



Vol. 21 No. 3

Septiembre de 2018

ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y ESTILO DE VIDA EN ADOLESCENTES

Georgina Eugenia Bazán Riverón¹, Dalia Coral Ramírez Sánchez²

Maricela Osorio Guzmán³, Laura Evelia Torres Velázquez⁴

Universidad Nacional Autónoma De México

Facultad De Estudios Superiores Iztacala

RESUMEN

El objetivo del estudio fue analizar la relación entre depresión y estilo de vida (EV). Participaron 523 adolescentes. Se evaluó la depresión mediante el *Children's Depression Inventory -CDI-* (Del Barrio y Carrasco, 2004), el estilo de vida (EV) con una escala tipo Likert diseñada *ad hoc* con 6 dimensiones: 1. Alimentación, 2. Actividad física, 3. Estado emocional, 4. Relaciones sociales, 5. Toxicomanías y 6. Salud, también se exploraron las variables género y grado escolar. Los resultados muestran que no existen correlaciones significativas entre los puntajes totales de depresión y estilo de vida (EV), sin embargo entre las subescalas humor negativo con alimentación, relaciones sociales y el total de EV se observa una correlación media significativa ($r=0.62$, $r=0.75$ y $r=0.69$; $p<0.05$); también se observó que conforme el grado académico avanza, los chicos muestran más problemas interpersonales, problemas de autoestima y anhedonia algo similar sucede con el EV, el género no mostró diferencias significativas en ninguna de las dos escalas. Se concluye que la adolescencia es una etapa desafiante para los adolescentes, sus padres y los profesionales de la salud, pues debe intervenirse ante la presencia de síntomas depresivos, ya que éstos guardan relación con el EV.

¹ Profesor Titular "A" Definitivo de FES Iztacala. Correo electrónico: gebrmx@yahoo.com.mx

² Pasante de Psicología de FES Iztacala. Correo electrónico: dalia_ram15@hotmail.com

³ Profesor Titular "B" Definitivo FES Iztacala. Correo electrónico: mar1814@yahoo.com.mx

⁴ Profesor Titular "C" Definitivo FES Iztacala. Correo electrónico: lauratv@unam.mx

Palabras Clave: Depresión, Estilo de vida, adolescencia.

ANALYSIS OF THE RELATIONSHIP BETWEEN DEPRESSION AND STYLE OF LIFE IN ADOLESCENTS

ABSTRACT

Analyze the relationship between depression and life style (LS) was to objective of this study. 523 adolescents participated. The depression was assessed with the Children's Depression Inventory-CDI- (Del Barrio and Carrasco, 2004), the style of life (LS) with a Likert type scale designed *ad hoc* with 6 dimensions: 1. Habits eating, 2. Physical activity, 3. Emotional state, 4. Social relations, 5. Drug addiction and 6. Health, were also explored the variables gender and academic level. We found no significant correlations between the total scores of depression and life style (LS), however between the subscales negative mood with food, social relations and the total number of (LS) is observed a significant average correlation ($r=0.62$, $r=0.75$ and $r=0.69$; $p<0.05$); also, while most adolescents grow, they show more interpersonal problems, problems with self-esteem, and anhedonia. The same situation is for the (LS), gender showed no significant differences in any of the two scales. It's concluded that adolescence is a challenging time for adolescents, their parents and health professionals, therefore, all together intervene in the presence of depressive symptoms, because these are associated with (LS).

Keywords: Depression, life style, adolescence.

La adolescencia es una etapa del desarrollo humano que transcurre entre los 10 y 19 años, en este lapso se experimentan cambios físicos, cognitivos y emocionales, surgiendo el pensamiento formal, herramienta cognitiva que le permite al adolescente razonar sus relaciones y tener procesos de adaptación y búsqueda de identidad, es decir, él tiene que ajustarse al nuevo funcionamiento de su cuerpo con conductas socialmente aceptadas, desplegando nuevos repertorios conductuales de autocuidado, de esta forma, va construyendo su Estilo de Vida (EV), el cual puede ser saludable o mórbido, iniciando así, cierta independencia de sus padres para tomar decisiones que generalmente repercutirán en su salud en el presente y futuro (Oliva, 2011; Paramo, 2011; Díaz y González, 2014).

Al ser la adolescencia un proceso de transición en el que se experimentan cambios, algunos jóvenes están particularmente expuestos a padecer problemas de salud y de desarrollo debido a factores individuales, ambientales y sociales dependiendo del EV que tengan (OMS, 2014). El EV es un conjunto de conductas

que un individuo realiza con determinada regularidad; éstas constituyen parte de las rutinas del individuo, por lo que implican su manera de vivir al involucrar aspectos como: alimentación, horas de sueño o descanso, manejo o control del estrés y ansiedad, actividad física y vida sexual, entre otros, que determinarán el estado de salud de cada individuo. Las conductas, actividades, rutinas y valores, que componen el EV de alguna manera son influidas por procesos de socialización, por lo cual, algunas conductas han sido asociadas al género, por ejemplo, al varón se le atribuye cierta propensión a las adicciones y a los accidentes, mientras que a las mujeres se les vincula con violencia de género y abusos físicos; también en la literatura se asocia al EV con factores económicos, ya que el nivel socioeconómico bajo se ha asociado con una baja ingesta de alimentos con los nutrientes necesarios para un buen desarrollo (García, García, Ramos y Tapiero, 2012).

Autores como Guerrero y León (2010) y Fonseca, Maldonado, Pardo y Soto (2007), consideran que el EV puede ir de saludable a mórbido, dependiendo de qué tanto promueva la salud y la longevidad, o cuanto disminuya el estrés, evite distintas toxicomanías y la vida sedentaria -que actualmente se relaciona con el uso de las redes sociales, videojuegos o internet- práctica cotidiana en los adolescentes que ha interferido en sus formas de socialización, en la práctica de actividad física y el uso del tiempo libre.

Relacionado con lo anterior, Carmona (2015) menciona que los jóvenes actualmente disponen de mayor tiempo libre sin supervisión, lo que les permite llevar a cabo acciones nocivas como el consumo excesivo de alcohol, el cual se ha asociado con la inactividad física, problemas de estrés y accidentes que generan problemas en su EV y en sus hábitos de salud a corto y largo plazo.

Los EV mórbidos adoptados por los adolescentes, han propiciado la aparición de los trastornos del comportamiento, dentro de los cuales Paramo (2011) señala dos muy importantes, por un lado, los trastornos alimentarios, los cuales están estrechamente relacionados con la satisfacción corporal y el autoconcepto; y por el otro lado, los trastornos afectivos entre los que se encuentra la ansiedad, ataques de pánico, estrés, depresión y suicidio; siendo éste último en todos los

países occidentales una de las tres causas principales de muerte en los adolescentes, y el cual está relacionado con estados depresivos previos (Cárdenas, Feria, Vázquez, Palacios y De la Peña, 2010; Paramo, 2011).

De este modo, se puede ver que la depresión es un problema de salud contemporáneo a nivel mundial, que mantiene un aumento constante en su incidencia y prevalencia. En México el 50% de los trastornos mentales se desarrollan antes de los 21 años y una de cada dos personas presentan los primeros síntomas alrededor de los 14 años de edad, por lo que dichos trastornos se han convertido en uno de los principales problemas de salud en la adolescencia. El trastorno de mayor prevalencia es la depresión, la cual es la principal causa de morbilidad y discapacidad en esta etapa (INSP, 2016 y OMS, 2016). Su manejo requiere de un trabajo multidisciplinario, ya que su conceptualización se ha consolidado a partir de los aportes de la medicina y la psicología (Arregui, 2010; Botto, Acuña y Jiménez, 2014).

Desde el enfoque médico, el DSM 5 (2013) define los criterios que se tienen que considerar para determinar si se padece depresión: pérdida de peso, insomnio, agitación, fatiga, sentimientos de culpa y deseos de morir; de estos síntomas deben estar presentes por lo menos: ánimo deprimido y/o disminución de placer; asimismo se deben presentar síntomas que provoquen malestar o deterioro en el área social; descartando que todos los criterios anteriores se atribuyan a un desorden biológico o de índole esquizo-afectivo. Para diagnosticar depresión mayor en el adolescente se requiere la presencia de al menos 5 de estos síntomas durante un período de dos semanas (*American Psychiatric Association*, 2013).

Desde el enfoque psicológico, Beck (1976) define a la depresión como un desorden cognitivo. Supone que los signos y síntomas de la depresión son una consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos. Como referente utiliza la triada cognitiva, la cual consta de tres patrones principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, sus experiencias y su futuro de un modo idiosincrático, el primer patrón se centra en la visión negativa del paciente sobre sí mismo, tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un “defecto suyo”; el segundo se centra en la tendencia de la persona para interpretar sus experiencias

de una manera negativa, considera que el mundo le hace demandas exageradas y le presentan obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos, interpreta sus problemas en las relaciones como fracasos y con frustración; y por último, el tercer patrón se centra en la visión negativa acerca del futuro, cuando la persona con depresión hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente (Beck, 1979).

En cuanto a los estudios realizados con adolescentes que consideran depresión o EV se encuentra el realizado por Veytia y cols. (2012), quienes señalan que algunas de las causas que hacen más probable la aparición de la depresión son los acontecimientos vitales estresantes, que se definen como los sucesos negativos de la vida diaria, por ejemplo, la pérdida de algún ser querido, fracaso, muerte, rechazo, entre otros y que la depresión es más común en mujeres que en varones; por su parte, Rivera y cols. (2015) encuentran asociaciones entre la baja autoestima, los EV mórbidos, las adicciones, falta de actividad física, mala alimentación y factores socioeconómicos como la violencia, la inseguridad o las crisis económicas; ante lo cual concluye que la percepción negativa sobre uno mismo y los problemas del entorno refuerzan la sintomatología depresiva y un EV poco saludable, lo cual, puede producir importantes niveles de discapacidad, afectando las funciones físicas, mentales y sociales que se asocian con comportamientos de riesgo y muerte prematura (Arregui, 2010 y Berenzon, et al., 2013).

Un estudio Venezolano (Pérez y Pérez, 2012), tuvo como objetivo determinar la presencia de síntomas de estrés y trastornos de sueño, así como la relación entre esas variables y el EV; participaron estudiantes universitarios de ambos sexos; los resultados demostraron que diversas situaciones vividas por los estudiantes como separarse de sus familias, trasladarse a otras regiones para poder cursar sus estudios, tener que hacer largos desplazamientos diarios y las obligaciones extra-académicas (laborales o familiares), son situaciones percibidas por los estudiantes universitarios como estresantes en su vida diaria; respecto al EV se observó que el estrés se asocia con EV mórbidos (consumir bebidas alcohólicas, fumar, no hacer actividad física de manera regular, mala alimentación e insomnio).

Respecto a los estudios que se han propuesto como objetivo estudiar la relación entre la depresión y EV, en el año 2011 se realizó en México un estudio para evaluar el EV y la depresión en estudiantes universitarios de primer ingreso al área de la salud (biología, medicina, odontología, optometría, enfermería y psicología), donde se evaluaron síntomas depresivos y EV, aun cuando no se encontró una relación estadísticamente significativa entre EV y los síntomas depresivos, sí se encontró evidencia de la presencia de síntomas depresivos y de un EV mórbido, los autores lo atribuyen a la etapa de vida de los participantes donde tienen que desarrollar nuevas conductas de autocuidado y organización de manera independiente de sus familias, lo que genera que ellos realicen prácticas de autocuidado inadecuadas (Álvarez, et al., 2011).

Investigaciones en población adolescente realizadas en Colombia en el año 2014 y más tarde en México 2015 se enfocaron en identificar síntomas depresivos en relación a su EV y el género, en los resultados se aprecia que el género no presentó diferencias significativas con respecto al EV siendo saludable, tanto en mujeres como en hombres. Sin embargo, los factores psico-emocionales y sociales sí tienen un comportamiento diferencial según el género, ya que los hombres tienen mejores fortalezas personales que las mujeres y éstas presentan niveles más altos de emociones negativas, también hallaron que por cada hombre con síntomas de depresión hay dos mujeres con la misma condición; una explicación para esta situación podría hallarse en las expectativas de rol de género y en la estructura familiar, pudiendo éstas jugar un papel importante, no sólo en la conducta del adolescente sino también en su salud psicológica (Quiceno y Vinaccia, 2014; De Castro, Leyva, Pérez, Rivera, Rivera, 2015).

Debido a que frecuentemente se refiere a la depresión como un trastorno común en la adolescencia y dada su posible relación con el EV surge la necesidad de brindar atención especial a la evaluación de ambos fenómenos, considerando algunos de los instrumentos más empleados en población hispanoparlante, Por ejemplo, el Cuestionario Básico de Depresión (CBD) que consta de 21 ítems referidos a tres áreas típicamente depresivas: el humor triste, la anhedonia y la baja autoestima; el Cuestionario de Depresión para niños de Lang y Tisher (1978)

(del inglés, *Children's Depression Scale* –CDS-), que evalúan dos dimensiones: total depresiva y total positiva; la Escala de Birleson para trastorno depresivo Mayor de Birlenson (1986), (del inglés, *Depression Self Rating Scale* -DSRS-) que cuantifica en niños y adolescentes la severidad de la sintomatología; el instrumento creado por Reynolds (1987), la Escala de Depresión Adolescente (del inglés, *Reynolds Adolescent Depression Scale* -RADS-), que examina la fenomenología y los efectos de la depresión como el suicidio, aflicción y violencia (Peñate, Bello, García, Rovella y PinoSedeño, 2014). Sin embargo, se empleó la versión validada para México del CDI (Del Barrio y Carrasco, 2004), que se desprende del Inventory de Depresión en Niños CDI (del inglés, *Childrens Depression Inventory*) de Kovacs (1977). Este instrumento, es la prueba más utilizada en investigaciones y diagnósticos por sus propiedades psicométricas, mide cinco subescalas (estado de ánimo negativo, dificultades interpersonales, baja autoestima, ineficacia y anhedonia).

Respecto a los instrumentos de evaluación del EV, en la literatura se menciona que son pocos y los que hay son de tipo genérico; de los cuestionarios más conocidos se menciona el FANTASTIC que mide el EV, diseñado en el departamento de medicina familiar de Canadá y validado para población mexicana adulta (Agredo y Ramírez, 2012), sin embargo no se tiene referencia de alguna versión para adolescentes. De tal modo, que en esta investigación se empleó un instrumento tipo Likert de cinco puntos diseñado *ad hoc* para adolescentes que incluye seis dimensiones: alimentación, actividad física, estado emocional, área social, toxicomanías y salud, el cual ha mostrado una consistencia interna adecuada ($\alpha = .79$).

Como se ha visto hasta ahora la depresión es un problema de salud grave en la adolescencia que mantiene alta incidencia y puede estar relacionada con el EV, de tal modo que es importante evaluar el grado en que se presentan estas variables en población adolescente y el grado en que se asocian, ya que como afirma Álvarez et al. (2011), el EV y la depresión se presentan de manera bidireccional, es decir, si un individuo se encuentra en condiciones emocionales desfavorables no tendrá el interés suficiente para cuidar su salud, lo cual impactará en su estado

emocional. En este sentido el objetivo del presente estudio fue analizar de la relación entre la depresión y el estilo de vida (EV) en adolescentes.

MÉTODO

Participantes

Fueron evaluados 523 adolescentes de una secundaria del Estado de México (primer grado 35%; segundo grado 34% y tercer grado 31%), de los cuales 48% fueron mujeres y 52% varones, con edades entre 11 y 15 años (Media=12; DT=0.98). Participó un grupo de tesis capacitados en la aplicación de los instrumentos y manejo de grupos adolescentes, con la colaboración de los tutores de cada grupo.

Escenario

Se realizó el estudio en las instalaciones de la escuela secundaria, dentro de las aulas de cada grupo.

Instrumentos

Datos sociodemográficos: Se diseñó una cédula para este fin, que contenía datos como edad, grado escolar y género.

Depresión: CDI de su nombre en Inglés *Children's Depression Inventory* que tiene una escala de tres puntos (Escala: 0, 1 y 2). Se empleó la versión validada en población mexicana de Del Barrio y Carrasco (2004). La cual cuenta con 5 dimensiones: humor negativo, problemas interpersonales, sentimientos de incapacidad, autoestima y anhedonia. Ha sido diseñada para niños y adolescentes de 7 a 18 años y consta de 27 ítems.

Escala de Estilo de Vida (EV) en adolescentes: Se empleó una escala diseñada *ad hoc* con reactivos tipo Likert de 5 puntos con valores de 0 a 4 con un valor medio de 2. Consta de 6 dimensiones para evaluar el Estilo de Vida: 1. Alimentación, 2. Actividad física, 3. Estado emocional, 4. Relaciones sociales (familia, amigos, escuela), 5. Toxicomanías y 6. Salud (Prevención de Enfermedades y sexualidad). La escala fue evaluada mediante el alfa de Cronbach y mostró adecuada consistencia interna ($\alpha=0.79$).

Procedimiento

Se tramitaron las autorizaciones correspondientes con los directivos de la escuela. Se impartió una conferencia introductoria a los profesores y directivos de la secundaria sobre la importancia de la relación entre EV y Depresión. Se recogió el consentimiento informado, firmado por el padre o tutor y el de asentimiento informado por el participante. Se aplicaron los instrumentos sin límite de tiempo. Las evaluaciones fueron realizadas por los tutores de cada grupo y los tesistas de psicología debidamente capacitados.

Análisis de resultados

Se aplicaron procedimientos estadísticos descriptivos, se analizaron las diferencias entre grados académicos mediante la prueba F de Fisher, en las variables de síntomas depresivos y EV, tanto en puntajes generales como en dimensiones. Se aplicaron Coeficientes de correlación para evaluar el grado de asociación entre los totales y las dimensiones.

RESULTADOS

Los adolescentes de esta muestra no presentan síntomas severos de depresión en general y tienen un EV moderadamente saludable (tablas 1 y 2). Se observó que conforme el grado académico avanza, los chicos muestran más problemas interpersonales, problemas de autoestima y anhedonia, aun cuando los datos no llegan a ser considerados patológicos (tabla 1); algo similar sucede con el EV en general, pues empeora conforme cursan un mayor grado (tabla 2). No se encontraron diferencias de género en depresión ni en EV.

CDI					
DIMENSIONES	Primerº N= 183 Media DT	Segundo N= 177 Media (DT)	Tercero N= 163 Media (DT)	Total N= 523 Media (DT)	N= 523 F
Humor Negativo	1(0.79)	1.5 (.26)	1.7 (.22)	1.7(.25)	-
Problemas Interpersonales	.74(.11)	.79(.27)	.84(.33)	.79(.27)	5.81*
Sentimientos de Incapacidad	1(.35)	1(.37)	1.04(.42)	1(.38)	-
Autoestima	0.65(.3)	.70 (.31)	.77(.38)	.71(.33)	7.79
Anhedonia	.76(.36)	.83(40)	0.87(43)	.82(40)	3.48*
CDI TOTAL	1(.22)	1.3(2)	1.6(.3)	1(.19)	10.59*

*P=0.05

Tabla 1. Descriptivos de la escala de depresión en la población total y por grado. Análisis de varianza de un factor por grado académico.

Estilo de Vida (EV)					
DIMENSIONES	GRADO ESCOLAR				
	Primero N=183	Segundo N=177	Tercero N=163	N= 523 Media (DT)	N= 523 F
Alimentación	2(.67)	1.8(.98)	1.5 (.64)	2 ()	11.07*
Actividad Física	2.3 (59)	2(.46)	1.8 (.54)	2.1 (0.63)	-
Estado Emocional	2.4 (46)	2(.82)	1.7 (.45)	2.3 (0.63)	12.41
Relaciones Sociales	2.2 (.38)	1.6(.67)	1.6(.67)	1.9(0.29)	-
Toxicomanías	3.7 (.54)	3.3 (.58)	3.3(.58)	3.8(0.39)	10.18*
Salud	3.6 (.36)	3.4 (.46)	3.4 (.46)	3.5 (0.55)	-
Estilo de Vida TOTAL	85.82	82.47	82.36	3.5 (0.35)	10.177*

P=0.05

Tabla 2. Descriptivos de la escala de Estilo de vida en la población total y por grado. Análisis de varianza de un factor por grado académico.

Se obtuvo la correlación entre los totales de las escalas y no se encontraron asociaciones significativas. Sin embargo, al estudiar el humor negativo con la alimentación, las relaciones sociales y el total de EV se observó una correlación media significativa ($r=0.62$, $r=0.75$ y $r= 0.69$; $p<0.05$). Respecto a las áreas de humor negativo, sentimientos de incapacidad, autoestima y anhedonia se

encontraron relaciones bajas pero significativas con el EV general, alimentación, actividad física, control de emociones, toxicomanías y salud (valores que oscilan entre $r=0.9$; y $r= 0.12$; $p<.05$).

DIMENSIONES CDI	Correlaciones					
	Dimensiones Estilo de vida (EV)					
	Alimentación	Actividad Física	Control Emociones	Toxicomanías	Salud	EV Total
H. Negativo	$r=0.62^*$	-	-	-	$r=0.75^*$	$r=0.69^*$
Problemas Interpersonales	-	-	-	-	-	-
Sentimientos de incapacidad	-	-	-	$r=0.12^*$	$r=0.12^*$	-
Autoestima	-	$r=0.1^*$	-	-	-	$r=0.12^*$
Anhedonia	$r=0.1^*$	-	$r=0.9^*$	-	-	-
CDI Total	-	-	-	-	$r=0.1^*$	-

* $p=0.05$

Tabla 3. Correlación entre las escalas de Depresión y Estilo de vida en adolescentes de secundaria.

CONCLUSIONES

La presente investigación muestra que la adolescencia es una etapa de retos para los adolescentes como lo constata en su investigación Galicia et al. (2013) puesto que los cambios en esta etapa pueden tener efectos en las habilidades del adolescente para promover sentimientos de autoeficacia y un EV saludable o influir en la aparición de síntomas depresivos y un EV mórbido.

Partiendo de los datos obtenidos se puede observar que el humor negativo, los sentimientos de incapacidad, la autoestima y la anhedonia, pueden predisponer al adolescente para practicar un EV poco saludable, lo cual concuerda con el estudio de Álvarez et al. (2011) donde encuentran síntomas depresivos y problemas en la adopción de un EV saludable.

Otro hallazgo identificado, es que conforme los chicos crecen existe un detrimento en su EV, lo cual puede estar relacionado con la demanda del adolescente de independencia de sus familias. Este hecho recuerda que los estilos de crianza juegan un papel importante para desarrollar o limitar los recursos del adolescente, es decir, los padres deben basar sus estilos de crianza en la equidad de

comunicación, tolerancia y disciplina, para impulsar el adecuado desarrollo de sus hijos (Casassus, et al., 2011; Molina, et al., 2014; y Ortiz, et al., 2016).

De tal modo que debe instruirse a los padres para que adapten sus estilos de crianza dando supervisión, orientación e independencia de manera simultánea, tal como lo afirma Carmona (2015) se debe dar equilibradamente cierto grado de responsabilidades y obligaciones, pues al disponer de mayor tiempo libre sin supervisión y la ausencia de obligaciones, da cabida a realizar acciones nocivas que generan EV mórbidos y problemas de salud a corto y largo plazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Álvarez, M., Guillen, D., Ríos, M. y Jiménez C. (2011). Evaluación del estilo de vida y depresión en estudiantes universitarios. *Desarrollo Científico Enferm.* 19 (8). 264-268 Recuperado de: www.index-f.com/dce/19pdf/19-264.pdf

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *DSM V Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5^a ed.). Arlington, VA:. Panamericana Editorial.

Agredo, R. y Ramírez, R. (2012) Fiabilidad y validez del instrumento Fantastico para medir estilo de vida en adultos colombianos. *Revista Salud Pública* 14 (2) 226- 237 Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v14n2/v14n2a04.pdf>

Arregui, A. (2010) La Depresión y su Contexto .*Revista de Neuro-Psiquiatría*, 73 (3), 75-76. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372036931001>

Beck, A.T. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. Nueva York: International Universities Press.

Berenzon, S., Lara, M., Robles, R. y Medina, M. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55 (1) 74-80. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/v55n1/v55n1a11.pdf>

Botto, A. Acuña, J. y Jiménez, J. (2014). La Depresión como un diagnóstico complejo, implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista Médica de Chile* 142 (10) 1297-1305. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v142n10/art10.pdf>

Cárdenas, E., Feria, M., Vázquez, J., Palacios, L. y De la Peña F. (2010). Guía Clínica de los trastornos Afectivos (Depresión y Distimia) en niños y

Adolescentes, **México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.**

Carmona, V. (2015). Aprovechamiento del tiempo libre y realización de actividad física regular en una comunidad universitaria de Colombia. **CES Movimiento y Salud 3** (1) 16-22. Recuperado de:
<http://revistas.ces.edu.co/index.php/movimientoysalud/article/view/3572/pdf>

Casassus, M., Valdes, M., Florenzano, R., Cáceres, E., Aspíllaga. C. y Santander, S. (2011). Parentalidad y salud mental adolescente: diferencias entre ciudades y tipo de dependencia escolar. **Revista de Psicología. 20** (2). 125-146. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26421338006>

Del Barrio, V. y Carrasco, M. (2004). CDI. Inventario de Depresión Infantil. Madrid: TEA Ediciones.

Díaz, C. y González, M. (2014). Conductas Problema en Adolescentes en la Ciudad de Monterrey, México. **Enfermería Global, 13** (1) 1-16. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834852001>

Fonseca, M., Maldonado, A., Pardo, L. y Soto, M. (2007). Adolescencia, estilos de vida y promoción de hábitos saludables en el ámbito escolar. **Umbrales científicos**, (11) 44-57 Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30401105>

Galicia, I., Sánchez, A. y Robles, F. (2013). Autoeficacia en escolares adolescentes: su relación con la depresión, el rendimiento académico y las relaciones familiares. **Anales de Psicología. 29** (2). 491-500. Recuperado de: <http://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.29.2.124691/147601>

García, D., García, G., Tapiero, Y., Ramos, D. (2012). Determinantes de los estilos de vida y su implicación en la salud de jóvenes universitarios. **Revista hacia la promoción de la salud, 17** (2) 169-185. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126826012>

Guerrero, L. y León, A. (2010). Estilo de Vida y Salud. **Edurece, 14** (48) 13-19 Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/356/35616720002.pdf>

INSP, (2016). Síntomas Depresivos en Estudiantes del Nivel Medio Superior. México: INSP

Molina, M., Raimundi, M. y Bugallo, L. (2014). La percepción de los estilos de crianza y su relación con las autopercepciones de los niños de buenos aires: diferencias en función del género. **Universitas Psychologica. 16** (1). 1-12. Recuperado de:
<http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/7397/14868>

- Oliva A. (2011). Apego en la Adolescencia. *Acción psicológica*, 8 (2), 55-65. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=344030766005>
- OMS, (2014). Salud para los Adolescentes del Mundo, una segunda oportunidad en la segunda década. Suiza: OMS
- OMS, (2016). La Depresión. México: OMS. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Ortiz, M. y Moreno O. (2016) Los estilos parentales: implicaciones sobre el rendimiento escolar en alumnos de educación media. *Revista digital internacional de psicología y ciencia social*. 2 (1). 76-88. Recuperado de: <http://cuved.unam.mx/revistas/index.php/rdpcs/article/view/61>
- 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. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082011000100009
- Pérez, A. y Pérez, G. (2012). Estilo de Vida y Trastornos emocionales en estudiantes universitarios de educación, mención matemática. *Edurece*. 16 (5) 339-344 Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35626140017>
- Peñate, W., Bello, R., García, A., Rovella, A. y Pino-Sedeño, T. (2014). Características psicométricas del Cuestionario Básico de Depresión en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicología* 30 (1), 143-149. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282014000100015
- Quiceno, J. y Vinaccia S. (2014). Calidad de Vida, Fortalezas Personales, depresión y Estrés en el adolescente según sexo y estrato, *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14 (2), 155-170. Recuperado de: <http://www.iopsy.com/volumen14/num2/381/calidad-de-vida-fortalezas-personales-ES.pdf>
- Rivera, L., Rivera P., Pérez B., Leyva A. y De Castro F. (2015). Factores individuales y familiares asociados con sintomatología depresiva en adolescentes de escuelas públicas de México. *Salud Pública de México*, 57 (3),219-226 Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000300010
- Veytia, M., González N., Andrade P. y Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud mental*, 35 (1), Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58223290006>