas.
- Houlberg, B. J., Henry, C. S., Merten, M. J. y Robinson, L. (2011). Adolescents' perceptions of family connectedness, intrinsic religiosity, and depressed mood. *Journal of Child and Family Studies*, 20(1), 111-119. doi:10.1007/s10826-010-9384-5.
- Huerta, W. J. E. y Espinoza, M. R. (2012). *Introducción a los modelos de ecuaciones estructurales con AMOS: aplicaciones con la EMOVI*. México: Centro de Estudios Espinoza Yglesias.
- Hunter, B. D. y Merrill, R. M. (2013). Religious orientation and health among active older adults in the United States. *Journal of Religion and Health*, 52, 851–863. doi:10.1007/ s10943-011-9530-4
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2010). *Censo de población y vivienda*. <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/cpv2010/Default.aspx>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2013). *Estadísticas adolescentes*. Recuperado de <http://www.aztecanoticias.com.mx/notas/finanzas/170372/en-mexico-198-millones-de-ninas-y-adolescentes-inegi>
- James, L. (2012). Spirituality and religión in mental health: A concise review of the evidence. *Psiquiatric Times*, 29(3), 34-38.
- Jiménez Gutiérrez, T. I., Murgui Pérez, S. y Musitu Ochoa, G. (2007). Comunicación familiar y ánimo depresivo en adolescentes españoles: el papel mediador de los recursos psicosociales. *Revista Mexicana de Psicología*, 24(2), 259-271.
- Kait, G. (2008). La adolescencia de la hipermodernidad. *Revista Universitaria de Psicoanálisis*, 8, 27-37.
- Kessler R. C., Bergland, P. y Demler, O. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association*, 289(23), 3095-3110.

- Koenig, H. G. (2002). Religion, congestive heart failure and chronic pulmonary disease. *Journal of Religion and Health*, 41, 263-278.
- Koenig, H. G. (2008). *Religion, spirituality and health: Research and clinical applications*. Recuperado de http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCQQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.nacsw.org%2FPublications%2FProceedings2008%2FKoenigHReligion.pdf&ei=vEusUH5F9KjyASpr4HgDA&usg=AFQjCNGmwVSb8Ks7Xc4IY3x7uZ4hp82T_g
- Koenig, H. G., King, D. E. y Carson, V. B. (2012). *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press.
- Koenig, H. G., McCullough, M. E. y Larson, D. B. (2001). *Handbook of religion and health: A century of research reviewed*. New York: Oxford University Press.
- Kuyel, N., Cesur, S. y Ellison, C. G. (2012). Religious orientation and mental health: A study with turkish university students. *Psychological Reports*, 110(2), 535-546. doi:10.2466/02.09.PR0.110.2.535-546
- Lake, J. (2012). Spirituality and religion in mental health: A concise review of the evidence. *Psychiatric Times*, 29(3), 34-38.
- Larocca, F. (2014). *Las teorías de Erik H. Erikson y sus aplicaciones en la terapia: la primera etapa*. Recuperado de http://www.researchgate.net/publication/264237840_Las_teoras_de_Erik_H._Erikson_y_sus_aplicaciones_en_la_terapia_La_Primer_Etapa
- Larson, R. W. y Richards, M. (1994). *Divergent realities: The emotional lives of mothers, fathers, and adolescents*. New York: Basic Books.
- Levin, J. (2010). Religion and mental health: Theory and research. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 7(2), 102-115. doi:10.1002/aps.240
- Leyva, R., Hernández, A. M., Nava, G. y López, V. (2007). Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(3), 225-232.
- Liu, Y. L. (2003). Parent-child interaction and children's depression: The relationship between parent-child interaction and children's depressive symptoms in Taiwan. *Journal of Adolescence*, 26, 447-457.
- López-Ibor J. J. y Valdés, M. (2008). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSMÍV-TR*. Madrid: Elsevier.

- Lozano Martínez, S., Estévez, S. y Carballo, J. L. (2013). Factores individuales y familiares de riesgo en casos de violencia filio-parental. *Documentos de Trabajo Social*, 52, 239–254.
- Luna Bernal, A. C., Laca Arocena, F. A. y Cedillo Navarro, L. I. (2012). Decision-making, conflict communication styles, and family communication in high-school adolescents. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 17(2), 295-311.
- Maldonado, W. H. (2009). *Manual de comunicación oral*. México: Pearson Educación.
- Maltby, J. (2002). The age universal I-E Scale-12 and orientation toward religion: Confirmatory factor analysis. *The Journal of Psychology*, 136(5), 555-560.
- Maltby, J., Lewis, C. A., Freeman, A., Day, L., Cruise, S. M. y Breslin, M. J. (2010). Religion and health: The application of a cognitive-behavioral framework. *Mental Health, Religion and Culture*, 13(7–8), 749 -759.
- Martínez-Otero, V. (2007). Sintomatología depresiva en adolescentes: estudio de una muestra de alumnos de la zona sur de Madrid capital. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 3, 224-237.
- Martínez- Otero, V. (2010). Sintomatología depresiva en universitarios: estudio de una muestra de alumnos de pedagogía. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 13(4), 1-18.
- Masters, K. S. (Gelmann, M. y Turner, JR. Ed.). (2013). *Encyclopedia of behavioral medicine*. New York: Springer.
- Meece, J. L. (2004). *Desarrollo del niño y del adolescente*. México: Mc Graw-Hill Interamericana.
- Medina, M. M. E. (2010). *Encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón De La Fuente. WMHS – OMS. México.
- Milevsky, A. y Levitt, M. J. (2004). Intrinsic and extrinsic religiosity in preadolescence and adolescence: Effect on Psychological Well-being. *Mental Health, Religion and Culture*, 7, 307-321.
- Mora Rojas, A. I. (2011). *Los cuatro factores clave de Virginia Satir*. Recuperado de <http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ts.ucr.ac.cr%2Fbinarios%2Fdocente%2Fpd000155.pdf&ei=4PP9U9XmGanziwLlplAI&usg=AFQjCNEXqVR6QrpCfwXxMy8jPy0Hpd11ZQ&bvm=bv.74035653,d.cGE>
- Moraleda, M. (1999). *Psicología del desarrollo: infancia, adolescencia, madurez y senectud*. México: Alfaomega.

- Morla, R., Saad, E. y Saad, J. (2006). Depresión en adolescentes y desestructuración familiar en Guayaquil, Ecuador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(2), 149-166.
- Nilsen, W. (2012). *Depressive symptoms in adolescence* (Tesis doctoral). University of Oslo, Oslo, Noruega.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Depresión es la primera causa de enfermedad en adolescentes*. Recuperado de <http://mundo/oms-depresion-primeracausa-enfermedad-adolescentes>.
- Organización Panamericana de la Salud. (2005). *Incrementarán notablemente los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: Noticias de información pública*. Recuperado de http://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=576:incrementaran-notablemente-trastornos-mentales-america-latina-caribe&Itemid=488
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2014). *Salud y bienestar de adolescentes y jóvenes: una mirada integral*. Recuperado de <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/publicaciones%20virtuales/libroVirtualAdolescentes/ejesTematicos/AbordajeIntegralConsulta/cap13B.html>
- Osornio-Castillo, L. y Palomino-Garibay, L. (2009). Depresión en estudiantes universitarios. *Archivos en Medicina Familiar*, 11(1), 1-2.
- Palos, A. P., Betancourt, O. D., Vallejo, C. A., Segura, S. B. y Rojas, R. M. (2012). Parental practices and depressive symptoms in adolescent. *Salud Mental*, 35(1), 29-36.
- Papalia, D. E., Duskin, R. y Martorell, G. (2012). *Desarrollo humano* (12ª ed.). México: McGraw-Hill/Interamericana.
- Páramo, M. A. (2011). Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia: análisis de contenido a través de grupos de discusión. *Terapia Psicológica*, 29(1), 85-95.
- Pérez, A., Sandino, C. y Gómez, O. V. (2005). Relación entre depresión y práctica religiosa: un estudio exploratorio. *Suma Psicológica*, 12(1), 77-86.
- Piqueras Rodríguez, J. A., Martínez González, A. E., Ramos Linares, V., Rivero Burón, R., García López, L. J. y Oblitas Guadalupe, L. A. (2008). Ansiedad, depresión y salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 43-73.
- Ponce, M., Flores, Y. N., Mudgal Huitrón, J. G., Halley, E., Gallegos, K. y Salmerón, J. (2010). The association between type of confidant and depressive symptomology in a sample of Mexican youth. *Salud Mental*, 33(3), 249-256

- Preacher, K. J. y Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40 (3), 879-891. doi:10.3758/BRM.40.3.879
- Prensky, M. (2001). Digital natives, digital immigrants. Part 1. *On the Horizon (MCB)*. University Press, 9(5), 1-6.
- Quiceno, J. M. y Vinaccia, S. (2009). La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 5(2), 321-336.
- Radloff, L. (1977). The CES-D Scale a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Repetti, R. L., Taylor, S. E. y Seeman, T. E. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128(2), 330-366. doi:10.1037/0033-2909.128.2.330.
- Reyes, M., Soto A., Milla, J., García-Vázquez, A., Hubard, L., Mendoza, H., ... Wagner, F. (2003). Actualización de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). Estudio piloto en una muestra geriátrica mexicana. *Salud Mental*, 26(1), 59-68.
- Rivero, N. y Martínez, P. A. (2010). Adaptación cultural del instrumento "Patrones de Comunicación Familiar-R". *European Journal of Education and Psychology*, 3(1), 141-153.
- Riveros, M., Hernández, H. y Rivera, J. (2007). Niveles de depresión y ansiedad en universitarios de Lima metropolitana. *Revista de Investigación Psicológica*, 10(1), 1-12.
- Rizo García, M. (2011). Reseña de "Teoría de la comunicación humana" de Paul Watzlawick. *Razón y Palabra*, 16(75), 1-14.
- Rodríguez, M. E. R. y Domínguez, C. A. (2003). La percepción de las relaciones familiares por parte de los adolescentes. *Revista Gallego-portuguesa de Psicología e Educación*, 9, 375-385.
- Rodríguez García, J. y Batista de los Ríos, D. (2012). *Acercamiento teórico de las deficiencias de la comunicación familiar en adolescentes con manifestaciones agresivas*. Recuperado de www.eumed.net/rev/cccss/20/
- Rosas, M., Yampufé, M., López, M., Carlos, G. y Sotil de Pacheco, A. (2011). Niveles de depresión en estudiantes de Tecnología Médica. *Anales de la Facultad de Medicina*, 72(3), 183-186. doi:10.15381/anales.v72:3.1065

- Rosete Mohedano, M. G. (2006). Salud mental vs rendimiento académico en alumnos de educación superior. *Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 99(1-2), 18-29.
- Rueter, M. A. y Koerner, A. F. (2008). The effect of family communication patterns on adopted adolescent adjustment. *Journal of Marriage Family*, 70(3), 715–727. doi:10.1111/j.1741-3737.2008.00516.x
- Sánchez Aragón, R. y Díaz Loving, R. (2003). Patrones y estilos de comunicación de la pareja: diseño de un inventario. *Anales de Psicología*, 19(2), 257-277.
- Sartorius, N. (1983). *Depressive disorders in different cultures: Report on the WHO Collaborative Study on Standardized Assessment of depressive Disorders*. Geneva: World Health Organization.
- Satir, V. (1991). *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar*. México: Pax.
- Schmidt, V., Maglio, A., Messoulam, N., Molina, M. F. y González, A. (2010). La comunicación del adolescente con sus padres: construcción y validación de una escala desde un enfoque mixto. *Revista Interamericana de Psicología*, 44(2), 299-311.
- Secretaría de Salud. (2011). *Perfil epidemiológico de la población adolescente en México 2010*. Recuperado de http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/inoepid/publicaciones/2011/monografias/P_EPI_DE_LA_POBLACION_ADOLESCENTE_EN_MEXICO_2010.pdf
- Serrano Pereira, M. G. y Flores Galaz, M. M. (2005). Ambiente familiar y sintomatología depresiva en adolescentes de Mérida. *Nueva Época*, 9(17), 31.
- Sierra, P., Livianos Aldana, L. y Rojo Moreno, L. (2008). El papel de la pérdida en la génesis de los trastornos depresivos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37(3), 128-136.
- Simkin, H. y Etchezahar, E. (2013). Las orientaciones religiosas extrínseca e intrínseca: validación de la “Age Universal” I-E Scale en el contexto argentino. *Psykhé*, 22(1), 97-106. doi:10.7764/psykhe.2012.22.05
- Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica DGE.SALUD (2011). *Perfil epidemiológico de la población adolescente en México*. Recuperado de http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/monografias/P_EPI_DE_LA_POBLACION_ADOLESCENTE_EN_MEXICO_2010.pdf
- Sook, P. N., Beom, S. L., Sun, F., Klemmack, D. L., Roff, L. L. y Koenig, H. G. (2013). Typologies of religiousness/spirituality: Implications for health and well-being. *Journal of Religion and Health*, 52, 828–839. doi:10.1007/s10943-011-9520-6

- Sun, Y., Tao, F., Hao, J. y Wan, Y. (2010). The mediating effects of stress and coping on depression among adolescents in China. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(3), 173-180. doi:10.1111/j.1744-6171.2010.00238.x
- Trinidad Olvero, L. (2007). *Estilos de comunicación*. Recuperado de <http://www.slideshare.net/kamil18/estilos-de-comunicacin-169248>
- Vallejo, C. A., Osorno, M. R. y Mazadiego, I. T. (2008). Estilos parentales y sintomatología depresiva en una muestra de adolescentes veracruzanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 13(1), 91-105.
- Veytia López, M., González Arratia, N. I., Andrade Palos, P. y Oudhof, H. (2012). Depression in adolescents: The role of stressful life events. *Salud Mental*, 35(1), 1-8.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M. y Moreno San Pedro, E. (2007). Resiliencia en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 16, 139-146.
- Waldeck, J., Kearney, P. y Plax, T. (2013). *Business and professional communication in a digital age*. Boston: Wadsworth Cengage Learning.
- Weiss, E. L., Longhurst, J. G. y Mazure, C. M. (1999). Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: Psychosocial and neurobiological correlates. *The American Journal of Psychiatry*, 156(6), 816-828.
- Weissman, M. M, Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V., Verdeli, H., Pilowsky, D. J., Grillon, C. y Bruder, G. (2005). Families at high and low risk for depression: A 3-generation study. *Archives of General Psychiatry*, 62(1), 29-36.
- White, E. G. (1982). *Patriarcas y profetas*. Miami, FL: Asociación Publicadora Interamericana.
- White, E. G. (1991). *Mente, carácter y personalidad*. (Vol. II). Buenos Aires: ACES.
- World Health Organization. (1986). *La salud de los jóvenes*. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_731_spa.pdf
- World Health Organization. (2008). *Depression*. Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/es/index.html. Geneva, Switzerland.
- Xiaoja, G. E., Lorenz, F. O., Conger, R. D., Elder, G. H. y Simons, R. L. (1994). Trajectories of stressful life events and depressive symptoms during adolescence. *Developmental Psychology*, 30(4), 467- 483.
- Yeung, W. J. y Chan, Y. (2007). The positive effects of religiousness on mental health in physically vulnerable populations: A review on recent empirical studies and related theories. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 11(2), 37-52.

Yu, S., Clemens, R., Yang, H., Li, X., Stanton, B., Devaux, L., ... Harris, C. (2006). Youth and parental perceptions of parental monitoring and parent-adolescent communication, youth depression, and youth risk behaviors. *Social Behaviour and Personality*, 34, 1297-1310.

CURRICULUM VITAE

AURORA MENDOZA ORGAZ

Dirección electrónica: auroramendoza@um.edu.mx

GRADOS ACADÉMICOS

1. Químico Farmacéutico Biólogo: 1976 – 1980. Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México.
2. Maestría en Ciencia de los Alimentos: 1981 – 1985. Instituto Tecnológico de Veracruz, Veracruz, México.
3. Maestría en Relaciones Familiares: 1998 – 2000. Universidad de Montemorelos, Montemorelos, México.
4. Diplomado en Higiene y Seguridad Alimentaria: 2009. Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España.
5. Diplomado en Docencia. 2011. Universidad de Montemorelos, Montemorelos, México.
6. Doctorado en Educación Familiar: 2012- 2015 (Tesis en proceso). Universidad de Montemorelos, Montemorelos, México.

EXPERIENCIA LABORAL

Docente	1987 – 1994
Coordinador de la carrera de Nutrición	1994 – 1998
Docente	1998 - 2015

MATERIAS IMPARTIDAS

Microbiología y parasitología, Química orgánica, Microbiología de los alimentos, Sanidad alimentaria, Legislación alimentaria, Química de los alimentos, Bioquímica, Tecnología de los alimentos, Farmacología y nutrición, Microbiología, Toxicología de los alimentos, Interacción fármaco nutrimento, Tópicos actuales en nutrición.

RECONOCIMIENTOS

1. Coordinador general del Concurso de desarrollo de nuevos productos, en el congreso de AMMFEN. UM. 2007.
2. Participación en la elaboración de programas en el plan de estudios 2010. UM.
3. Programa de tutoría 2007 – 2009. UM.
4. 20 años de servicio docente. UM. 9 de mayo del 2011.

5. Certificación para pioneros de Misión Global. Asociación General de la IASD, Cuba 2014.
6. Reconocimiento de trayectoria docente por la AMMFEN, Cancún, Q. R. 2015

PUBLICACIONES

Elaboración de los manuales de prácticas de laboratorio para las materias: Bioquímica, Microbiología y parasitología, Microbiología, Química de los alimentos y Toxicología de los alimentos.

ASESOR DE TESIS DE LICENCIATURA

- Laura Farías San Miguel. Relación de la modificación y distribución de hidratos de carbono en una dieta vegetariana sobre índice de masa y porcentaje de grasa corporal, glucosa y perfil de lípidos en mujeres adultas con IMC >25 en Montemorelos, Nuevo León.
- Mirna Patricia Canul Contreras. Ingesta de vitamina A dietética y crecimiento lineal de preescolares del jardín “Ma. Ruth Fernández González” en Montemorelos N. L.