



*Asociación de Psicología de Puerto Rico*

PO Box 363435 San Juan, Puerto Rico 00936-3435

Tel. 787.751.7100 Fax 787.758.6467

[www.asppr.net](http://www.asppr.net) E-mail: [info@asppr.net](mailto:info@asppr.net)

Revista Puertorriqueña de Psicología  
Volumen 10, 1995

## *Depresión y funcionamiento familiar en niños/as y adolescentes puertorriqueños/as*

---

Alejandra Martínez R. y  
Jeannette Rossello<sup>1</sup>  
Universidad de Puerto Rico

### **RESUMEN**

La literatura en torno a la depresión en niños/as y adolescentes es escasa, ya que solo ha sido comenzada a ser estudiada en los últimos años. La sintomatología depresiva infantil es similar a la de los adultos donde se evidencian sentimientos de tristeza, de desesperanza, desesperación y falta de energía, entre otros. Se han identificado varios factores que pueden llevar a una depresión a niños/as y adolescentes, entre los cuales se enfatizan los de funcionamiento y estructura familiar. Estudios indican la existencia de una relación inversa entre sintomatología depresiva y funcionamiento familiar. Se informa además que de un 50% a un 75% de los pacientes deprimidos perciben una marcada disfunción en sus familias (Miller, Keitner, et al., 1992). Es importante señalar que la naturaleza de la relación entre sintomatología depresiva y funcionamiento familiar no es de causa y efecto, sino que es a-lineal. Con el propósito de estudiar esta relación en una población juvenil puertorriqueña, se diseñó esta investigación. Este estudio fue realizado con 265 estudiantes del área metropolitana entre las edades de 9-20 años. La muestra fue seleccionada por disponibilidad. Se utilizaron los siguientes instrumentos: «Children's Depression Inventory» (CDI), «Family Assessment Measure» (FAM), y la Escala de Envolvimiento Emocional y Crítica Familiar

(FEICS). Los resultados obtenidos reflejaron una alta correlación entre sintomatología depresiva y un funcionamiento familiar pobre. Las áreas de comunicación, involucramiento afectivo y cumplimiento de tareas en la familia se identificaron como las variables de mayor valor predictivo de sintomatología depresiva.

---

1 Deseamos expresar nuestro agradecimiento al Dr. Guillermo Bernal y al Dr. Rafael Ramírez por el asesoramiento y respaldo a esta investigación. Parte de esta investigación fue auspiciada por el Fondo Institucional para la Investigación de la Universidad de Puerto Rico.

## Abstract

Depressive symptomatology in children is similar to that of adults in which there are feelings of unhappiness, despair, and lack of energy, among others. Various factors have been identified that can lead to depression in children and adolescents, but the most prominent are family structure and functioning. Several studies indicate the existence of an inverse relationship between depressive symptomatology and family functioning. It has been reported that 50% to 75% of the patients suffering depression perceive strong dysfunction in their families (Miller, Keitner, et al., 1992). It is important to note that the nature of the relationship between depressive symptomatology and family functioning is not one of cause and effect, but a-linear. This investigation was designed to study this relationship in a Puerto Rican youth population. The present study included 265 students between the ages of 9-20 years old. The sample was chosen by availability. The questionnaires used were the following: Children's Depression Inventory (CDI), Family Assessment Measure (FAM), and the Family Emotional Involvement and Criticism Scale (FEICS). A high correlation between depressive symptomatology and low family functioning was found. The areas of communication, affective involvement and task fulfillment were identified as the variables with the higher predictive value of depressive symptomatology.

## Introducción

La depresión en niños/as y adolescentes es un trastorno que ha comenzado a ser estudiado recientemente, ya que anteriormente se creía que sólo estaba presente en la población adulta. Según el estudio de Hughes, Preskorn, Weller, Weller y Hassanein, (1989), se han identificado trastornos depresivos en niños/as de 6 a 12 años, quienes presentan sintomatología similar a los adultos. Algunos de estos síntomas son tristeza, sentimientos de desesperanza, desesperación, falta de energía, pérdida o aumento de apetito, trastornos en el sueño e ideación y/o acción suicida.

En torno a la población de adolescentes, se han identificado varias tendencias depresivas, de las cuales es importante destacar que los varones deprimidos tienden a involucrarse primordialmente en actividades externas como respuesta a su depresión, mientras que las mujeres tienden a enfocarse más en ellas mismas con lo cual aumentan sentimientos de desesperanza ante situaciones (Gjerde, & Block, 1991). Aunque la literatura en torno a la depresión en niños/as y adolescentes es escasa, su importancia radica en que se está comenzando a prestar mayor atención a poblaciones jóvenes y se está aceptando el hecho de que la temprana identificación de un tratamiento de la depresión en esta población puede prevenir episodios recurrentes posteriores en la vida adulta (Miller, Keitner, et al. 1992) o el desarrollo de otras condiciones.

La identificación, prevalencia y magnitud de la depresión en niños/as y adolescentes tiende a ser subestimada debido a los bajos niveles de respuesta a entrevistas y encuestas; es decir que cuando un niño/a o adolescente se encuentra deprimido/a refleja mayor ausentismo y menor motivación para asistir o responder a entrevistas y/o encuestas (Fleming & Offord, 1990).

En Estados Unidos, Kovacs (1989) presenta que en una población infantil existe una prevalencia de 2% a 5% de depresión; y Brooks-Gunn, & Petersen (1991) presentan que en una población de adolescentes existe una prevalencia de 5% de depresión severa, de un 12% a 15% de depresión moderada y de un 20% a 35% de depresión media a moderada. En adición a esto, en el estudio de Worchel, et al. (1987), el cual fue realizado con una muestra de estudiantes de 6 a 18 años; se encontró un 7% de depresión severa, un 21% de depresión moderada y un 72% no demostraron sintomatología depresiva.

Por otro lado en Puerto Rico, el estudio de Rosselló, Guisasola, Ralat, Martínez y Nieves; (1991) informa una alta tasa de depresión en niños/as y adolescentes ya que se encuentra un 28% de depresión leve y un 18% de depresión severa. Los datos epidemiológicos presentados por Bird, Canino, Rubio-Stipec, et al. (1988) estiman una prevalencia de 5.9% de depresión en una población entre las edades de 4 a 16 años.

Entre los múltiples factores que pueden llevar a una depresión a niños/as y adolescentes se destacan los siguientes: depresión en la madre (Goodyer, 1990; Kaslow, Rehm, Pollack, & Siegel, 1990; Phares, & Compas, 1992); separación entre madre e hijo/a (Goodyer, 1990; Lefkowitz, & Tesiny, 1984); divorcio de los padres (Goodyer, 1990; Kaslow, Rehm, Pollack, & Siegel, 1990; Petti, 1983); abuso físico (Kaslow, Rehm, Pollack, & Siegel, 1990; Petti, 1983) y pérdida (muerte) de uno de los padres (Petti, 1983), entre otros.

La existencia de una relación inversa entre sintomatología depresiva y funcionamiento familiar ha recibido apoyo ya que las percepciones del comportamiento del niño/a se asocian con problemas maritales y una conducta negativa de los padres hacia el niño/a (Christensen, Phillips, Glasgow y Johnson 1983). El estudio de Miller, Keitner, et al. (1992) informa que de un 50% a 75% de los pacientes deprimidos perciben una disfunción significativa en su sistema familiar. En estudios que relacionaron variables de depresión y familia,

se llegó a las siguientes conclusiones: si las relaciones familiares de niños/as deprimidos/as son hostiles, punitivas, abusivas, violentas, de coraje y de rechazo, se dará un ambiente familiar disfuncional ya que las familias no serán capaces de manejar o resolver sus conflictos intra-familiares de forma adecuada; si en las familias de niños/as deprimidos/as existe una interacción entre un niño/a inactivo/a, adaptable y temperamentamente alienado/a, y una familia relativamente opresora, la disfunción será bien marcada ya que los/as niños/as tendrán un grado bajo de auto-expresión y uno alto de culpabilidad; finalmente, niños/as y adolescentes que presentan sintomatología depresiva tienden a percibir su ambiente familiar con mayor tensión ya que se ven a sí mismos/as y a sus madres como verbalmente agresivos/as especialmente en episodios de conflictos intra-familiares (Kashani, Burbach, & Rosenberg, 1988; Amanat, & Butler, 1984; Kaslow, Rehm, & Siegel, 1984).

Si bien es cierto que existe una relación entre depresión y funcionamiento familiar, no se puede decir que ésta sea causal ya que ni la depresión causa una disfunción, así como tampoco la disfunción en el sistema familiar causa la depresión en uno de sus miembros (Miller, Keitner, et al., 1992). Byng-Hall, & Whiffen (1982) concuerdan con esta visión a-lineal, ya que reconocen que los cambios en el estado de ánimo se deben estudiar en el contexto del sistema social en el que ocurren. El afecto puede ser tanto causa como efecto ya que el estado de ánimo de un miembro puede afectar el de los demás, así como el de los demás puede afectarle a él/ella.

El enfoque de este estudio es explorar la depresión en niños/as y adolescentes en su relación al ambiente familiar, ya sea funcional o disfuncional en el que viven y se desarrollan. Debido a que esta relación no ha sido estudiada en Puerto Rico con esta población de jóvenes, este estudio tiene como objetivo principal analizar la relación entre depresión y funcionamiento familiar.

## METODO

### Muestra

Este estudio se llevó a cabo con 265 estudiantes entre las edades de 9 a 20 años. Los/as estudiantes fueron seleccionados por disponibilidad de cuarto, sexto, octavo, décimo y cuarto años de escuelas privadas y públicas. El porcentaje de estudiantes de la escuela privada fue de 49% (n=130) y de las escuelas públicas fue de 51% (n=135). La muestra estaba compuesta de 154 (58%) hembras y 111 (42%) varones.

### Instrumentos

Para medir el grado de depresión se utilizó el «Children's Depression Inventory» (CDI) (Kovacs, 1983). Este es un instrumento de auto-informe para medir sintomatología depresiva en niños/as y adolescentes. Está compuesto de 27 reactivos, los cuales se puntúan en una escala que oscila entre 0 y el 2 en dirección de la severidad o intensidad del síntoma; por ende, las puntuaciones finales pueden estar entre 0 y 54. Kovacs (1985) informó un coeficiente de confiabilidad de .86 y estableció que tenía una validez adecuada cuando se comparó con otros instrumentos. Se seleccionó este instrumento ya que puede distinguir entre depresión severa (más de 19 puntos) y depresión leve (entre 12 y 18 puntos). En el estudio de Rosselló, et al. (1991) se realizó una traducción y adaptación de este instrumento a la población puertorriqueña. Se estableció una consistencia interna alta (alfa= .95) y una validez concurrente con la Escala de Depresión para niños/as del Centro para Estudios Epidemiológicos significativamente alta y positiva.

Para medir el nivel de funcionamiento familiar se utilizaron dos instrumentos. La Escala de Envolvimiento Emocional y Crítica Familiar (FEICS) y el «Family Assessment Measure» (FAM). El primer instrumento fue desarrollado por Shields, Franks, Harp, McDaniel, & Campbell (1992) para medir expresión de emociones en

la familia desde la perspectiva de un miembro de la misma. Esta escala es auto-administrable y consiste de 14 reactivos, los cuales se pueden contestar en una escala que oscila entre el 1 y el 5. Estos reactivos están a su vez divididos en 2 sub-escalas: la de Crítica Percibida, la cual comprende los reactivos pares; y la sub-escala de Intensidad de Envolvimiento Emocional, la cual comprende los reactivos impares. Debido a que estas sub-escalas van en direcciones opuestas, este instrumento se codifica sumando cada sub-escala por separado. Según el estudio de Shields, Franks, Harp, McDaniel, & Campbell (1992) este instrumento tiene validez de constructo y de criterio. Los autores obtuvieron un índice de confiabilidad de .82 para la sub-escala de crítica percibida y uno de .74 para la sub-escala de intensidad de involucrimiento emocional.

El segundo instrumento para medir funcionamiento familiar es el Family Assessment Measure (FAM), el cual fue diseñado por Skinner, Steinhauer, y Santa Barbara (1983). El mismo tiene el propósito de medir el funcionamiento familiar a través de índices cuantitativos de fortalezas y debilidades de la familia. Este instrumento es auto-administrable y consta de 50 reactivos divididos en 9 sub-escalas, de las cuales 7 se relacionan a modelos de proceso: cumplimiento de tareas, desempeño de roles, comunicación, expresión afectiva, involucrimiento afectivo, control y valores y normas. En la sub-escala de cumplimiento de tareas se identifican y comparten las tareas asignadas a cada miembro familiar. En la de desempeño de roles, se identifican los roles correspondientes a cada miembro familiar a medida que se desarrolla la familia. La sub-escala de comunicación trabaja con los mensajes directos e indirectos entre los miembros familiares. La sub-escala de expresión afectiva enfatiza la expresión apropiada de afecto dentro de la comunicación. En la sub-escala de involucrimiento afectivo se trabaja con la calidad del involucrimiento familiar en torno a la satisfacción de necesidades de cada miembro. En la sub-escala de control se trabaja con patrones de funcionamiento adaptativo y la flexibilidad de cada

miembro para adaptarse a demandas cambiantes de la familia. La sub-escala de valores y normas trabaja con el sistema de valores de la familia y su consistencia tanto dentro del núcleo familiar como fuera de él. Las últimas dos sub-escalas se relacionan a estilos de respuestas de los/as participantes y no a actitudes familiares en sí, éstas son: deseabilidad social y negación. Este instrumento puede ser completado por miembros de una familia que tengan por lo menos 10 años. La codificación de los resultados se lleva a cabo por medio de una clave que tiene numeraciones del 0 al 3. Una puntuación de 40 o menos indica fortaleza familiar, puntuaciones entre 40 y 60 son promedio, y una puntuación de 60 o más denota debilidad y disturbio familiar. Skinner, Steinhauer, & Santa Barbara (1983) encontraron una consistencia interna alta para este instrumento, ya que para una población adulta se obtuvo un alfa entre .89 y .95; y para una población infantil un alfa entre .86 y .94.

En adición a estos instrumentos, se utilizó una hoja de datos demográficos para tener información acerca de la edad, género, grado escolar, escuela, estatus matrimonial de los padres, zona de residencia, ocupación de los padres o encargados y número de familiares viviendo con el/la participante.

### **Procedimiento**

Se estableció contacto con 5 escuelas del área metropolitana de San Juan; 4 de ellas eran públicas y 1 era privada. Luego de obtener el permiso de las escuelas, maestros/as, padres, y estudiantes, se procedió a administrar los instrumentos a los estudiantes agrupados por grado escolar. Los instrumentos fueron administrados en una sola ocasión y solamente a aquellos/as estudiantes que habían entregado las hojas de consentimiento firmadas por sus padres y por ellos/as mismos/as. Se invitaron a participar a 810 estudiantes, de los cuales 265 firmaron las hojas de consentimiento aceptando participar en el estudio, por lo que la tasa de participación fue de un 33%.

## RESULTADOS

Se evaluó la confiabilidad de los instrumentos a través del índice de consistencia interna Cronbach Alpha, obteniendo índices moderadamente altos para el CDI, para el FECIS y sus sub-escalas, y para el FAM y sus sub-escalas. Para mayor detalle se puede referir al estudio de Martínez (1994).

### Porcientos de los/as participantes con Puntuaciones asociadas a sintomatología depresiva niveles de funcionamiento familiar y expresión emotiva

Para la medida de sintomatología depresiva, los resultados reflejaron un alto porcentaje de depresión leve a moderada (40%) y severa (19%) (véase Tabla 1).

En términos del funcionamiento familiar, se encontró que la gran mayoría de la muestra se encontraba en los niveles de funcionamiento familiar promedio (40%) y disturbio o debilidad familiar (58%) (véase tabla 2).

En cuanto a expresión emotiva, la mayoría de los/as participantes se encontraban en niveles promedio para cada una de las sub-escalas. Para la de Envolvimiento Emocional, el 73% se encontraba en nivel promedio; y para la sub-escala de Crítica Percibida, el 76% estaba en el promedio (vease tabla 3).

Tabla 1

Porcentaje de los/as participantes con puntuaciones asociadas a sintomatología depresiva		
CDI	Numero	Porcentaje
Ausencia de depresión	100	41%
Depresión leve a moderada	99	40%
Depresión severa	47	19%

Tabla 2

Porcentaje de los/as participantes en los niveles de funcionamiento familiar		
FAM	Número	Porcentaje
Fortaleza familiar	3	2%
Funcionamiento promedio	68	40%
Debilidad o disturbio familiar	97	58%

Tabla 3

Porcentaje de los/as participantes en los niveles de intensidad de Envolvimiento Emocional y Crítica Percibida		
FEICS	Número	Porcentaje
Envolvimiento emocional (1)		
Bajo promedio	24	11%
Promedio	152	73%
Sobre promedio	33	16%
Crítica Percibida		
Bajo promedio	29	14%
Promedio	155	76%
Sobre promedio	21	10%

Nota: (1) n= 209

(2) n= 205

### Diferencias en género y edad

Los resultados de las pruebas t realizadas no indicaron la presencia de diferencias significativas en los niveles de depresión, funcionamiento familiar y expresión emotiva por grupos de edad. Sin embargo, para la variable de género se obtuvo una diferencia de  $t = -3.27$ ,  $p < .001$  para la sub-escala de crítica percibida del FEICS, adjudicándole puntuaciones más altas a la población masculina. En general, los resultados sugieren que tanto hembras como varones ya sean pre-adolescentes o adolescentes, no presentan diferencias significativas en promedio. Para sintomatología depresiva presentan un nivel moderado ( $x=13$ ); un alto nivel de disfunción familiar ( $x=63$ ); y niveles promedios de intensidad de involucramiento emocional ( $x=19$ ) y de crítica percibida ( $x=15$ ).

### Correlación entre variables de funcionamiento familiar y sintomatología depresiva

Se realizaron análisis correlacionales para la muestra total y para las variables de género y edad a través del índice de asociación Producto Momento Pearson con cada uno de los instrumentos y sus respectivas sub-escalas.

La correlación entre el CDI y el FAM para la muestra total fue moderada,  $r = .40$ ,  $p < .01$ . Esto implica que mientras mayor sea el índice de depresión, mayor será el índice de disfunción familiar percibido por el/la participante o vice versa. En términos de los dos grupos de edades, la correlación entre el CDI y el FAM para niños/as de 9 a 13 años fue moderada y positiva ( $r = .45$ ,  $p < .01$ ); al igual que para el grupo de jóvenes de 14 a 20 años, la cual fue de  $r = .36$ ,  $p < .01$ . En torno a la variable de género, para la población femenina, la correlación entre depresión y funcionamiento familiar fue moderada ( $r = .43$ ,  $p < .01$ ), al igual que para la población masculina ( $r = .40$ ,  $p < .01$ ).

En términos de las sub-escalas de los instrumentos, para la muestra total, la correlación entre el CDI y la sub-escala de Crítica Percibida del FEICS resultó ser positiva y moderada ( $r = .43$ ,  $p < .01$ ), lo cual significa que mientras más alta sea la puntuación en depresión, mayor

es la crítica percibida por el/la participante y vice versa. La correlación entre el CDI y la subescala de Intensidad de Involucramiento Emocional resultó ser inversa y estadísticamente significativa ( $r = -.29$ ,  $p < .01$ ), lo cual implica que una alta puntuación en depresión se relaciona a un menor involucramiento emocional dentro del sistema familiar. En términos de las variables de género y grupos de edad, las correlaciones por sub-escala resultaron en su mayoría moderadas y significativas. En términos de la variable de edad, para los/as participantes de menos de 13 años, la correlación entre la subescala de Crítica Percibida y el CDI fue moderada ( $r = .42$ ,  $p < .01$ ) al igual que para la sub-escala de Involucramiento Emocional, la cual resultó ser moderada e inversa ( $r = -.53$ ,  $p < .01$ ). Para los/as participantes de más de 14 años, la correlación entre la subescala de Crítica Percibida y el CDI fue moderada ( $r = .43$ ,  $p < .01$ ), y para la sub-escala de Involucramiento Emocional resultó ser inversa y no significativa ( $r = -.20$ ). En cuanto a la variable de género, para la población femenina, la correlación entre la sub-escala de Crítica Percibida y el CDI resultó moderada ( $r = .46$ ,  $p < .01$ ), y para la sub-escala de Involucramiento Emocional resultó ser inversa y moderada ( $r = -.33$ ,  $p < .01$ ). Para la población masculina, la correlación entre la sub-escala de Crítica Percibida fue moderada ( $r = .43$ ,  $p < .01$ ), y para la sub-escala de Involucramiento Emocional resultó ser inversa ( $r = -.24$ ,  $p < .05$ ).

Para las sub-escalas del FAM, los resultados de las correlaciones fueron los siguientes. El FAM tiene nueve subescalas, de las cuales la mayoría correlacionaron moderada y positivamente con el CDI. La correlación de la sub-escala de Cumplimiento de tareas fue de  $r = .35$ ,  $p < .01$ ; la sub-escala de Desempeño de roles obtuvo una correlación con el CDI de  $r = .32$ ,  $p < .01$ ; la de Comunicación un índice de  $r = .36$ ,  $p < .01$ ; la subescala de Expresión afectiva obtuvo una correlación de  $r = .30$ ,  $p < .01$ ; la de Involucramiento afectivo obtuvo un índice de  $r = .39$ ,  $p < .01$ ; la de Control obtuvo una correlación de  $r = .37$ ,  $p < .01$ ; la sub-escala de valores y normas obtuvo una

correlación positiva pero más baja ( $r=.23$ ,  $p<.01$ ); y las últimas dos sub-escalas correlacionaron negativamente con el CDI, a saber: la de deseabilidad social fue baja ( $r=-.19$ ,  $p<.05$ ) y la de negación fue moderada ( $r=-.32$ ,  $p<.01$ ). Estos últimos resultados se pueden deber a que estas dos sub-escalas se relacionan a estilos de respuestas de el/la participante y no a áreas de funcionamiento familiar en sí; por lo tanto, la correlación es inversa; es decir que a menor deseabilidad social y negación, mayor es la sintomatología depresiva presentada por el/la participante.

Para las variables de género y grupos de edades, las correlaciones resultaron ser, en su mayoría, moderadas y positivas, con excepción de las sub-escalas de deseabilidad social y de negación. La tabla 4 resume los hallazgos obtenidos.

Tabla 4

Correlaciones entre la puntuación total del CDI y cada sub-escala del FAM por las variables de género y grupos de edades

Sub-escalas del FAM	CDI			
	género		edad	
	fem	masc	- de 13	+ de 14
cumplimiento de tareas	.44 **	.26 *	.36 **	.34 **
desempeño de roles	.33 **	.32 **	.33 **	.32 **
comunicación	.41 **	.30 **	.39 **	.33 **
expresión afectiva	.33 **	.28 *	.33 **	.26 *
envolvimiento afectivo	.41 **	.37 **	.41 **	.36 **
control	.40 **	.35 **	.38 **	.44 **
valores y normas	.28 **	.17	.28 **	.16
deseabilidad social	-.27 **	-.06	-.23 *	-.13
negación	-.27 **	-.38 **	-.44 **	-.18

\*  $p<.05$ ; \*\*  $p<.01$

#### Funcionamiento Familiar y Depresión

Se evaluó el valor predictivo de variables asociadas al funcionamiento familiar con relación a la puntuación en el instrumento de depresión (vease tabla 5). Para ello se realizaron análisis de regresiones múltiples, siendo la variable predicha la de sintomatología depresiva (CDI) y la variable predictorá las sub-escalas del instrumento de funcionamiento familiar (FAM) en un caso y las sub-escalas del instrumento de expresión emotiva (FEICS) en el otro.

Utilizando la puntuación de las sub-escalas del FAM, se encontró que la correlación múltiple entre todas las sub-escalas y sintomatología depresiva fue de .51. La puntuación de la medida de funcionamiento familiar explica un 26% de la varianza de la puntuación de depresión medida por el CDI. Este resultado sugiere que las sub-escalas del FAM aportan a la predicción de los niveles de depresión de los/as participantes. Sin embargo, sólo la varianza exclusiva de la sub-escala de comunicación resultó estadísticamente significativa. El coeficiente de regresión múltiple obtenido para esta sub-escala fue de .61 con un error típico de .24, lo cual sugiere que un cambio de una unidad en la sub-escala de comunicación está asociado a un cambio promedio de .61 en el CDI, controlando estadísticamente por las demás sub-escalas del FAM.

Utilizando la puntuación de las sub-escalas del FEICS se encontró que la correlación múltiple entre las dos sub-escalas y la puntuación en el CDI fue de .48. La puntuación de la variable de expresión emotiva explica un 23% de la puntuación en el CDI. Este resultado sugiere que las sub-escalas del FEICS aportan a la predicción de los niveles de sintomatología depresiva en los sujetos, aún así cuando la relación entre cada sub-escala y el CDI sea en distinta dirección, ya que la escala de Crítica percibida es positiva y la de Envolvimiento emocional es negativa con respecto al CDI. La relación entre cada sub-escala del FEICS con las puntuaciones en el CDI resultó ser significativa tanto para la sub-escala de intensidad de involucrimiento emocional como también para la sub-escala de crítica percibida, obteniendo niveles de significancia menores de .05 y .01 respectivamente. El coeficiente de regresión múltiple para la sub-escala de Envolvimiento emocional fue de -.28 con un error típico de .09, lo cual sugiere que un cambio de una unidad en la intensidad de involucrimiento emocional está asociado a un cambio promedio de .28 en la puntuación del CDI, controlando por la puntuación de la sub-escala de crítica percibida. El coeficiente de regresión para la sub-escala de crítica

percibida fue de .40 con un error típico de .07, lo cual sugiere que un cambio de una unidad en la variable de crítica percibida está asociado a un cambio promedio de .40 en la puntuación del CDI, controlando por la puntuación de la sub-escala de Intensidad de involucrimiento emocional.

**Tabla 5**

Valor predictivo de las variables de funcionamiento familiar (FAM) y expresión emotiva (FEICS) por sub-escalas sobre sintomatología depresiva (CDI)

CDI	R	R <sup>2</sup>	b	ETb
Sub-escalas del FAM	.51	.23		
cumplimiento de tareas			.38	.24
desempeño de roles			.05	.23
comunicación			.61**	.24
expresión afectiva			.01	.24
envolvimiento afectivo			.16	.25
valores y normas			-.10	.23
control			.29	.23
deseabilidad social			.16	.14
negación			-.19	.14

Nivel de significancia para el coeficiente de Regresión:

\* p < .05; \*\* p < .01

cont. tabla 5

CDI	R	R2	b	ETb
Sub-escalas del FEICS	.48	.23		
envolvimiento emocional			-.28*	.09
crítica percibida			.40**	.07

Nota:

R = correlación múltiple;

R2 = correlación múltiple al cuadrado;

b = coeficiente de regresión;

ETb = error típico del coeficiente de regresión.

Nivel de significancia para el coeficiente de Regresión.

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

#### Valor predictivo de las sub-escalas del FAM agrupadas conceptualmente en tres categorías sobre el CDI

Con el propósito de analizar con mayor especificidad el valor predictivo de las sub-escalas del FAM sobre las puntuaciones del CDI, éstas fueron agrupadas en tres criterios conceptuales (véase tabla 6). De esta manera, el primer criterio fue denominado como apertura y afectividad ya que comprende las sub-escalas de comunicación, expresión afectiva y involucramiento afectivo. El segundo criterio fue llamado operacional ya que incluye las sub-escalas de cumplimiento de tareas, desempeño de roles, valores y normas, y control. Finalmente, el tercer criterio fue denominado estilos de respuestas ya que comprende las sub-escalas de deshabilidad social y negación. Al agrupar las nueve sub-escalas del FAM de esta manera, se encontró que la sub-escala de comunicación no era la única que resultaba significativa en la predicción de sintomatología depresiva; sin embargo, sigue siendo la que explica una mayor varianza de la medida de depresión por encima de las demás sub-escalas.

La correlación múltiple entre el primer criterio de apertura y afectividad con sintomatología depresiva fue de .44; el mismo explica un 19% de la puntuación en el CDI. Bajo este criterio solamente las sub-escalas de comunicación y involucramiento afectivo resultaron significativas a niveles alfa de .05 y .01 respectivamente.

La correlación múltiple entre el criterio de operatividad y depresión fue de .43; el mismo explica un 19% de la puntuación en el CDI. Según este criterio, solamente la sub-escala de cumplimiento de tareas resultó significativa a un nivel alfa de .05.

Finalmente, la correlación múltiple entre el tercer criterio de estilos de respuestas y sintomatología depresiva fue de .32, y el mismo explica un 10% de la puntuación en el CDI. Bajo este criterio, solamente la sub-escala de negación resultó significativa a un alfa de .01.

**Tabla 6**

Valor predictivo de las sub-escalas del FAM agrupadas bajo los criterios de apertura y afectividad, operacionalidad y estilos de respuestas sobre el CDI

CDI	R	R2	b	ETb
Apertura y afectividad	.44	.19		
comunicación			.55*	.21
expresión afectiva			.15	.21
envolvimiento afectivo			.53**	.19
Operacionalidad	.43	.19		
cumplimiento de tareas			.63*	.20
desempeño de roles			.30	.19
control			.30	.19
valores y normas			.06	.20
Estilos de respuestas	.32	.10		
deseabilidad social			-.10	.13
negación			-.42**	.12

Nota:

R= correlación múltiple;

R2= correlación múltiple al cuadrado;

b= coeficiente de regresión

ETb= error típico del coeficiente de regresión.

Nivel de significancia para el coeficiente de Regresión.

\* p < .05; \*\* p < .01

A partir de los resultados antes presentados, se presenta la posibilidad de que las sub-escalas de negación y de deseabilidad social funcionan como criterios de validez para las contestaciones del cuestionario. Por lo tanto, se procedió a correlacionar estas sub-escalas con las siete restantes (véase tabla 7). Los resultados indican que las sub-escalas de deseabilidad social y negación correlacionan de forma moderada e inversa con las demás sub-escalas del FAM. Los resultados sugieren que mientras más altas sean las puntuaciones en las sub-escalas de negación y deseabilidad social, más bajas serán las puntuaciones en las restantes sub-escalas.

**Tabla 7**

Correlaciones entre las sub-escalas de negación y deseabilidad social y las restantes sub-escalas del FAM

Sub-escalas del FAM	Deseabilidad social	Negación
Cumplimiento de tareas	-.26 *	-.36 *
Desempeño de roles	-.39 *	-.48 *
Comunicación	-.39 *	-.36 *
Expresión afectiva	-.29 *	-.38 *
Envolvimiento afectivo	-.28 *	-.45 *
Control	-.25 *	-.30 *
Valores y Normas	-.31 *	-.39 *

\* p < .01

## DISCUSION

El objetivo de este trabajo era investigar la relación existente entre la presencia de sintomatología depresiva en niños/as y adolescentes y su funcionamiento familiar. Los resultados indicaron que existe una relación significativa entre las variables de depresión, funcionamiento familiar y expresión emotiva medidas respectivamente por el CDI, el FAM y el FEICS.

Se obtuvieron altos porcentajes de sintomatología depresiva en esta muestra de comunidad. Los altos porcentajes de depresión leve a moderada y severa corroboran los resultados epidemiológicos presentados por Bird, Canino, Rubio-Stipec, et al. (1988) y los presentados por Rosselló, et al. (1991) en una muestra similar. En adición a esto, los resultados son más altos que los presentados por Worchel, et al. (1987) en una muestra estadounidense similar. Por lo tanto, se puede expresar que la muestra de niños/as y adolescentes puertorriqueños/as refleja un mayor porcentaje de depresión leve, moderada y severa cuando se compara con una población de jóvenes norteamericanos.

Al analizar los porcentajes de funcionamiento familiar según los parámetros establecidos en la literatura, se encontró que el mayor porcentaje de las puntuaciones reflejaba debilidad o disturbio familiar. Por lo tanto, estos resultados señalan la importancia de realizar estudios no sólo en torno a la depresión en niños/as y adolescentes puertorriqueños/as, sino también en torno a las deficiencias en la estructura y funcionamiento de la familia puertorriqueña, ya que estos resultados podrían variar significativamente si se aplicaran parámetros específicos para esta población.

En términos de la expresión emotiva dentro de la familia, tanto la sub-escala de involucramiento emocional como la de crítica percibida tenían el mayor porcentaje de sus puntuaciones dentro de los promedios esta-

blecidos. Estos resultados implican que la familia puertorriqueña mantiene lazos familiares de un equilibrado involucramiento emocional, por lo que los niveles de crítica percibida se encuentran balanceados (Bird, Gould, et al., 1989).

Al medir sintomatología depresiva, no se encontraron diferencias significativas en términos de género y edad, ya que tanto para las niñas, niños y adolescentes los promedios se mantuvieron prácticamente iguales. En términos de la variable de género, este hallazgo es corroborado por el estudio de Nieves, et al. (1993), el cual fue realizado con una muestra similar y en el cual no se encontraron diferencias significativas variables. Por otro lado, para la variable de edad, estos resultados se contraponen a los reportados por otros estudios (Fleming, & Offord, 1990; Griffin, & Cicchetti, 1989) en los cuales sí se sugiere un aumento en sintomatología depresiva con la edad. La medida de funcionamiento familiar se mantuvo inalterable a través de las variables de género y edad. En términos de la variable de edad, este hallazgo se contrapone al presentado en el estudio de Stern, & Zevon (1990), en el cual se reporta que niños/as tienden a percibir a su familia de forma más negativa en comparación con los/as adolescentes, ya que perciben bajos niveles de expresividad y una comunicación cerrada con mayor frecuencia que los/as adolescentes.

Para medir expresión emotiva dentro de la familia se analizó cada sub-escala por separado. La sub-escala de intensidad de involucramiento emocional no presentó diferencias significativas tanto para la variable de género como tampoco para la de grupo de edad. Sin embargo, para la sub-escala de crítica percibida sólo hubo diferencia significativa para la variable de género ya que los varones presentaron un promedio más alto que las mujeres. Este resultado tiene implicaciones a niveles sociales en torno a los procesos históricos de socialización, tanto del hombre como de la mujer. Se podría plantear que los hombres están más expuestos a crítica que perciben de sus hogares en comparación con las mujeres.

Al analizar la relación entre sintomatología depresiva y disfunción familiar, se encontró que estas se relacionan de forma directa y significativa; es decir que una sintomatología depresiva alta se relaciona a la disfunción que el/la participante percibe de su familia y vice versa. Este hallazgo es corroborado por varios estudios presentados en la literatura. Miller, Keitner, et al. (1992) informan que de un 50% a un 75% de los pacientes con sintomatología depresiva perciben una marcada disfunción familiar.

De las nueve sub-escalas que componen el instrumento de funcionamiento familiar, las de comunicación, cumplimiento de tareas, desempeño de roles, control y involucramiento afectivo son las que se le ha dado mayor énfasis en la literatura ya que correlacionan significativamente con depresión (Miller, Keitner, et al., 1992). En este estudio, fue posible comprobar estas relaciones, y a la vez añadir las sub-escalas de expresión afectiva y valores y normas, ya que las mismas resultaron en una correlación significativa con sintomatología depresiva. Este resultado indica que mientras mayor sea la disfunción en estas áreas del sistema familiar, la sintomatología depresiva aumentará.

En términos de las variables de género y grupo de edad, los hallazgos demostraron que las sub-escalas de cumplimiento de tareas, desempeño de roles, comunicación, expresión afectiva, involucramiento afectivo, y control correlacionaron directa y significativamente con sintomatología depresiva para los dos tipos de variables. Por otro lado se observó que la correlación entre depresión y la sub-escala de valores no fue significativa para la población masculina ni para los/as participantes de más de 14 años, lo cual implica que para estos dos grupos los conflictos entre los valores familiares y los culturales y la inconsistencia entre reglas explícitas e implícitas dentro del sistema familiar no son factores predictores de su sintomatología depresiva. La sub-escala de desabilidad social no fue significativa con la población masculina ni con los/as participantes de más de 14 años. De la misma manera, la relación entre la sub-escala de negación con

depresión no fue significativa para los/as participantes de más de 14 años.

Estos resultados implican que la población de adolescentes y, en menor grado, la población masculina, no están brindando su genuina percepción del ambiente familiar en el cual viven. A base de esta interpretación se puede inferir que los/as participantes de más de 14 años tienden a esconder en mayor grado las áreas disfuncionales de su sistema familiar. Una posible explicación puede ser que ellos/as estén más conscientes de las dinámicas -disfuncionales- que se dan dentro de la estructura familiar y tienden a enmascararlas con conductas que ellos/as creen que son más saludables.

En torno a la relación entre sintomatología depresiva y expresión emotiva, se encontró que la sub-escala de crítica percibida se relaciona directa y significativamente con depresión tanto para la muestra total como también para las variables de género y edad, lo cual implica que mientras mayor sea la depresión experimentada por el/la participante, mayor será la crítica que el/ella percibe de su familia, y vice versa. Este hallazgo es corroborado por los estudios de Keitner, & Miller (1990) y Barrera, & Garrison-Jones (1992) en los cuales se presenta que existe una correlación inversa entre apoyo familiar y sintomatología depresiva; por ende, mientras mayor sea el apoyo experimentado en la familia, las posibilidades de que ocurra una recaída en la persona deprimida disminuyen. Este hallazgo tiene implicaciones a niveles de intervención clínica, tanto individual como familiar, ya que sería posible implementar una medida de evaluación de los síntomas depresivos en función de la percepción de crítica en el ambiente familiar. Además sería posible plantear la posibilidad de crear un modelo de intervención para bajar el nivel de crítica experimentado en el sistema familiar con el propósito de que los síntomas depresivos disminuyan.

Debido a que la relación entre sintomatología depresiva y la sub-escala de intensidad de involucramiento emocional resultó ser inversa y significativa para todos los grupos -

-con la excepción de los/as participantes de más de 14 años-, es posible plantear que mientras mayor sea el índice de depresión, menor será el involucramiento emocional percibido en el sistema familiar, y vice versa. Las implicaciones clínicas a este resultado se generan en términos de intervenciones familiares y/o individuales. La información que se obtenga del grado de involucramiento emocional de la estructura familiar y los niveles de sintomatología depresiva puede ser utilizada como medida de consulta con el propósito de establecer un plan de tratamiento dirigido a estas áreas específicas. En adición a esto, se puede generar un plan de intervención que se dirija a subir el nivel o la intensidad de involucramiento emocional con el propósito de que la sintomatología depresiva disminuya. Con respecto a los/as participantes de más de 14 años, es posible inferir que un alto involucramiento emocional no es positivo, ya que ellos/as están en proceso de independizarse del núcleo familiar. Este hallazgo es apoyado por el trabajo de Oster, & Caro (1990), en el cual se presenta que familias con fronteras poco definidas, no proveen el espacio para privacidad y autonomía de sus miembros y que cuando uno de ellos intenta independizarse, puede ocurrir una disolución del sistema familiar.

Se observó que las dos sub-escalas que componen el instrumento de expresión emotiva predicen sintomatología depresiva en los/as participantes. Sin embargo, la percepción de crítica reflejada en los/as participantes predice con mayor exactitud su sintomatología depresiva en comparación con la intensidad de involucramiento emocional que perciben de su sistema familiar.

Con respecto a la medida de funcionamiento familiar, se encontró que esta predice significativamente sintomatología depresiva en los/as participantes. Al analizar las sub-escalas que componen este instrumento, se observó que las de involucramiento afectivo, cumplimiento de tareas y comunicación resultaron significativas en su predicción de depresión. Por lo tanto, es posible establecer que una ausencia de involucramiento entre los

miembros del sistema familiar, fracaso en cumplir satisfactoriamente las tareas asignadas y una comunicación problemática tiende a predecir sintomatología depresiva.

Las conclusiones de los estudios de Keitner, & Miller (1990) y Miller, Cowan, Hetherington, & Clingempeel (1993) argumentan a favor de este hallazgo ya que informan que durante un episodio depresivo en un miembro del sistema familiar, la comunicación resulta problemática -lo cual afectaría todas las demás áreas del funcionamiento-, y que si ésta mejora la recuperación tiende a ser más rápida. Dados estos hallazgos, es posible plantear un plan de intervención clínico a nivel familiar diseñado a reducir disfuncionalidad en las áreas específicas de comunicación, involucramiento afectivo y cumplimiento de tareas, con el propósito de disminuir sintomatología depresiva en niños/as y adolescentes.

A base de estos resultados, es posible concluir que existe una relación directa y significativa entre sintomatología depresiva en niños/as y adolescentes y el funcionamiento familiar que ellos/as perciben en sus hogares. Se demostró que más del 50% de los/as participantes percibe debilidad o disturbio en su sistema familiar y también reflejaba niveles de depresión entre leve a moderada y severa.

Si bien es cierto que estos hallazgos fueron corroborados por varios estudios (Miller, Keitner, et al., 1992; Kashani, Burbach, & Rosenberg, 1988; Amanat, & Butler, 1984; Kaslow, Rehm, & Siegel, 1984; Christensen, Phillips, et al., 1983), otros profundizaron en este aspecto presentando que esta relación no era de causa y efecto, sino a-lineal; es decir, que no se puede expresar que la depresión causa disfunción en el sistema familiar, así como tampoco una disfunción causa sintomatología depresiva en uno de los miembros de la misma (Keitner, & Miller, 1990; Byng-Hall, & Whiffen, 1982). En otras palabras, el afecto puede ser tanto causa como efecto ya que el estado afectivo de un miembro de la familia puede provocar dinámicas disfuncionales dentro del sistema,

asi como, también esas dinámicas pueden provocar estado de ánimo depresivo. Por lo tanto, es imprescindible retomar las recomendaciones presentadas en los trabajos de Keitner, & Miller (1990) y Byng-Hall, & Whiffen (1982) de visualizar esta relación en términos de una circularidad de eventos basada en la teoría de sistemas.

#### Limitaciones Y Recomendaciones

La principal limitación a este estudio es que todos los instrumentos utilizados son medidas de autoinforme, por lo que sólo se pudo obtener la apreciación de un solo miembro familiar niño/a o adolescente. El factor de la tasa de participación de 33% es tanto un alcance como una limitación de este estudio. La misma es considerada una tasa respetable dentro del campo de la investigación. Sin embargo, su limitación radica en que la muestra fue obtenida por disponibilidad de escuelas y grados a los que el acceso no fue denegado. Por lo tanto, la generalización de estos resultados a la población de jóvenes puertorriqueños/as, está limitada.

En cuanto a la recomendación para futuros estudios, se señala la importancia de distinguir entre las categorías de episodios de depresión mayor, en su sentido diagnóstico, y niveles de sintomatología depresiva. Se recomienda que en futuras investigaciones se incorporen criterios de funcionalidad a instrumentos que midan sintomatología depresiva, con el fin de conocer el grado en que la depresión (como criterio diagnóstico) afecta a aspectos funcionales, tanto personales como sociales, de la persona en diversas áreas de su vida.

A niveles clínicos, los hallazgos de esta investigación sugieren la importancia de considerar y explorar el contexto familiar como una variable importante ante la presencia de depresión en niños/as y adolescentes, para así poder incorporar estos factores en procesos terapéuticos con el fin de disminuir la sintomatología depresiva.

#### REFERENCIAS

- Amanat, E., & Butler, C. (1984). Oppressive behaviors in the families of depressed children. *Family Therapy*, 11, 65-77.
- Barrera, M., & Garrison-Jones, C. (1992). Family and peer social support as specific correlates of adolescent depressive symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 1-16.
- Bird, H., Canino, G., Rubio-Stipec, M., Gould, M., Ribera, J., Sesman, M., Woodbury, M., Huertas-Goldman, S., Pagán, A., Sanchez, Lacay, A., & Moscoso, M. (1988). Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. *Archives of General Psychology*, 45, 1120-1126.
- Bird, H., Gould, M., Yaher, T., Staghezza, B., & Canino, G. (1989). Risk Factors for maladjustment in Puerto Rican children. *Journal of the American Academy of Children and Adolescent Psychiatry*, 28, 847-850.
- Brooks-Gunn, J., & Petersen, A. (1991). Studying the emergence of depression and depressive symptoms during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 20, 115-119.
- Byng-Hall, J., & Whiffen, R. (1982). Family and marital therapy. En E.S. Paykel (Ed.), *Handbook of Affective Disorders* (pp. 318-328). New York: Guilford Press.
- Christensen, A., Phillips, S., Glasgow, R., & Johnson, S. (1983). Parental characteristics and interactional dysfunction in families with child behavior problems: a preliminary investigation. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 11, 153-166.
- Fleming, J., & Offord, D. (1990). Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. *Journal of the American Academy of Children and Adolescent Psychiatry*, 29, 571-580.
- Gjerde, P., & Block, J. (1991). Preadolescent antecedents of depressive symptomatology at age 18: a prospective study. *Journal of Youth and Adolescence*, 20, 217-232.

- Goodyer, I.** (1990). Family relationships, life events and childhood psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 161-192.
- Griffin, J., & Cicchetti, D.** (1989). *The DSM-III classification of child and adolescent depression*. Annual Meeting of the American Psychological Association, New Orleans, LA.
- Hughes, C., Preskorn, S., Weller, E., Weller, R., & Hassanein, R.** (1989). A descriptive profile of the depressed child. *Psychopharmacology Bulletin*, 25, 232-237.
- Kashani, J., Burbach, D., & Rosenberg, T.** (1988). Perception of family conflict resolution and depressive symptomatology in adolescents. *Journal of the American Academy of Children and Adolescent Psychiatry*, 27, 42-48.
- Kaslow, N., Rehm, L., Pollack, S., & Siegel, A.** (1990). Depression and the perception of family functioning in children and their parents. *The American Journal of Family Therapy*, 18, 227-235.
- Kaslow, N., Rehm, L., & Siegel, A.** (1984). Social-cognitive and cognitive correlates of depression in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 12, 605-620.
- Keitner, G., & Miller, I.** (1990). Family functioning and major depression: an overview. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1128-1137.
- Kovacs, M.** (1989). Affective disorders in children and adolescents. *American Psychologist*, 44, 209-215.
- Kovacs, M.** (1983). *The Children's Depression Inventory: A self report depression scale for school-aged youngsters*. University of Pittsburgh, School of Medicine, Unpublished Manuscript.
- Lefkowitz, M., & Tesiny, E.** (1984). Rejection and depression: prospective and contemporaneous analyses. *Developmental Psychology*, 20, 776-785.
- Martinez, A.** (1994). *Depresión y funcionamiento familiar en niños/as y adolescentes puertorriqueños/as*. Tesis de Maestría, Universidad de Puerto Rico.
- Miller, N., Cowan, P., Hetherington, E., & Clingempeel, G.** (1993). Externalizing in preschoolers and early adolescents: a cross-study replication of a family model. *Developmental Psychology*, 29, 3-18.
- Miller, I., Keitner, G., Whisman, M., Ryan, C., Epstein, N., & Bishop, D.** (1992). Depressed patient with dysfunctional families: description and course of illness. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 637-646.
- Nieves, A., Rosselló, J., & Guisasola, E.** (1993). Age and gender differences in depression among Puerto Rican children and adolescents. *The Journal of MARC Research*, 1, 43-50.
- Oster, G., & Caro, J.** (1990). *Understanding and treating depressed adolescents and their families*. New York: Wiley.
- Petti, T.** (1983). Future trends in the study and treatment of depression in young children. In T. Petti (Ed.), *Childhood Depression* (pp.87-95). New York: Haworth Press.
- Phares, V., & Compas, B.** (1992). The role of fathers in child and adolescent psychopathology: make room for daddy. *Psychological Bulletin*, 111, 387-412.
- Rosselló, J., Guisasola, E., Ralat, S., Martínez S., & Nieves, A.** (1991). *The evaluation of depression in Puerto Rican children and adolescents*. Paper presented at the 99th Annual Convention of the American Psychological Association, San Francisco.
- Shields, C., Franks, P., Harp, J., McDaniel, S., & Campbell, T.** (1992). Development of The Family Emotional Involvement Andism Scale (FEICS): a self report scale to measure Expressed Emotion. *Journal of Marital and Family Therapy*, 18, 395-407.
- Skinner, H., Steinhauer, P., & Santa Barbara, J.** (1983). The Family Assessment Measure. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 2, 91-105.
- Stern, M., & Zevon, M.** (1990). Stress, coping and family environment: the adolescent's response to naturally occurring stressors. *Journal of Adolescent Research*, 5, 290-305.
- Worchel, F., Nolan, B., & Willson, V.** (1987). New perspectives on child and adolescent depression. *Journal of School Psychology*, 47, 499-505.