

RELIGACIÓN

R E V I S T A

Factores protectores y de riesgo asociados a la salud mental en preadolescentes: contextos familiar y social

Protective and risk factors for mental health in preadolescents: family and social contexts

Marisol Morales Rodríguez

Resumen

La salud mental en la preadolescencia puede verse afectada debido a que en este periodo se configuran procesos psicológicos fundamentales, además, los desafíos propios de la transición pueden incrementar su vulnerabilidad. El objetivo se centró en identificar niveles de factores de riesgo y protección vinculados con la salud mental en preadolescentes, considerando la influencia de los contextos familiar y social. Se utilizó una metodología cuantitativa. Participaron 396 preadolescentes de zonas rurales y urbanas de Michoacán. Los resultados evidenciaron una predominancia de niveles medio-altos en factores de riesgo y protectores. Existen correlaciones entre depresión, inestabilidad emocional y comunicación familiar; y de esta con optimismo, empatía y autoestima. Se concluye que la presencia simultánea de factores de riesgo y protección en niveles medio-altos sugiere que los últimos podrían estar debilitando el efecto negativo de los factores de riesgo; el contexto familiar influye sobre los factores de riesgo y protectores, el social incide sobre los factores de riesgo. Palabras clave: Factores protectores; Factores de riesgo; Salud mental; Contextos social-familiar; Preadolescentes

Marisol Morales Rodríguez

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo | Morelia | México | marisol.morales@umich.mx
<http://orcid.org/0000-0002-3829-4951>

<http://doi.org/10.46652/rgn.v10i47.1509>
ISSN 2477-9083
Vol. 10 No. 47 octubre-diciembre, 2025, e2501509
Quito, Ecuador

Enviado: abril 01, 2025
Aceptado: julio 05, 2025
Publicado: agosto 26, 2025
Publicación Continua



Abstract

Mental health in preadolescence can be affected because fundamental psychological processes are formed during this period, and the challenges inherent in the transition can increase vulnerability. The objective was to identify the levels of risk and protective factors linked to mental health in preadolescents, considering the influence of family and social contexts. A quantitative methodology was used. A total of 396 pre-adolescents from rural and urban areas of Michoacán participated. The results showed a predominance of medium-high levels of risk factors and protective factors. There are negative correlations between depression, emotional instability, and family communication, and positive correlations between family communication and optimism, empathy, and self-esteem. It is concluded that the simultaneous presence of medium-high levels of risk factors and protective factors suggests that the latter may be weakening the negative effect of the risk factors; the family context influences risk factors and protective factors, while the social context only affects risk factors.

Keywords: Protective factors; Risk factors; Mental health; Social-familial contexts; Pre-adolescents.

Introducción

La salud mental constituye un derecho humano fundamental y un componente esencial del bienestar general, indispensable para el desarrollo personal, social y económico de las personas y las comunidades; por lo que adquiere un carácter de salud pública. Se entiende como un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, afronta de manera adecuada las tensiones normales de la vida, se desempeña eficazmente en el aprendizaje y el trabajo, y contribuye positivamente a su comunidad, no se limita únicamente a la ausencia de trastornos, sino que implica un equilibrio psicológico, emocional y social que se refleja en la capacidad para afrontar tensiones cotidianas, mantener relaciones saludables y contribuir de manera productiva a la sociedad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022).

En este marco, la adolescencia representa una etapa particularmente sensible para el cuidado de la salud mental. Los múltiples cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales que caracterizan este periodo colocan al individuo en una situación de vulnerabilidad, en la cual confluyen demandas internas y exigencias externas que pueden superar sus recursos de afrontamiento. Esta vulnerabilidad se refleja en la prevalencia: se estima que uno de cada siete adolescentes de entre 10 y 19 años presenta algún trastorno mental, aunque en muchos casos dichos problemas no reciben la atención oportuna ni adecuada (OMS, 2024).

Las consecuencias de la falta de atención son graves: estigmatización, exclusión social y la posible adopción de conductas de riesgo, todo lo cual limita la búsqueda de ayuda profesional y deteriora el bienestar integral. Debido a ello, la salud mental adolescente se ha convertido en un tema prioritario de salud pública, tanto por su impacto en la morbilidad y mortalidad, como por sus repercusiones en el desarrollo futuro de las comunidades.

Frente a esta problemática, resulta indispensable identificar y fortalecer estrategias de prevención e intervención basadas en evidencia, que no solo promuevan factores protectores individuales -como la autoestima, el optimismo y la empatía-, sino que también articulen la participación de actores sociales clave. La familia, como núcleo primario de socialización, y las instituciones educativas, como espacios de formación y acompañamiento, desempeñan un papel

fundamental en este proceso. Asimismo, el contexto comunitario, ya sea urbano o rural, influye de manera significativa en el alcance y efectividad de dichas estrategias, configurando así un escenario complejo en el que se construye el bienestar adolescente.

Marco conceptual

a. Factores de riesgo asociados a la salud mental en la adolescencia

Diversos elementos permiten monitorear el estado de la salud mental durante la adolescencia, y estos pueden actuar como factores protectores o de riesgo, dependiendo de su naturaleza y contexto. Los factores de riesgo se entienden como aquellas características o circunstancias de una persona, de un grupo o de su entorno que incrementan la probabilidad de exposición a procesos mórbidos, generando así una mayor vulnerabilidad (Rodríguez, 2019).

Durante la adolescencia es común observar un incremento en la aparición de comportamientos problemáticos o de riesgo en distintas esferas de la vida, los cuales pueden comprometer tanto la salud física como la salud mental del individuo (Páramo, 2011). Dichos patrones por lo regular se asocian al estado de ánimo.

En torno a la depresión, ha sido señalado que la adolescencia constituye una etapa crítica en la que con frecuencia se inicia el desarrollo de sintomatología depresiva, lo que posiciona a este grupo etario como uno de los sectores con mayor vulnerabilidad. Las manifestaciones clínicas de la depresión varían según la edad de los grupos; no obstante, se ha constatado que se observan con mayor frecuencia entre 13 y 15 años, nivel que coincide con las épocas de más baja autoestima de este periodo del crecimiento (Navarro et al., 2017; OMS, 2018; Ruiz et al., 2020).

La depresión en niños y adolescentes se manifiesta a través de un conjunto heterogéneo de síntomas, los cuales difieren en varios aspectos de las manifestaciones típicas en los adultos, quienes tienden a presentar con mayor frecuencia sentimientos de desánimo, desinterés y desesperanza. En el caso de los preadolescentes, es común que la sintomatología incluya irritabilidad, rabietas, quejas somáticas, afectividad reactiva e incluso comorbilidad con trastornos de ansiedad. En los adolescentes, por su parte, pueden observarse expresiones como hostilidad, frustración, sensibilidad extrema al rechazo, dificultades en las relaciones con sus pares, tristeza, pérdida de interés o motivación, así como fatiga persistente (Gutiérrez-Izquierdo & Zambrano, 2021).

Debido a estas particularidades, la depresión en la adolescencia se considera una condición de riesgo relevante, ya que sus manifestaciones pueden confundirse fácilmente con comportamientos esperados durante esta etapa del desarrollo. Esto puede dar lugar a interpretaciones erróneas, en las que tales expresiones emocionales se atribuyen exclusivamente a actitudes desafiantes, en lugar de reconocerlas como señales de posibles alteraciones en la salud mental.

Paralelamente a la sintomatología depresiva, puede presentarse una marcada dificultad en el manejo de emociones, dando lugar a la inestabilidad emocional, conceptualizada como las

fluctuaciones intensas y frecuentes en los estados afectivos, las cuales repercuten negativamente en el funcionamiento cotidiano de la persona. Esta condición se manifiesta a través de cambios abruptos y marcados en el estado de ánimo, dificultades para identificar y regular las propias emociones, así como una elevada reactividad ante estímulos emocionales. Dicha condición ha sido abordada desde la psiquiátrica y ha puesto de relieve su presencia como manifestación afectiva. En este sentido, la inestabilidad emocional se le ha reconocido como una característica transversal a diversos trastornos mentales, incluidos los trastornos afectivos (Rossi & Di Stefano, 2024).

Las personas emocionalmente inestables suelen mostrarse intranquilas, con dificultad para gestionar el estrés y tolerar la incertidumbre. Esto es, con mayores dificultades para regular sus emociones, es más probable que experimenten mayor ansiedad, lo que podría tener un impacto negativo en su capacidad de adaptación (Toscano et al., 2025).

Una característica que merma el bienestar de la persona es que existe una falta de autocontrol para hacer frente a las diferentes situaciones que vive, lo cual se agudiza en la adolescencia. En este sentido, es probable que la inestabilidad emocional conduzca a la agresividad; es decir, los adolescentes irascibles cuentan con menos recursos de autocontrol y, a la inversa, la falta de control de las emociones y de impulsos estimula la agresividad, tanto verbal como física (Mestré et al., 2010).

La agresividad representa un factor de riesgo significativo en el ámbito de la salud mental, especialmente durante la adolescencia. En esta etapa del desarrollo, dicha manifestación conductual puede configurarse como una tendencia persistente en el repertorio comportamental del adolescente. Se caracteriza por acciones orientadas a atacar, dañar o provocar a otros con la intención de causarles daño; asimismo, la agresividad suele vincularse con la violencia e incluso con conductas de tipo antisocial, especialmente cuando se expresa a través de comportamientos crueles o socialmente destructivos (Silva-Fernández & Pabón-Poches, 2023).

En este sentido, la agresividad se define como cualquier comportamiento intencionado que busca causar daño, ya sea de índole física, psicológica o social. Desde esta perspectiva, es posible distinguir entre agresividad física y verbal. La agresividad física comprende conductas como patear, golpear, empujar, pellizcar o causar lesiones utilizando objetos. Por su parte, la agresividad verbal incluye expresiones como burlas, insultos, apodosos ofensivos o cualquier manifestación verbal que menoscabe la dignidad del otro (Núñez-Hernández & García-Méndez, 2022).

Como puede observarse, la conducta agresiva tiene el potencial de afectar negativamente las relaciones interpersonales, el bienestar personal, la capacidad de adaptación al entorno y, en general, el desarrollo psicosocial de los individuos, y en particular los adolescentes. Por ello, es necesario centrar la atención en los denominados factores de protección, los cuales mitigan los efectos adversos no solo de la conducta agresiva, sino de diversos patrones comportamentales disfuncionales.

b. Factores protectores y salud mental en adolescentes

En términos generales, los factores protectores se refieren a atributos o características del individuo, condiciones situacionales o contextos ambientales que disminuyen la probabilidad de que se manifiesten conductas de riesgo (Santibañez et al., 2020). También se les concibe como aspectos que promueven la salud y el bienestar, disminuyendo la vulnerabilidad de las personas (Marín et al., 2019). Para efectos del presente estudio, se considerarán como indicadores positivos la autoestima, la empatía y el optimismo.

La autoestima es una variable que ha sido ampliamente estudiada debido a su relevancia tanto en el desarrollo personal como en la promoción de hábitos saludables y la prevención de conductas de riesgo, especialmente cuando esta se presenta de manera negativa. Garaigordobil et al. (como se cita en Sigüenza et al., 2019), sostienen que la autoestima se relaciona de manera directa con el bienestar personal en la adolescencia, constituyéndose en un indicador significativo de salud mental. Esta se concibe como la evaluación del autoconcepto, es decir, los pensamientos y sentimientos que una persona tiene sobre sí misma. Una alta autoestima se asocia con un mayor bienestar psicológico y, en términos generales, con una mejor salud mental.

La autoestima implica un juicio valorativo que una persona hace sobre sí misma, expresado en términos de aceptación o rechazo. Durante la infancia, los niveles de autoestima suelen mantenerse estables; sin embargo, en la adolescencia tienden a fluctuar como resultado de los múltiples cambios a los que se enfrentan los jóvenes, que por lo regular la tendencia es mantenerse en niveles bajos (Sigüenza et al., 2019). Desde una perspectiva de la Psicología Positiva, la autoestima se concibe como una fortaleza, al igual que el optimismo.

El optimismo se entiende como la disposición general a anticipar resultados positivos en el futuro y a interpretar los acontecimientos desde una visión favorable. Diversas investigaciones han demostrado que las personas con una orientación optimista tienden a experimentar un mejor estado de ánimo, mayor perseverancia y una salud física más favorable. Además, suelen manifestar esperanza ante situaciones adversas y confiar en su capacidad para enfrentar eventos estresantes de manera más adaptativa. Esta actitud también favorece la identificación de aspectos positivos tanto en las personas como en las circunstancias que los rodean (González-Arratia & Valdez, 2017).

Las personas optimistas asumen que la adversidad puede ser manejada con éxito, mientras que quienes adoptan una perspectiva pesimista tienden a anticipar desenlaces negativos (González-Arratia, 2018). En este sentido, Palomar (2015), señala que el optimismo es un predictor de ajuste psicológico positivo y, por ende, un factor estrechamente vinculado con la salud mental.

Otro factor protector relevante es la empatía, entendida como un conjunto de habilidades cognitivas, emocionales y sociales que permiten comprender y sintonizar con los demás. La empatía incluye una dimensión intuitiva relacionada con la capacidad de percibir y responder a señales socioemocionales. Esta respuesta empática implica un contagio emocional que interviene

en procesos adaptativos, permitiendo resonar afectivamente con los estados emocionales ajenos (Zabala et al., 2018). Ser empático implica la capacidad de “leer” emocionalmente a las personas, lo cual constituye la base de las conductas prosociales y favorece una visión constructiva hacia los demás (Carlson et al., 2020).

Diversos estudios han demostrado que la presencia de habilidades empáticas en niños y adolescentes se asocia con una mayor aceptación por parte de sus pares, lo que favorece el desarrollo de procesos de socialización positivos. Esta dinámica, a su vez, propicia la adopción de conductas prosociales, como el comportamiento de ayuda, y una disminución en la manifestación de conductas agresivas (Cruz-Linares & Mendoza-González, 2023). De esta manera, la empatía se concibe como un factor protector clave durante la adolescencia.

c. El papel de los contextos familiar y comunitario en la salud mental

La salud mental es un constructo resultado de una gama de factores que interactúan, que dependen entre sí, factores que presentan características de índole biológico, psicológico, social y cultural (Cuamba & Zazueta, 2021). En este sentido, nos centraremos en el contexto familiar y en el comunitario, en particular la zona geográfica.

La familia, al constituirse como el primer espacio de socialización, ejerce una influencia determinante en el desarrollo psicológico de sus miembros. Dependiendo de sus características, puede fungir como promotora de salud mental o, por el contrario, como un factor de riesgo significativo en la aparición de problemáticas emocionales. Por ejemplo, se ha evidenciado que existe una asociación entre relaciones paterno-filiales disfuncionales y depresión (Ruiz et al., 2020), lo cual puede estar vinculado con cuadros de inestabilidad emocional.

Asimismo, la familia puede ser un agente de desarrollo positivo. Algunas investigaciones destacan que los adolescentes que experimentan una comunicación negativa con sus padres tienden a presentar niveles bajos de autoestima, mientras que aquellos con una comunicación positiva suelen mostrar niveles más altos (Hañari et al., 2020). De manera similar, se ha demostrado que habilidades sociales como la empatía y la prosocialidad pueden modificarse en función de las prácticas de crianza (García, 2018), lo cual pone de relieve el papel central que desempeña el sistema familiar en el desarrollo de estas capacidades protectoras.

En tanto, el contexto comunitario, en particular la zona geográfica constituye una variable relevante en el desarrollo adolescente, ya que esta determina las oportunidades de crecimiento a nivel personal, educativo y social. Las condiciones de vida pueden estar involucradas con experiencias estresantes, las cuales impactan negativamente en la calidad de vida y, por consiguiente, en la salud física y mental. O puede ocurrir lo contrario, y convertirse en un factor protector que promueva el ajuste psicosocial del adolescente.

La literatura especializada ha señalado que los problemas sociales y los estresores ambientales tienden a presentarse con mayor frecuencia en contextos urbanos. Estas problemáticas se asocian

con una mayor prevalencia de trastornos de salud mental, posiblemente derivados de una escasa interacción con entornos naturales (Martínez-Soto et al., 2016), lo cual debe tratarse con cautela.

La vida urbana, en comparación con la vida rural, se asocia con un mayor riesgo de enfermedades mentales graves, lo cual es muy significativo dado que el mundo se urbaniza a un ritmo sin precedentes. Se ha reportado que los entornos urbanos, influyen en la salud mental y el bienestar; pero hasta la fecha, ningún marco conceptual ha detallado el efecto real de dichos entornos en la salud mental de los adolescentes, dejando de lado otras variables que podrían estar vinculadas con tales resultados como el creciente impacto de las redes sociales (Buttazzoni et al., 2021).

Por otro lado, en diversas comunidades rurales del país existen brechas significativas en la atención a la salud mental, debido a la insuficiencia de servicios especializados y a la limitada cobertura institucional. Esta situación representa una importante barrera para el acceso y la atención oportuna, lo que se convierte en una de las principales limitantes en estos contextos geográficos (Centro de información de salud rural, 2025).

Como puede advertirse, las condiciones de vida determinadas por el entorno físico y social constituyen un factor crucial en la aparición de afectaciones en la salud mental. En los contextos rurales, las limitaciones económicas y sociales, así como las escasas oportunidades para mejorar la calidad de vida, pueden constituir factores de riesgo para el desarrollo adolescente. Sin embargo, junto a la presencia de estos riesgos, también se identifican factores protectores que favorecen estilos de vida saludables y resilientes. Por su parte, los contextos urbanos pueden intensificar los estresores psicosociales al promover un estilo de vida acelerado y competitivo, lo cual puede afectar negativamente la salud mental. No obstante, estos entornos suelen ofrecer un mayor acceso a servicios educativos y de salud. En este sentido, resulta complejo clasificar un contexto como más amenazante que otro para la salud mental adolescente, ya que ambos presentan dinámicas específicas que pueden funcionar como riesgos o como recursos, dependiendo de las condiciones particulares.

A partir de lo expuesto, se formulan los principales cuestionamientos que orientan esta investigación: ¿Cuál es la prevalencia de distintos factores de riesgo y de protección -como la autoestima, optimismo, empatía, inestabilidad emocional, agresividad y los síntomas depresivos- en preadolescentes que residen en contextos rurales y urbanos?; ¿Qué relación guardan estos factores con el contexto familiar, considerando variables como la calidad de la comunicación y la configuración familiar?; ¿Existen diferencias significativas en los factores de riesgo y de protección en función del contexto social, en particular el geográfico?

De estas interrogantes se deriva el objetivo central de la investigación, el cual se centró en identificar los niveles de los factores de riesgo y de protección vinculados con la salud mental en preadolescentes, considerando la influencia que ejercen los contextos familiar y social, particularmente en función de la zona geográfica en la que se desenvuelven.

Metodología

Dado el propósito del estudio se enmarca en un enfoque cuantitativo, que permite la recolección y el análisis sistemático de datos numéricos, lo que resulta pertinente para establecer niveles y relaciones entre las variables de estudio. Se basa en un diseño no experimental debido a que las variables fueron observadas tal como se presentan en la realidad; el alcance es descriptivo-correlacional, lo que permite caracterizar el fenómeno y generar hipótesis que pueden orientar futuras investigaciones.

Participantes

Participaron 396 preadolescentes escolarizados de instituciones educativas rurales y urbanas de algunos municipios de Michoacán, quienes cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, fueron elegidos mediante un muestreo no probabilístico intencional, dados los requerimientos del estudio y la solicitud de las instituciones participantes. Los criterios de inclusión contemplaron la pertenencia a las instituciones seleccionadas, la condición de ser alumno regular, encontrarse en la etapa de la preadolescencia y participar de manera voluntaria en el estudio. Por su parte, los criterios de exclusión consideraron a aquellos estudiantes que no se encontraban dentro del rango de edad establecido (9 a 11 años) o que vivieran en una localidad distinta a aquella en la que se llevó a cabo la investigación.

El rango de edad de los participantes osciló entre los 10 y 11 años ($M = 10.6$; $D.E. = .8$). En cuanto a la distribución por sexo, el 51.1% son mujeres y el 48.9% hombres. La distribución por zona fue de la siguiente manera, el 47.5% pertenecen a población rural, y el 52.5% a zona urbana.

Instrumentos

Fueron empleados 7 instrumentos.

Escala para la Evaluación de Autoestima de Coopersmith, de 58 reactivos /3 opciones de respuesta. Evalúa la Autoestima general, y los factores de autoestima social, autoestima de hogar y autoestima escolar. El índice de confiabilidad total es de $\alpha = .813$

La Escala de evaluación del Optimismo (Bar-On y Parker, 2000) es unifactorial y evalúa la capacidad para mantener una actitud positiva ante la vida, mediante 8 ítem; el índice de consistencia interna es de $\alpha = .910$.

En tanto, la Escala de Empatía del Cuestionario de Conducta Prosocial de Martorell et al. (1998), consta de 15 que miden: habilidad para comprender situaciones, emociones y sentimientos. Los análisis de fiabilidad muestran un α de Cronbach de 0,78.

La escala de Empatía forma parte del Cuestionario de Conducta Prosocial de Martorell et al. (1998), consta de 15 ítems que miden la habilidad para comprender situaciones, emociones y sentimientos. Los análisis de fiabilidad muestran un alpha de Cronbach $\alpha = 0,78$.

Escala de Agresividad física y verbal (AFV; Caprara y Pastorelli 1993) que consta de 20 ítems los cuales miden: Agresividad física y Agresividad verbal; cuenta con cinco alternativas. La confiabilidad oscila entre $\alpha = 0.68$ y 0.88 (Morales-Vives et al., 2005).

Para medir la inestabilidad emocional, se empleó la Escala de Inestabilidad Emocional (IE, Caprara y Pastorelli, 1993; Del Barrio, et al., 2001). Consta de 20 ítems los cuales describen la conducta que indica una falta de autocontrol en situaciones sociales como resultado de una escasa capacidad para frenar la impulsividad y la emocionalidad. Los análisis de fiabilidad muestran un alpha de Cronbach de $0,87$.

La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D (Radloff, 1977), mide somatización, interpersonal, afecto positivo y afecto negativo; se compone de 20 ítems con un formato de respuesta que evalúa los principales componentes de sintomatología depresiva, según la frecuencia temporal en la semana previa a la aplicación. El índice de confiabilidad es de $\alpha=.830$.

En tanto, para medir la comunicación familiar se utilizó la Escala de habilidades comunicativas en familia (Morales, 2014), la cual se compone de 20 ítems dimensionados en cinco factores: Apoyo y unión, Habilidades asertivas, Acuerdos, Manejo de reglas y Compromiso afectivo. El índice Alpha de Cronbach es de $\alpha=.903$.

Procedimiento

Como primer paso, se solicitó la autorización de las autoridades educativas para la realización del estudio. La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo de manera colectiva en las aulas de las instituciones participantes. En cumplimiento con las consideraciones éticas, se recabó el consentimiento informado de los padres o tutores, garantizando la confidencialidad y el anonimato de los participantes, así como la aclaración de que la información obtenida sería utilizada exclusivamente con fines científicos. Asimismo, se obtuvo el asentimiento informado de los menores participantes. Posterior a la fase de aplicación, se procedió a los análisis estadísticos.

Resultados

El análisis de los datos se realizó mediante el uso del SPSS 25.0, a través del cual se obtuvieron las medidas de tendencia central para la estadística descriptiva, la prueba t de Student y Coeficiente de correlación de Pearson; para el análisis de regresión lineal se empleó el Amos.

En relación con los factores de riesgo, específicamente aquellos vinculados con el manejo de los afectos, los resultados presentados en la Tabla 1 evidencian un predominio de la inestabilidad emocional en niveles intermedios, seguida de una proporción considerable en niveles altos.

De forma similar, respecto a la sintomatología depresiva, se observó un predominio de niveles intermedios, con la excepción del componente de afecto negativo, el cual mostró una distribución equitativa entre los niveles medio y alto.

En tanto, la presencia de conductas agresivas puede interpretarse como una manifestación del estado depresivo en menores, quienes tienden a expresar el malestar emocional de manera diferente a los adultos. En este sentido, se identificó una prevalencia de la mitad de los participantes en niveles intermedios de agresividad, mientras que aproximadamente una tercera parte se situaron en niveles altos de agresividad física y verbal.

Tabla 1. Distribución por niveles de factores de riesgo

	Alto	Medio	Bajo	Total
Inestabilidad emocional	37.8	48.1	14.1	100%
Somatización	35.8	47.6	16.6	100%
Interpersonal	30.3	41.8	27.9	100%
Afecto positivo	37.2	42.6	20.2	100%
Afecto negativo	39.2	37.2	23.6	100%
Agresividad física	33.4	48.2	18.4	100%
Agresividad verbal	30.0	51.1	18.9	100%

Fuente: elaboración propia

Nota: n=396. Los factores de riesgo se basan en Inestabilidad emocional, dimensiones de depresión (somatización, interpersonal, afecto positivo y negativo) y dimensiones de agresividad (física, verbal).

En torno a los factores protectores evaluados -autoestima, optimismo y empatía-, se observó una tendencia similar a la reportada en los factores de riesgo. En el caso de la autoestima, predomina el nivel medio, seguido por una proporción considerable de participantes ubicados en niveles altos. En cuanto al optimismo y la empatía, también se registró un predominio de puntuaciones en el nivel medio, siendo particularmente evidente en el caso de la empatía, donde el grueso de los participantes se ubicó en el nivel intermedio. Por su parte, el optimismo presentó una tendencia hacia el nivel medio, seguido del alto (véase Tabla 2).

Tabla 2. Distribución por niveles de Factores protectores

	Alto	Medio	Bajo	Total
Social	28.0	50.7	21.3	100%
Familiar	36.0	45.6	18.4	100%
Escolar	40.6	40.3	19.1	100%
General	37.1	47.2	15.7	100%
Optimismo	39.6	46.8	13.6	100%
Empatía	18.0	65.1	16.9	100%

Fuente: elaboración propia

Nota: n=396. Los factores protectores se miden en dimensiones de Autoestima (social, familiar, escolar); Optimismo y Empatía.

El análisis de correlación evidenció asociaciones negativas entre los niveles de depresión y las dimensiones de la comunicación familiar. En particular, las variables somatización y afecto negativo mostraron correlaciones negativas significativas con la mayoría de los componentes de la comunicación familiar. La inestabilidad emocional también se asoció negativamente con la mayoría de las dimensiones de la comunicación familiar. La agresividad fue el factor de riesgo que presentó la menor correlación con la comunicación familiar. Como se observa en la Tabla 3, los componentes de manejo de reglas y compromiso afectivo fueron los elementos que mostraron una mayor asociación negativa con los factores de riesgo.

Tabla 3. Matriz de correlaciones entre síntomas depresivos y comunicación familiar.

	Apoyo y unión	Habilidades asertivas	Acuerdos	Manejo de reglas	Compromiso afectivo
Somatización	-.285**	-.169**	-.325**	-.275**	-.313**
Interpersonal	-.157**	-.170**	-.283**	-.156**	-.182**
Afecto positivo	.110**	.089	.169**	.190**	.225**
Afecto negativo	-.280**	-.245**	-.330**	-.260**	-.390**
Inestabilidad emocional	-.202**	-.127*	-.257**	-.285**	-.301**
Agres.física	-.199**	-.109	-.194	-.248**	-.293**
Agre.verbal	-.157**	-.098*	-.190**	-.240**	-.269**

Fuente: elaboración propia

Nota: **p<.01

Con respecto a los factores protectores, el optimismo, la empatía y la autoestima correlacionan con todas las dimensiones de comunicación familiar, como se muestra en la Tabla 4. Esto significa que, a medida que mejora la calidad de la comunicación familiar, se observa un incremento en los niveles de optimismo, autoestima y empatía en los preadolescentes.

Tabla 4. Matriz de correlaciones entre optimismo, empatía, autoestima, comunicación familiar.

	Apoyo y unión	Habilidades asertivas	Acuerdos	Manejo de reglas	Compromiso afectivo
Optimismo	.385**	.301**	.270**	.290**	.353**
Empatía	.331**	.334**	.297**	.287**	.342**
Autoestima	.324**	.250**	.330**	.279**	.340**

Fuente: elaboración propia

Nota: **p<.01

En relación con el comportamiento de la variable contexto social, específicamente en función de la zona geográfica (urbana o rural), se observaron diferencias estadísticamente significativas únicamente en las variables relacionadas con la depresión -particularmente en las dimensiones de somatización y afecto negativo-, así como en la inestabilidad emocional. En todos estos casos, los preadolescentes provenientes de zonas rurales presentaron niveles más elevados de sintomatología depresiva e inestabilidad emocional, en comparación con sus pares del contexto

urbano. En contraste, en la variable de agresividad, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos geográficos (véase Tabla 5).

Tabla 5. Comparativo de síntomas depresivos e inestabilidad emocional por zona geográfica

	Rural		Urbana		t	p
	Media	DS	M	DS		
Somatización	10.7	3.1	9.2	2.7	2.32	.045
Interpersonal	5.3	1.8	4.7	1.7	1.70	.091
Afecto positivo	7.2	2.0	7.4	1.8	1.53	.126
Afecto negativo	15.3	5.3	13.5	5.5	2.65	.006
Inestabilidad emocional	32.9	4.6	31	4.6	2.20	.040

Fuente: elaboración propia

Nota: $p \leq .01$

Los factores protectores tuvieron una particularidad, solo se registraron diferencias significativas en autoestima general ($t=2.32$; $p>.021$) y autoestima social ($t=4.63$; $p>.001$), siendo los preadolescentes de zona urbana ($M=55.8$; $DS=6.19$) quienes se posicionaron más alto en autoestima general en comparación de quienes residen en zonas rurales ($M=53$; $DS=5.02$). De igual manera, con respecto a la autoestima social, los preadolescentes de zona urbana ($M=17.4$; $DS=2.47$) obtuvieron un mayor puntaje, a diferencia de los preadolescentes de zona rural ($M=15.7$; $DS=2.10$).

Por otro lado, en torno al análisis de regresión lineal, previo a la interpretación de los resultados de los modelos, se verificaron los supuestos estadísticos asociados a este tipo de análisis. En primer lugar, se evaluó la normalidad de los residuos mediante pruebas de Kolmogórov-Smirnov y Shapiro-Wilk, así como la inspección gráfica de histogramas y gráficos Q-Q, observándose una distribución cercana a la normal. En segundo lugar, se comprobó el supuesto de homocedasticidad a través del análisis de residuos estandarizados frente a los valores predichos, identificándose una dispersión aleatoria sin patrones evidentes, lo que respalda la validez de este supuesto; se revisó la independencia de errores mediante la prueba de Durbin-Watson, cuyos valores se encontraron dentro de rangos aceptables. Estos análisis permiten afirmar que los modelos ajustados cumplen con los criterios estadísticos necesarios para su interpretación. El procesamiento de datos y la estimación de los modelos se realizaron utilizando el software Amos. lo cual posibilitó tanto la obtención de los estadísticos correlacionales, así como el ajuste de los modelos de regresión lineal.

Los hallazgos revelaron que, con base en la zona geográfica -denominado contexto social- con respecto a los factores de riesgo, el modelo fue estadísticamente significativo para inestabilidad emocional $F(1, gl) = 4.046$; $p=.045$). El coeficiente de determinación (R^2) fue de .102, lo que sugiere que el modelo explica el 10% de la varianza total, es decir, que la zona geográfica predice un 10% de variabilidad de la inestabilidad emocional. Este valor, aunque estadísticamente significativo, refleja un tamaño del efecto de pequeño a moderado, por lo que se debe interpretar con cautela. Los coeficientes del modelo confirman lo anterior (Ver Tabla 6).

Tomando en consideración el mismo contexto, en el caso de la depresión, el modelo 2 también fue estadísticamente significativo para *somatización* $F(1, gl) = 4.061$; $p = .040$, 10 y para *afecto negativo* $F(1, gl) = 6.84$; $p = .009$). Los coeficientes de determinación (R^2) fueron de 0.17 y de 0.19 respectivamente, lo sugieren un tamaño del efecto moderado. Así, la zona geográfica predice entre el 17 y 19% de variabilidad de la depresión. Los coeficientes de regresión lineal se muestran en la Tabla 6. Para los factores de protección, el modelo no fue estadísticamente significativo.

Por otro lado, el contexto familiar -evaluado a partir de la calidad en la comunicación familiar- dio como resultado dos modelos; en torno a los factores de riesgo, el modelo 3 fue estadísticamente significativo para *somatización* $F(5, gl) = 9.097$; $p = .000$ *interpersonal* $F(5, gl) = 5.188$; $p = .000$ y *afecto negativo* $F(5, gl) = 10.348$; $p = .000$). Los coeficientes de determinación (R^2) fueron de 0.15, 0.10 y 0.19 respectivamente, lo que sugiere un tamaño del efecto bajo en el caso del factor interpersonal y moderado en somatización y afecto negativo. En el mismo modelo, la inestabilidad emocional obtuvo un coeficiente de determinación de 0.15 - $F(5, gl) = 9.477$; $p = .000$ - que refleja un tamaño del efecto moderado, esto es, el contexto familiar predice el 15% de la variabilidad de la inestabilidad emocional (Ver Tabla 7).

Tabla 6. Coeficientes de regresión lineal de Depresión e Inestabilidad emocional por contexto social

Modelo 1	B	Error	Coeficientes Beta	t	p
Somatización	-.184	.085	-.292	2.16	.029
Interpersonal	.389	.078	.248	1.57	.117
Afecto positivo	-.001	.057	-.003	-.022	.894
Afecto negativo	.074	.032	.130	2.61	.009
Inestabilidad emocional	.183	.098	.244	2.08	.045
Variables dependientes: Somatización, Interpersonal, Afecto positivo, Afecto negativo, Inestabilidad emocional.					
Variable predictora: Contexto social					

Fuente: elaboración propia

En tanto, los valores observados en el modelo 4 muestran que el contexto familiar predice una variabilidad que oscila entre el 0.14 y 0.17, indicando que las dimensiones *habilidades asertivas* y *compromiso afectivo* explican entre el 14 y 17% de la varianza de los factores protectores de autoestima, optimismo y empatía, con un tamaño del efecto mediano. El modelo fue estadísticamente significativo para empatía $F(5, gl) = 15.101$; $p = .000$, autoestima $F(5, gl) = 13.624$; $p = .000$ y optimismo $F(5, gl) = 12.975$; $p = .000$). Los coeficientes de determinación (R^2) fueron de 0.17, 0.14 y 0.15 respectivamente. En cuanto al análisis de los coeficientes individuales, se observó que ambas dimensiones del contexto familiar se asociaron de manera significativa con las variables dependientes. Para empatía, se identificaron efectos significativos de las habilidades asertivas ($t = 2.39$; $p = .017$) y del compromiso afectivo ($t = 2.31$; $p = .034$). En el caso de la autoestima, las habilidades asertivas ($t = 2.23$; $p = .026$) y el compromiso afectivo ($t = 2.76$; $p = .006$) también mostraron asociaciones significativas. Finalmente, para optimismo, tanto las habilidades asertivas

($t= 2.33$; $p= .020$) como el compromiso afectivo ($t= 2.16$; $p= .031$) presentaron también efectos significativos. De esta manera, tanto el contexto familiar como social influyen en las variables de estudio.

Tabla 7. Coeficientes de regresión lineal de Depresión e Inestabilidad emocional por contexto familiar

Modelo 1	B	Error	Coeficientes Beta	t	p
Somatización	-.354	.117	-.205	-3.04	.003
Interpersonal	..252	.122	-.143	-2.06	.040
Afecto positivo	-.238	.133	-.127	-1.79	.073
Afecto negativo	-.647	.234	-.191	-2.76	.006
Inestabilidad emocional	.350	.138	.177	2.53	.012
Variables dependientes: Somatización, Interpersonal, Afecto positivo, Afecto negativo, Inestabilidad emocional.					
Variable predictora: Contexto familiar					

Fuente: elaboración propia

Previo a la interpretación de los resultados de los modelos de regresión, se verificaron los supuestos estadísticos asociados a este tipo de análisis. En primer lugar, se evaluó la normalidad de los residuos mediante pruebas de Kolmogórov-Smirnov y Shapiro-Wilk, así como la inspección gráfica de histogramas y gráficos Q-Q, observándose una distribución cercana a la normal. En segundo lugar, se comprobó el supuesto de homocedasticidad a través del análisis de residuos estandarizados frente a los valores predichos, identificándose una dispersión aleatoria sin patrones evidentes, lo que respalda la validez de este supuesto. Asimismo, se revisó la independencia de errores mediante la prueba de Durbin-Watson, cuyos valores se encontraron dentro de rangos aceptables. Finalmente, no se detectaron problemas relevantes de multicolinealidad, dado que los valores de tolerancia y VIF se situaron dentro de los parámetros recomendados. Estos análisis permiten afirmar que los modelos ajustados cumplen con los criterios estadísticos necesarios para su interpretación.

El procesamiento de datos y la estimación de los modelos se realizaron utilizando el software AMOS, lo cual posibilitó tanto la obtención de los estadísticos descriptivos y correlacionales como el ajuste de los modelos de regresión lineal.

Discusión

Los resultados obtenidos se encuentran en consonancia con lo planteado en el marco conceptual, el cual sostiene que las conductas de riesgo tienden a incrementarse como consecuencia de las transformaciones propias de la adolescencia, afectando de manera significativa el bienestar general. Entre las áreas más vulnerables se identifica la esfera afectiva, dado que en esta etapa la vida emocional adquiere una mayor intensidad y complejidad. En este contexto, pueden manifestarse diversos factores de riesgo que comprometen la salud mental de esta cohorte, favoreciendo la

aparición de problemáticas como depresión, inestabilidad emocional o conductas agresivas. No obstante, también es posible que se presenten factores de protección en contextos familia como social que contribuyan a mitigar dichos riesgos y fortalezcan el desarrollo psicológico saludable.

Los hallazgos muestran que los factores de riesgo se ubican predominantemente en el nivel intermedio con tendencia a niveles altos, lo que significa que existe indicadores de depresión en parte de la muestra de estudio, aunado a los niveles de inestabilidad emocional y agresividad que lo confirman. Este hallazgo resulta preocupante, dado que un porcentaje significativo de los participantes reportan dificultades para responder de manera adecuada a la intensidad de los estímulos emocionales, lo que indica una limitada regulación afectiva.

La adolescencia, e incluso la preadolescencia, constituye una etapa del desarrollo en la que pueden manifestarse los primeros síntomas de depresión. Diversos factores contribuyen a esta vulnerabilidad, entre ellos la baja autoestima, cuya presencia es común en este periodo vital. A esto se suman los múltiples cambios físicos, emocionales y sociales propios de la transición adolescente, los cuales representan un desafío significativo para el bienestar psicoemocional. Esta combinación de factores puede favorecer la aparición de sentimientos persistentes de tristeza, que, si no se atienden adecuadamente, pueden cronificarse y derivar en un trastorno depresivo (Ruiz et al., 2020). En la misma línea, González-Forteza et al. (2015), reportaron los hallazgos de un estudio con estudiantes de secundaria de Michoacán y de la Ciudad de México, destacando una prevalencia de síntomas de depresión del 12.4%, con predominio en las mujeres; lo anterior sustenta los datos obtenidos en el presente estudio, con indicios de presencia de depresión, confirmado por los bajos niveles de estabilidad emocional y medio alto niveles de agresividad, variable que suele ser indicador de síntomas depresivos.

La sintomatología depresiva suele estar acompañada por un manejo ineficaz de las emociones, por lo que se requiere abordar la inestabilidad emocional. Dicha variable no solo precede a la aparición de síntomas depresivos, sino también puede agravar su evolución. El papel de las emociones es fundamental ya que desempeñan un rol crucial en cuanto al establecimiento de relaciones interpersonales y también en procesos adaptativos (Pérez et al., 2022; Halian et al., 2022). Durante la adolescencia, es esperable la presencia de fluctuaciones en el estado emocional. Según lo revisado previamente, la inestabilidad emocional se caracteriza por fluctuaciones intensas y frecuentes en los afectos, observándose cambios abruptos en el estado de ánimo, dificultades para identificar emociones y en el autocontrol (Rossi & Di Stefano, 2024); ello sitúa al adolescente en una situación de riesgo, ya que la dificultad para modular adecuadamente las emociones se asocia con una mayor probabilidad de desarrollar conductas problemáticas. Tal fenómeno se vio reflejado en los hallazgos al observarse una tendencia hacia niveles medio-altos de inestabilidad emocional, lo que representa en palabras de Paim et al. (2024), limitaciones en la gestión emocional, al interpretar los acontecimientos como más amenazantes.

La agresividad fue otra de las variables estudiadas, esta se manifiesta cuando una persona intenta imponer su voluntad sobre otra, incluso si para ello debe recurrir a causar algún tipo de daño. Asimismo, puede expresarse mediante conductas destructivas hacia objetos o el entorno.

Desde algunas perspectivas teóricas, la agresividad puede entenderse como un mecanismo de defensa (Ramírez-Corone et al., 2020), o bien como una respuesta asociada al deterioro del estado de ánimo. En este sentido, considerando las características de la población en estudio, la agresividad podría constituir también una manifestación de un estado anímico deprimido. Se le ha considerado como una variable que se vincula con la desadaptación social y la disfuncionalidad en las interacciones sociales (Silva-Fernández & Pabón-Poches, 2023).

Diversos estudios han evidenciado que, si bien algunas dimensiones de la agresividad mantienen únicamente correlaciones débiles con la depresión, la hostilidad se distingue por presentar una asociación positiva de magnitud moderada; ello resulta particularmente relevante, pues sugiere que la hostilidad podría constituir un componente específico de la agresividad más estrechamente vinculado con la sintomatología depresiva (Espinoza, 2023). En este sentido, se confirman los hallazgos encontrados, al documentar niveles medio-altos de agresividad que, lejos de ser un rasgo aislado, parecen funcionar como un indicador indirecto de malestar psicológico. De este modo, la presencia de hostilidad no debería interpretarse únicamente como una expresión conductual, sino también como una manifestación que podría estar enmascarando o potenciando síntomas depresivos. Aunque la evidencia disponible aún no permite establecer una relación causal, el reconocimiento de la hostilidad como factor de riesgo adquiere importancia clínica y preventiva, ya que orienta hacia la necesidad de estrategias de intervención dirigidas no solo a la depresión de manera aislada, sino también a la gestión de emociones hostiles que puedan exacerbarla.

Con respecto a los factores protectores, en particular la prevalencia de optimismo se ubica en niveles medios, solo un porcentaje bajo se ubica en niveles bajos. Bajo la perspectiva teórica de que las personas optimistas asumen con una actitud positiva la adversidad, a diferencia de la perspectiva pesimista que anticipa desenlaces negativos (González-Arratia, 2018), existe un porcentaje bajo que se ubica en un nivel donde precisamente hay desesperanza, desánimo y un malestar general. El enfoque positivo de la psicología aborda la promoción de la salud, donde el optimismo emerge como un rasgo estable de personalidad; se concibe como emoción orientada hacia el futuro, lo que favorece la capacidad de planificar decisiones y contribuye a fortalecer la motivación para alcanzar metas, influyendo positivamente en la seguridad de sí mismo (Morcos, 2019; Freire & Lara, 2024).

Al igual que el optimismo, la autoestima se ubicó predominantemente en niveles medios-altos, lo que indica que los adolescentes han desarrollado una valoración relativamente positiva con respecto a su apariencia física, relaciones sociales, reconocimiento de capacidades y valía personal, lo que lleva a una aceptación general, aunque no óptima.

El desarrollo de la autoestima es uno de los procesos más complejos en la adolescencia, ya que el individuo se encuentra en búsqueda de su identidad; en consecuencia, el adolescente muestra dificultades en el desarrollo de una percepción completa de sí mismo hasta concluir esta etapa, lo que genera inseguridad, afectando su autoestima. Los niveles altos denotan una autovaloración

positiva, que genera confianza en sí mismo y en sus capacidades. En tanto, los niveles bajos de autoestima pueden generar sentimientos de incapacidad, por la falta de confianza en sí mismo y en sus capacidades, además se asocia con una mayor probabilidad de estados de ánimo negativos, síntomas depresivos y ansiedad social (Sigüenza et al., 2019; Ávila & Cañas, 2023).

En la misma línea ocurre con la empatía, dominando el nivel medio. La empatía, definida como la capacidad de entender y resonar emocionalmente con las experiencias de los demás, ha sido considerada por filósofos y neurocientíficos como una pieza clave de la moralidad humana debido a que promueve la conducta de ayuda y la cooperación (Durán-Palacio et al., 2023), fundamentos destacados en la introducción que resaltan su relevancia como factor protector.

Se le considera una habilidad compleja ya que se basa en una serie de capacidades específicas como la capacidad de ser afectado emocionalmente por experiencias de los demás, de entender cognitivamente a otras personas y la conducta de ayuda. Existe evidencia que, tanto en niños como en adolescentes, niveles altos de empatía se asocia con mayor disposición a la prosocialidad, cooperación y conductas de ayuda. Y, en particular en población adolescente, hay evidencia que sugiere que la empatía favorece la calidad de las amistades en esta etapa; ello se debe a que se vincula a mayores niveles de competencias interpersonales (Brotfeld & Berger, 2020). Los resultados obtenidos subrayan un dominio de niveles intermedios, lo que significa que los preadolescentes cuentan con elementos para ayudar a otros, comprender sus experiencias y mostrar respeto, aunque de manera limitada todavía.

En otra línea referente al análisis correlacional, los resultados obtenidos dialogan directamente con los planteamientos teóricos enmarcados en la introducción, donde se señaló que los factores de riesgo y protectores en la adolescencia no operan de manera aislada, sino que se configuran en interacción con los contextos familiar y social. En este sentido, el hallazgo de que la inestabilidad emocional y la depresión se asocian con una comunicación familiar deficiente confirma lo expuesto en la literatura previa: las dinámicas familiares disfuncionales -marcadas por bajo apoyo emocional, escasas muestras de afecto y comunicación poco efectiva- constituyen un terreno fértil para la aparición de síntomas depresivos y dificultades en la regulación afectiva (Ruiz et al., 2020; Guale et al., 2024).

Ruiz et al. (2020), han señalado que los adolescentes que puntúan alto en depresión tienen problemas de relación con sus padres, existe una baja intimidad verbal y menos manifestaciones de cariño físico. Situaciones negativas que se viven en familia, como las interacciones conflictivas, la carencia de vínculos emocionales y sentimientos de cercanía, tienen una asociación importante con la depresión. Lo anterior podría explicar lo que sucede con la inestabilidad emocional, la cual al ser un indicador de dificultad en el manejo afectivo guarda relación con el ambiente que se genera en el hogar.

En torno a la asociación del contexto familiar con factores protectores, la línea es muy similar, encontrándose que, cuando en el contexto familiar existe una comunicación positiva, en los hijos se desarrollan diversas fortalezas como autoestima, optimismo y empatía. La familia

cumple un papel fundamental a través de la comunicación en la consolidación de la autoestima del adolescente, ya que una comunicación familiar funcional y positiva se relaciona con el desarrollo de la autoestima en los hijos (Hañari et al, 2020). Las influencias parentales positivas, como el afecto y calidad del cuidado, actúan como factor protector, reduciendo la posibilidad de manifestaciones violentas; es así como el clima familiar dado por la comunicación que se da al interior del sistema es favorecedor de empatía y recursos psicológicos asociados, convirtiéndose en un factor preventivo de conductas agresivas en la adolescencia (Larraz et al., 2020).

En tanto, la relación del contexto social en función de la zona geográfica con factores de riesgo como depresión e inestabilidad emocional son corroborados con el análisis de regresión lineal, siendo los preadolescentes de zona rural quienes están en desventaja. Algunos estudios indican que las personas que habitan en zonas con acceso a espacios abiertos o áreas verdes -característicos de zonas rurales- presentan una menor incidencia de trastornos mentales en comparación con aquellas que viven en entornos urbanizados (Martínez-Soto et al., 2016); no obstante, los resultados reportan lo contrario, lo cual exige una interpretación prudente, dado que podrían intervenir variables no contempladas en el presente análisis.

Con respecto a las asociaciones entre factores protectores y zona geográfica, los preadolescentes de zona urbana mostraron mayor puntaje en autoestima; lo que confirma los hallazgos previos; con ello se constata el rol que juega el contexto social sobre los factores que protegen al adolescente del riesgo. García et al. (2020), señalan que zonas geográficas donde hay escasez de acceso a servicios básicos incluyendo salud y educación, conllevan a un deterioro físico y mental de las personas que allí habitan y conviven; caso contrario, cuando se cuenta con el acceso a tales servicios puede repercutir favorablemente en la calidad de vida y por lo tanto en la salud mental; ello estaría asociado posiblemente a los resultados obtenidos.

En otra línea, el análisis de predicción reflejó que el contexto familiar influye sobre los factores de riesgo depresión e inestabilidad emocional, de tal manera que se confirma lo anteriormente expuesto, el clima que se vive en el hogar influye en la presencia de afectaciones del estado de ánimo de sus miembros, en particular de los hijos, lo que constata lo que la literatura ha planteado ampliamente, que la familia puede actuar como un factor protector o de riesgo en el desarrollo de cada individuo.

La depresión en adolescentes puede presentarse en familias disfuncionales, caracterizadas por un ambiente familiar inestable, falta de apoyo emocional; o bien, por una comunicación ineficaz y conflictos constantes, aunado a la ausencia de un entorno emocionalmente seguro (Guale et al., 2024).

De igual manera, cuando el sistema familiar, actúa como factor protector favorece conductas adaptativas, como lo reportado, al influir sobre la autoestima, empatía y el optimismo de los hijos, lo cual ha sido confirmado por las correlaciones halladas. Diversos estudios han evidenciado que la comunicación paterno-filial afecta directamente la autoestima de los hijos, aspectos que

se asocian a la vez con la perspectiva de vida y con la presencia de habilidades sociales como la empatía (Hañari et al., 2020).

En el caso del optimismo, se ha referido que el proceso de socialización que inicia en la familia tiene un fuerte impacto en sus niveles; en ella, los hijos internalizan los diversos componentes de la cultura que les permitirán desarrollar patrones de comportamiento positivos (Cajachagua, 2020). Diversas investigaciones han evidenciado la influencia que ejercen los factores ambientales sobre el desarrollo del optimismo, a través de mecanismos como el modelado. En este sentido, la familia representa el contexto primario donde se adquieren aprendizajes por observación. Las personas que cuentan con modelos positivos desarrollados en el hogar poseen mayores recursos psicológicos para desarrollar una actitud favorable ante la vida y frente a los eventos cotidianos (Escobar et al., 2024). Tales planteamientos dejan ver que el contexto familiar ejerce un rol fundamental sobre los factores protectores asociados a condiciones personales.

En tanto, la zona geográfica influye en algunos componentes de la sintomatología depresiva y en la inestabilidad emocional, tratándose de los factores de riesgo; en el caso de los factores protectores, solo la autoestima es predicha por el contexto social. Vivir en una zona rural puede ser desventajoso ya que, según los resultados obtenidos, los factores de riesgo se han exacerbado posiblemente por las limitaciones existentes en dichas comunidades. García et al. (2020), señalan que zonas geográficas con una calidad de vida donde hay escasez de acceso a servicios básicos incluyendo salud y educación, conllevan a un deterioro físico y mental de las personas que allí habitan y conviven.

Caso contrario son los resultados de un estudio realizado por Camargo et al. (2020), donde señala algunos aspectos de la salud mental y sus manifestaciones, comparando la prevalencia de ansiedad y depresión en población urbana y rural, han encontrado mayores puntuaciones en poblaciones urbanas; datos que difieren con los hallazgos.

Lo anterior podría estar asociado a la inequidad que se vive en el país, ya que no todas las familias tienen las mismas oportunidades, aun a pesar de vivir en localidades urbanas. Las dificultades de acceso a los servicios primarios, aunado a las precarias condiciones en las que muchos de los habitantes viven, generan sentimientos de malestar que podrían desembocar en problemas de salud mental.

En este orden de ideas, se concibe que el medio ambiente donde se desarrolla el ser humano contribuye a su calidad de vida, por lo es necesario identificar las condiciones que pueden proveer de recursos para un desarrollo positivo; al respecto, Vikram (2017), afirma que los factores de riesgo asociados con la depresión se vinculan con desventaja social y privación, como el bajo nivel educativo, la falta de empleo o de servicios públicos de calidad que llevan a la exclusión social o marginación, a la falta de oportunidades y por lo tanto a una merma en el desarrollo de factores protectores.

Los resultados obtenidos se sustentan en la premisa de que la adolescencia es un período en el que predominan aspectos psicológicos positivos favoreciendo la salud mental (Reyes & Ferragut, 2016). Dichos datos son reveladores ya que contrariamente, la adolescencia se ha concebido como un período conflictivo, tormentoso y de fuertes desafíos y no precisamente como una etapa de florecimiento como ha sido considerada por la perspectiva positiva de la Psicología.

Conclusión

A la luz de los resultados, se concluye la presencia de síntomas de depresión en un segmento de la población de estudio, así como dificultades en el manejo afectivo, lo que constituye un hallazgo sumamente preocupante, ya que no solo se ve afectado el estado de ánimo del adolescente, sino que se trastoca todas las áreas del desarrollo, lo cual deteriora la calidad de vida, y por lo tanto, el ajuste psicológico. No obstante, también están presentes factores protectores como la autoestima, optimismo y empatía, lo que puede contrarrestar el efecto adverso de las condiciones de riesgo.

Estos resultados podrían ser ambivalentes, sin embargo, puede ser una característica esperada en esta población; contar con un nivel de autoestima promedio y un enfoque optimista no garantiza la inmunidad a afectaciones en el estado de ánimo, tomando en consideración que la depresión en particular es una condición multifactorial que puede afectar a cualquier persona, de ahí la necesidad de retomarse en futuras investigaciones. Tales resultados pueden representar un sesgo en el estudio, al incluir solo datos cuantitativos lo puede ser una limitante.

Entre las limitaciones del estudio se señala que, para futuros estudios, se incluyan elementos cualitativos que permitan profundizar en los hallazgos a través de la aplicación de entrevistas semiestructuradas para explorar percepciones subjetivas de bienestar y trabajar con grupos focales que permitan profundizar en el impacto de los diferentes contextos de socialización.

Así mismo se sugiere estratificar la muestra por nivel socioeconómico para controlar su influencia en las diferencias geográficas, así también por etapa de la adolescencia lo que permitiría identificar con mayor precisión el inicio de patrones de comportamiento asociados a alteraciones en la salud mental. A la vez, se propone replicar el diseño en otras regiones con mayor diversidad cultural que favorezca un conocimiento más amplio sobre el fenómeno estudiado, lo que permitirá tener una visión más precisa de las características de las poblaciones adolescentes.

Los hallazgos del análisis de predicción fueron confirmados por las correlaciones, destacando que particularmente, el contexto familiar ejerce una notable influencia en la presencia de factores de riesgo y de protección, es decir, presenta un poder explicativo más robusto que el contexto social evaluado a partir de la zona geográfica. La familia como agente de socialización primario puede actuar como un factor que promueva el bienestar si actúa como un factor de protección, pero también puede convertirse en generadora de conductas poco saludables en sus miembros en particular, los hijos actuando como factor de riesgo.

Por otro lado, un contexto no menos importante es el social ya que actualmente los entornos macrosociales ejercen un poderoso impacto en las conductas individuales y colectivas. En este estudio se decidió vincularlo a la zona geográfica, encontrándose que los contextos rurales según los hallazgos, pueden generar mayores problemas de salud mental, lo cual podría deberse a las limitaciones socioeconómicas, a la falta de oportunidades, a situaciones psicosociales desfavorables; no obstante, es recomendable considerar estos resultados con reserva, dado que, entre las limitaciones del estudio, se reconoce la posible influencia de variables no previstas en los hallazgos obtenidos.

Este estudio es un primer acercamiento acerca de la influencia de los contextos familiar y social sobre algunas variables que actúan como factores protectores y de riesgo en población preadolescente, cumpliéndose el objetivo del estudio al identificar su prevalencia y el poder predictivo que ejercen las variables independientes sobre el ajuste psicológico de los adolescentes.

Referencias

- Ávila, M. & Cañas, M. (2023). Niveles de satisfacción con la vida y su relación con la autoestima en adolescentes. *Revista Psicología UNEMI*, 7(12), 23-34. <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol7iss12.2023pp23-34p>
- Bar-On, R., & Parker, J. D. A. (2000). *The Bar-On Emotional Quotient Inventory: Youth Version (EQ-I:YV) Technical Manual*. Multi-Health Systems, Inc.
- Brotfeld, C. & Berger, C. (2020). El rol de la empatía y apertura en la intimidad de las amistades adolescentes. *Revista de Psicología*, 29(2), 1-14. <http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2020.52231>
- Buttazzoni, A., Doherty, S., & Minaker, L. (2021). How Do Urban Environments Affect Young People's Mental Health? A Novel Conceptual Framework to Bridge Public Health, Planning, and Neighbourhood Urbanism. *Public Health Rep*, 137(1), 48-61. <http://dx.doi.org/10.1177/0033354920982088>.
- Cajachagua, R. (2020). *Tipo de funcionamiento familiar y optimismo en estudiantes del último semestre de todas las facultades de una universidad privada de Huancayo, 2018* [Tesis de Licenciatura, Universidad Continental].
- Camargo, J. A., Castañeda, J. G., & Segura, D. P. (2020). Sentido de vida, depresión y ansiedad en población rural de Cundinamarca, Colombia. *Revista de Ciencias Sociales* 26(4), 206-216.
- Campos, C., & Peris, M (2011). Factores protectores y de riesgo en alumnos de una institución pública y otra privada. *Eureka*, 8(1), 114-133.
- Carison, C., Lazcano, R., & Galindo, M. (2020). Empatía generadora de información para definir retos a resolver. *Boletín científico de la escuela superior Atotonilco de Tula*, 13, 19-21.
- Centro de información de salud rural. (2025). Salud mental rural. <https://n9.cl/hmdd4>
- Cruz-Linares, B., & Mendoza-González, B. (2023). Empatía en niños, niñas y adolescentes, descripción en función de sexo y nivel educativo. *Revista de Investigación Educativa RedCA*, 6(17), 134-154.

- Cuamba, N., & Zazueta, N. (2021). Depresión, afrontamiento y rendimiento académico en estudiantes de Psicología. *Dilemas contemporáneos: educación, política y valores*, 8. <https://doi.org/10.46377/dilemas.v8i.2565>
- Durán N., Gómez, A., & Pulido-Varón, H. (2023). Empatía y disposición a la reconciliación socioemocional en adolescentes penalizados. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 21(1). <https://doi.org/10.11600/rllcsnj.21.1.5176>
- Escobar, N. I., Guzmán-González, M., & Calderón-Carvajal, C. (2024). Relación entre el apego de los padres y el optimismo de los hijos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 29(1), 1–13. <https://doi.org/10.5944/rppc.37439>
- Espinoza, J. (2023). Depresión y agresividad en el contexto del COVID-19: impacto de la pandemia en los universitarios. *Revista San Gregorio*, 1(23), 185-199. <http://dx.doi.org/10.36097/rsan.v0i53.2143>
- Freire, E., & Lara, M. (2024). Optimismo y resiliencia en adolescentes. *Tesla Revista Científica*, 4(1), 1-12. <https://doi.org/10.55204/trc.v4i1.e263>
- García, B. (2018). Las habilidades socioemocionales, no cognitivas o “blandas”: aproximaciones a su evaluación. *Revista Digital Universitaria (RDU)*, 19(6). <http://doi.org/10.22201/co-deic.16076079e.2018.v19n6.a5>
- García, J., Aldape, L., & Esquivel, F. (2020). Perspectivas del desarrollo social y rural en México. *Revista de Ciencias Sociales*, 26(3), 45-55. <https://dx.doi.org/10.31876/rscs.v26i3.33230>
- González-Arratia, N. I., & Valdez, J. (2017). Optimismo: validación de una escala para adolescentes mexicanos. *Revista de Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 2(1), 121-130.
- González-Arratia, N. I. (2018). Autoestima, Optimismo y Resiliencia en Niños en Situación de Pobreza. *Revista Internacional de Psicología*, 16(1), 1-119.
- González-Forteza, C., Hermosillo, A., Vacio-Muro, M., Peralta, R. & Wagner, F. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 72(2), 149-155.
- Guale, L., Anchala, R., Solis, E., Tamayo, J., & Rodríguez, V. (2024). Relación entre el Funcionamiento Familiar y Niveles de Depresión en Estudiantes de la Ciudad de Guayaquil. *Revista Ciencia Latina Internacional*, 8(5). https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i5.14613
- Halian, I., Kurova, A., Skliaruk, A., Halian, O., & Khokhlov, A. (2022). Estabilidad emocional como factor del bienestar psicológico de futuros especialistas. *Amazonia Investiga*, 11(51), 183–196. <https://doi.org/10.34069/AI/2022.51.03.17>
- Hañari, J., Manzoi, M., & Esteves, A. (2020). Comunicación familiar y autoestima en adolescentes de zona urbana y rural. *Revista Innovación*, 2(3), 446-455.
- Larraz, N., Ladrero, E., & Antoñanzas, J. (2020). La satisfacción con la familia y su relación con la agresividad y la inteligencia emocional en adolescentes. *Psychology*, 1(4), 171-179.
- Marín, A., Hoyos, O., & Sierra, A. (2019). Factores de riesgo y factores protectores relacionados con el cyberbullying entre adolescentes: una revisión sistemática. *Papeles del Psicólogo*, 40(2). <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2899>

- Martínez-Soto, J., Montero & López-Lena, M., & De la Roca Chiapas, J. (2016). Efectos psicoambientales de las áreas verdes en la salud mental. *Interamerican Journal of Psychology*, 50(2), 204-214.
- Martorell, M., González, R., Calvo, A., & Benavides G. (1998). *Estudio confirmatorio del Cuestionario de Conducta Prosocial*. V Congreso de Evaluación Psicológica. Málaga.
- Mestré, M., Samper, A., & Latorre, A. (2010). Inestabilidad emocional y agresividad: factores predictores. *Ansiedad y estrés*, 16(1), 33-45.
- Morales, M. (2014). *Escala de habilidades comunicativas en familia desde la perspectiva del adolescente: resultados preliminares*. Memoria en extenso del XLI Congreso Nacional del CNEIP. Mazatlán, Sinaloa, México.
- Morcos, N. P. S. (2019). Optimismo en el adolescente. *Temática Psicológica*, 15(1), 7-14.
- Muñoz C., Restrepo D., & Cardona., D. (2016). Construcción del concepto de salud mental positiva. Revisión sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 39(3), 166-73.
- Navarro, J., Moscoso, M., & Calderón, G. (2017). La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática. *Liberabit*, 23(1), 57-74.
- Núñez-Hernández, E., & García-Méndez, M. (2022). Escala de Agresividad Física-Verbal y Relacional para Niños Mexicanos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 65(4), 143-162. <https://doi.org/10.21865/RIDEP65.4.11>
- OMS. (2022). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. <https://n9.cl/e65>
- OMS. (2024). La salud mental de los adolescentes. <https://n9.cl/8pv0>
- OMS. (2025). Suicidio. <https://n9.cl/7u0cg>
- Paim, A., Mateus, R., Souza, D., Braule, A., Oliveira, A., Silva, A., Guatimosim, R., Marques, D., Geraldo, A., & Fernandes, L. (2024). Association between emotional stability and suicidality in a Brazilian sample of the general population during the COVID-19 pandemic and the moderation role of financial hardship. *Journal of Affective Disorders Reports*, 16. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2024.100740>
- Palomar, J. (2015). *Resiliencia, educación y movilidad social en adultos beneficiarios del programa de desarrollo humano oportunidades*. Universidad Iberoamericana.
- Páramo, M. (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, P., Pérez, H., & Guevara, G. (2022). Factores de riesgo y desarrollo de resiliencia en adolescentes. *Uisrael, Revista científica*, 9(2), 23-38. <https://doi.org/10.35290/rcui.v9n2.2022.519>
- Radloff, L. (1977). The CES-D Scale: a self report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Ramírez-Corone, A., Martínez Suárez, P., Cabrera Mejía, J., Buestán Andrade, P., Torracchi-Carrasco, E. & Carpio, M. (2020). Habilidades sociales y agresividad en la infancia y adolescencia. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 39(2), 209-218. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4068522>

- Reyes, S., & Ferragut, M. (2016). Fortalezas psicológicas y diferencias de sexo en adolescentes. *Escritos de Psicología*, 9(3), 28-36.
- Rossi, A., & Di Stefano, R. (2024). Emotional instability: terminological pitfalls and perspectives. *Journal of psychopathology*, 30, 1-7.
- Ruiz, T., Jiménez, J., García, M., Flores, L. & Trejo, H. (2020). Factores del ambiente familiar predictores de depresión en adolescentes escolares: análisis por sexo. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 6(1), 104-121.
- Sigüenza, W., Quezada, E. & Reyes, M. (2019). Autoestima en la adolescencia media y tardía. *Revista Espacios*, 40(15).
- Silva-Fernández C. S., & Pabón-Poches, D. K. (2023). Factores de riesgo asociados a la agresividad en adolescentes: diferenciación por sexo. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 17(1), 43-55, <https://doi.org/10.21500/19002386.6245>
- Toscano, F., Alessandri, G., & Zappala, S. (2025). Examining job performance in work from home considering job concentration and social isolation: The moderating role of emotional stability in a diary study. *Computers in Human Behavior Reports*, 18. <https://doi.org/10.1016/j.chbr.2025.100654>
- Vikram, P. (2017). Treating depression where there are no mental health professionals. *Bull World Health Organ*, 95, 172–173. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.17.030317>
- Zabala, M., Richard, M., Brecia, F., & López, M. (2018). Relaciones entre empatía y teoría de la mente en niños y adolescentes. *Pensamiento Psicológico*, 16(2), 47-57. <http://dx.doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI16-2.retmm>

Autora

Marisol Morales Rodríguez. Doctorado en Ciencias de la educación, Maestría en Psicología de la Salud, Licenciatura en Psicología. Profesor Investigador de tiempo completo. Coordinación de la Licenciatura en Psicología Modalidad en línea, Facultad de Psicología, UMSNH.

Declaración

Conflicto de interés

No tenemos ningún conflicto de interés que declarar.

Financiamiento

Institución patrocinadora: Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Nombre del proyecto: Factores protectores y de riesgo en la salud mental de adolescentes: Un estudio sobre adolescencias saludables. Información tributaria para emitir la factura correspondiente: UMS300101KE8, REGIMEN FISCAL, 603 Personas Morales con Fines no Lucrativos, G03 Gastos en general

Agradecimientos

Instituciones educativas participantes

Nota

El artículo es original y no ha sido publicado previamente.