

# Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar

**Rafael Leyva-Jiménez,<sup>1</sup>**  
**Ana María Hernández-Juárez,<sup>2</sup>**  
**Gabriela Nava-Jiménez,<sup>2</sup>**  
**Verónica López-Gaona<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Maestro en Ciencias Médicas, especialista en Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar (UMF) 53, León  
<sup>2</sup>Especialista en Medicina Familiar, Hospital General de Subzona con UMF 7, San Francisco del Rincón  
<sup>3</sup>Médico general cirujano y partero  
Instituto Mexicano del Seguro Social, Guanajuato

Comunicación con:  
Rafael Leyva-Jiménez.  
Tel.: (477) 167 6482.  
Correo electrónico:  
leyvajimenez@msn.com  
leyvajimenez@yahoo.com.mx

## RESUMEN

**Objetivo:** determinar la frecuencia de depresión y disfunción familiar en adolescentes. **Material y métodos:** se incluyeron 252 estudiantes, 134 del sexo masculino y 118 del femenino, con edad promedio de 16 años. Para evaluar la depresión y la función familiar se utilizó la escala de Birlerson y el instrumento FACES III. **Resultados:** en general, la frecuencia de depresión fue de 29.8 %; en el sexo masculino se identificó en 18.7 % y en la mujer, en 42.4 % ( $p < 0.05$ , OR = 3.2). En los adolescentes con depresión se observó con más frecuencia la familia rígidamente dispersa ( $p < 0.05$ , OR = 6.3). En los adolescentes sin depresión fueron más comunes las familias flexiblemente aglutinadas ( $p < 0.05$ , OR = 0.215), las estructuralmente aglutinadas ( $p < 0.05$ , OR = 0.215) y las rígidamente aglutinadas ( $p < 0.05$ , OR = 0.106). **Conclusiones:** se identificó un porcentaje importante de depresión en los adolescentes, lo que invita a continuar con los programas para su detección en el primer nivel de atención, para realizar tratamiento oportuno y evitar consecuencias como el suicidio, la drogadicción y el alcoholismo.

## SUMMARY

**Objective:** to determine the frequency of depression and family function in adolescents. **Methodology:** 252 students participated in the study, 134 males and 118 females; the average age was 16 years. The Birlerson depression self-rating scale and the Family Adaptability and Cohesion Scale III (FACES III) served to assess depression and family functionality. **Results:** the overall depression was 29.8 %, although in young males was 18.7 % and in young females was 42.4 % ( $p < 0.05$ , OR = 3.2). The rigidly dispersed family was more frequently found in the group of adolescents with depression ( $p < 0.05$ , OR = 6.3). While in the group of adolescents without depression the most frequent were, the flexible agglutinated ( $p < 0.05$ ; OR = 0.215), structurally agglutinated ( $p < 0.05$ , OR = 0.215) and rigidly agglutinated families ( $p < 0.05$ , OR = 0.106). **Conclusions:** this study showed that a significant percentage of adolescents suffer depression. This finding should prompt to further actions to detect adolescents' depression in primary care settings to provide timely care and to avert its severe consequences such as suicide, drug and alcohol use.

## Introducción

En México, al igual que en otros lugares del mundo, los trastornos mentales se han vuelto un problema de salud pública por ser una importante causa de enfermedad, discapacidad y muerte.<sup>1</sup> En 2003, en el sexo masculino ocuparon el noveno lugar de las enfermedades no transmisibles causantes de egresos hospitalarios mientras que en el femenino, el sexto.<sup>2</sup> De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica realizada en 2002 en sujetos de 18 a 65 años de edad, 9.1 % de

la población ha cursado con algún trastorno afectivo, con una prevalencia de 11.2 % en mujeres y 6.7 % en hombres. En la misma encuesta, la prevalencia global del trastorno depresivo mayor fue de 3.3 % y de la distimia, de 0.9 %.<sup>3</sup> En un estudio nacional de 2005 se encontró 4.5 % de depresión en adultos.<sup>4</sup>

Considerando la mortalidad y el número de días vividos con discapacidad, los trastornos mentales se colocan entre los padecimientos que más carga representan a escala mundial, atribuyéndoles actualmente 10 % de la global y estimando que para el 2020 aumenta-

## Palabras clave

- ✓ depresión
- ✓ funcionamiento familiar
- ✓ adolescencia

## Key words

- ✓ depression
- ✓ family relations
- ✓ adolescence

rá a 15 %, y que la depresión será el segundo motivo de incapacidad y ausentismo laboral.<sup>1,4,6</sup>

Hasta antes de la década de los setenta del recién siglo pasado, la depresión en niños y adolescentes fue un tema controversial, sin embargo, investigaciones en las dos últimas décadas dejaron claro que también se presenta en esos grupos etarios,<sup>5,7</sup> asociada incluso con mayor comorbilidad que cuando inicia en la edad adulta, pues antes de los 18 años hay mayor riesgo de desarrollar agorafobia, fobia social, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y dependencia a drogas.<sup>5</sup>

De acuerdo con los resultados de encuestas de autoaplicación, la prevalencia de adolescentes con síntomas depresivos es de 22.8 a 50.8 %.<sup>6,8-11</sup> En la mitad, la duración de un episodio depresivo se extiende a más de dos años; en un tercio, entre tres meses y dos años; 26 % se recupera a los tres meses; 21 % todavía es sintomático luego de un año y 14 % después de tres años.<sup>9</sup>

Aunque se reconoce la relevancia de la depresión en la adolescencia, muchas veces no se proporciona la atención debida. Los adolescentes deprimidos son poco identificados por sus padres, no buscan ayuda en ellos y son resistentes a consultar a un profesional de la salud. Cuando acuden para atención médica, lo hacen por manifestaciones somáticas. Por dichas razones, este grupo se vuelve vulnerable al no tener identificados sus problemas emocionales, que tal vez no podrán resolverse de forma espontánea y dificultarán el desarrollo psíquico normal de la adolescencia y de la vida adulta.<sup>10,12,13</sup>

Los factores causales de la depresión en el adolescente son múltiples, entre ellos el genético, ya que se ha demostrado mayor riesgo de depresión en hijos de personas que presentan trastornos afectivos. Así mismo, se ha informado la presencia de factores biológicos como el descenso de dopamina, noradrenalina y serotonina. Se han detectado factores individuales como labilidad emocional, formación de una nueva imagen de sí mismo, actitud auto-destructiva, falta de maduración y falta de logros académicos. Los factores sociales como la familia, la escuela, los compañeros y las relaciones sociales también desempeñan un papel importante en la génesis de la depresión

del adolescente. Respecto a la interacción padre e hijo, las alteraciones más frecuentes en los adolescentes deprimidos son el carácter autoritario o permisivo de los padres, la ruptura de lazos familiares, la riña continua de los padres, el rechazo de los padres y la falta de comunicación.<sup>14,15</sup>

Para identificar la frecuencia de los síntomas depresivos y los tipos de función familiar en los adolescentes de nuestra comunidad, se decidió realizar la presente investigación.

## Material y métodos

Estudio observacional, prospectivo y transversal efectuado durante marzo de 2006. El tamaño de la muestra se obtuvo utilizando la fórmula para población finita:

$$n = [N * Z \alpha^2 * p * q] / [d^2 * (N - 1) + Z \alpha^2 * p * q]$$

donde:

N	=	total de la población (700)
Z $\alpha^2$	=	1.96 <sup>2</sup>
p	=	proporción esperada (0.28)
q	=	1 - p (0.72)
d	=	precisión (0.05)

Lo que resulta en 215 adolescentes. Se incluyeron 273 tomando en cuenta el número de pacientes que podrían eliminarse.

## Criterios de inclusión

- Edad de 15 a 19 años.
- Alumnos del Centro de Bachilleratos Tecnológicos de San Francisco del Rincón, Guanajuato.
- Aceptación voluntaria para contestar la encuesta.

## Criterios de no inclusión

- Edad mayor de 19 años.
- No ser alumno del Centro de Bachilleratos Tecnológicos de San Francisco del Rincón.
- No aceptar contestar la encuesta.

## Crterios de eliminación

- Responder la encuesta en forma incompleta.
- Seleccionar más de una opción en una pregunta.

## Definición de las variables

- *Adolescente*: grupo de población de 10 a 19 años.<sup>16</sup>
- *Depresión*: trastorno mental caracterizado por tristeza profunda y pérdida de interés o placer, que perdura durante al menos dos semanas y que está presente la mayor parte del día.<sup>4</sup> Para el diagnóstico de depresión se utilizó la escala de Birlson en su versión al español,<sup>15,17,18</sup> instrumento autoaplicable tipo Likert que consta de 18 reactivos que pueden tener una calificación de 0 a 2, siendo 36 la máxima. Diez de los 18 reactivos (1, 5 a 9, 11 a 13, 16) se califican de 0 a 2 (0 siempre, 1 a veces, 2 nunca) y ocho (2 a 4, 10, 14 a 15, 17 a 18), de 2 a 0 (2 siempre, 1 a veces, 0 nunca). El valor alfa de Cronbach de esta encuesta es de 0.85 y como prueba diagnóstica tiene una sensibilidad de 87 % y una especificidad de 74 % cuando el punto de corte es 14.<sup>17</sup> De acuerdo con esta escala se obtuvieron dos categorías:
  - *Adolescentes sin depresión*: puntuaciones de 0 a 13
  - *Adolescentes con depresión*: puntuaciones de 14 a 36
- *Función familiar*: capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.<sup>19-21</sup> Para evaluar la función familiar se utilizó *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales III* (FACES III) en su versión al español,<sup>22-25</sup> el cual contiene 20 preguntas: las 10 nones evalúan la cohesión familiar y las 10 pares, la adaptabilidad familiar. Las preguntas están planteadas como actitudes con una escala de puntuación tipo Likert de 1 a 5 (1 nunca, 2 casi nunca, 3 algunas veces, 4 casi siempre, 5 siempre); de tal manera que la puntuación posible para cohesión y la adaptabilidad es de 10 a 50. El valor de alfa de Cronbach es de 0.70.
- *Niveles de cohesión*:<sup>26</sup>
  - No relacionada o dispersa, 10 a 30
  - Semirrelacionada o separada, 31 a 35
  - Relacionada o conectada, 36 a 40
  - Aglutinada, 41 a 50
- *No relacionada o dispersa*: extrema separación emocional, falta de lealtad familiar, se da muy poco involucramiento o interacción entre sus miembros, la correspondencia afectiva es infrecuente entre sus miembros, hay falta de cercanía parento-filial, predomina la separación personal, rara vez pasan el tiempo juntos, necesidad y preferencia por espacios separados, se toman las decisiones independientemente, el interés se focaliza fuera de la familia, los amigos personales son vistos a solas, existen intereses desiguales, la recreación se lleva a cabo individualmente.
- *Semirrelacionada o separada*: hay separación emocional, la lealtad familiar es ocasional, el involucramiento se acepta prefiriéndose la distancia personal, algunas veces se demuestra la correspondencia afectiva, los límites parento-filiales son claros, con cierta cercanía entre padres e hijos, se alienta cierta separación personal, el tiempo individual es importante pero pasan parte del tiempo juntos, se prefieren los espacios separados, compartiendo el espacio familiar, las decisiones se toman individualmente siendo posibles las decisiones conjuntas, el interés se focaliza fuera de la familia, los amigos personales raramente son compartidos con la familia, los intereses son distintos, la recreación se lleva a cabo más separada que en forma compartida.
- *Relacionada o conectada*: hay cercanía emocional, la lealtad emocional es esperada, se enfatiza el involucramiento pero se permite la distancia personal, las interacciones afectivas son alentadas y preferidas, los límites entre los subsistemas son claros, con cercanía parento-filial, la necesidad de separación es respetada pero poco valorada, el tiempo que pasan juntos es importante, el espacio privado es respetado, se prefieren las decisiones conjuntas, el interés se focaliza dentro de la familia, los amigos individuales se comparten con la familia, se prefieren los intereses comunes, se prefiere la recreación compartida más que la individual.

- *Aglutinada*: cercanía emocional extrema, se demanda lealtad hacia la familia, el involucramiento es altamente simbiótico, los miembros de la familia dependen mucho unos de otros, se expresa la dependencia afectiva, hay extrema reactividad emocional, se dan coaliciones parento-filiales, hay falta de límites generacionales, hay falta de separación personal, la mayor parte del tiempo lo pasan juntos, se permite poco tiempo y espacio privado, las decisiones están sujetas al deseo del grupo, el interés se focaliza dentro de la familia, se prefieren los amigos de la familia más que los personales, los intereses conjuntos se dan por mandato.
- *Niveles de adaptabilidad*.<sup>26</sup>
  - Rígida, 10 a 24
  - Estructurada, 25 a 28
  - Flexible, 29 a 32
  - Caótica, 33 a 50
- *Rígida*: el liderazgo es autoritario, existe fuerte control parental, la disciplina es estricta, rígida, y su aplicación es severa, es autoritaria, los padres imponen las decisiones, los roles están estrictamente definidos, las reglas se hacen cumplir estrictamente, no existiendo la posibilidad de cambio.
- *Estructurada*: en principio el liderazgo es autoritario, siendo algunas veces igualitario, la disciplina rara vez es severa, siendo predecibles sus consecuencias, es un tanto democrática, los padres toman las decisiones, las funciones son estables pero pueden compartirse, las reglas se hacen cumplir firmemente, pocas son las que cambian.
- *Flexible*: el liderazgo es igualitario, permite cambios, la disciplina es algo severa, negociándose sus consecuencias, usualmente es democrática, hay acuerdo en las decisiones, se comparten los roles o funciones, las reglas se hacen cumplir con flexibilidad, algunas reglas cambian.
- *Caótica*: liderazgo limitado y/o ineficaz, las disciplinas son muy poco severas, habiendo inconsistencia en sus consecuencias, las decisiones parentales son impulsivas, hay falta de claridad en las funciones y existe alternancia e inversión en los mismos, frecuentes cambios en las reglas, que se hacen cumplir inconsistentemente.

La combinación de los niveles de cohesión con los de adaptabilidad permite clasificar a las familias de acuerdo con su función familiar en 16 tipos:<sup>22,24</sup> rígidamente dispersa, rígidamente separada, rígidamente conectada, rígidamente aglutinada, estructuralmente dispersa, estructuralmente separada, estructuralmente conectada, estructuralmente aglutinada, flexiblemente dispersa, flexiblemente separada, flexiblemente conectada, flexiblemente aglutinada, caóticamente dispersa, caóticamente separada, caóticamente conectada y caóticamente aglutinada.

### Recolección de la información

El centro educativo estudiado fue elegido por tener a sus alumnos en el programa de seguros escolares, lo que permitiría brindar una atención integral dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social a los jóvenes con depresión. Después de obtener el consentimiento de las autoridades escolares, los grupos involucrados fueron seleccionados al azar. Los investigadores acudieron a las aulas de estos grupos donde se solicitó la participación a los alumnos y se dieron las indicaciones para el llenado de las encuestas, haciendo hincapié en que el cuestionario de Birleson debía ser contestado de acuerdo con lo sentido en las dos últimas semanas.

### Análisis estadístico

Se utilizó estadística descriptiva como frecuencias, porcentajes, rangos, media, mediana y desviación estándar; para comparar las frecuencias de las variables,  $\chi^2$ ; para evaluar la fuerza de la asociación entre las variables, razón de momios (OR). Todos los cálculos se efectuaron con SPSS versión 10.

### Resultados

De los 273 alumnos participantes se eliminaron 21, de tal forma el total de adolescentes involucrados fue de 252: 134 hombres (53.2 %) y 118 mujeres (46.8 %). Las edades estuvieron en el rango de 15 a 19 años (figura 1).

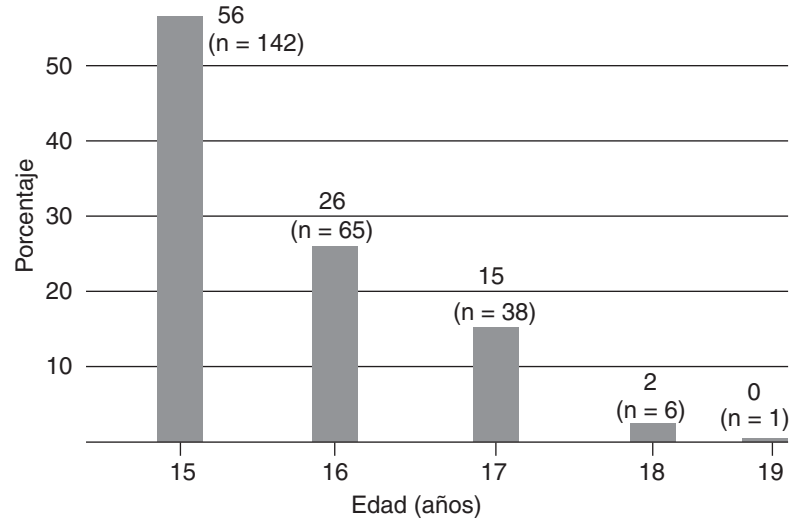
Se identificó depresión en 75 adolescentes (29.8 %). De acuerdo con el sexo, la frecuencia de la depresión en las mujeres fue de 42.4 % y en los hombres de 18.7 % ( $p < 0.05$ , OR = 3.2). En el cuadro I se muestra la frecuencia de los síntomas en los adolescentes con depresión y en la figura 2, la distribución del tipo de familia en los alumnos con y sin depresión. La familia rígidamente dispersa se presentó con más frecuencia en el grupo con depresión ( $p < 0.05$ , OR 6.3), y las familias flexiblemente aglutinada ( $p < 0.05$ , OR = 0.215), estructuralmente aglutinada ( $p < 0.05$ , OR = 0.215) y rígidamente aglutinada ( $p < 0.05$ , OR = 0.106), en los adolescentes sin depresión. En el resto de los tipos familiares no hubo diferencias estadísticamente significativas.

## Discusión

La frecuencia de depresión de 29.8 % está dentro de los rangos reportados en otras investigaciones donde también se emplean encuestas de autoaplicación.<sup>6,8-11</sup> En la Encuesta de Comorbilidad Nacional de Estados Unidos,

que utiliza los criterios del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), en adolescentes de 15 a 18 años se encontró una prevalencia a lo largo de la vida de 14 % de depresión mayor y de 11 % de depresión menor, y en total de 25%.<sup>27</sup> No obstante, es im-

**Rafael Leyva-Jiménez et al.**  
**Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar**



Media 15.65      Mediana 15      Desviación estándar 0.85

**Figura 1. Distribución de 252 adolescentes estudiados de acuerdo con la edad**

**Cuadro I**  
**Frecuencia de síntomas en 75 adolescentes con depresión**

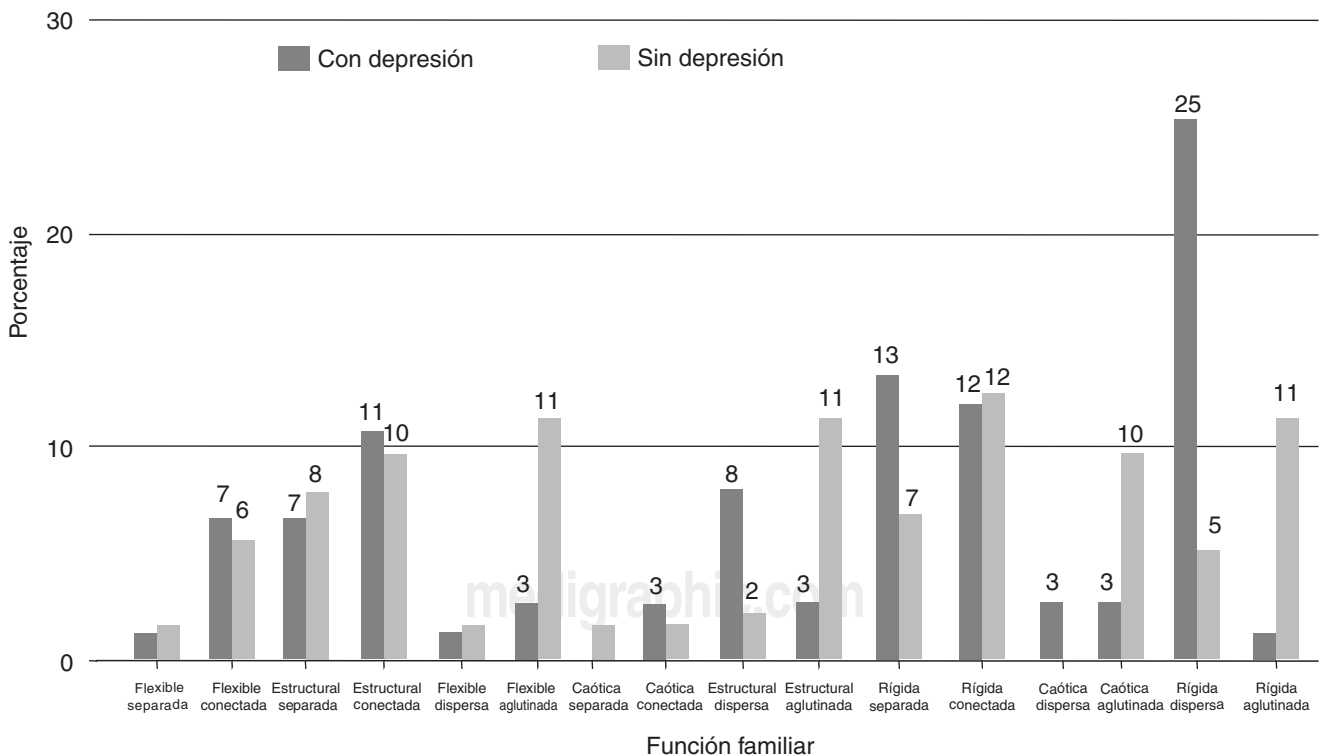
Síntomas	Número	Porcentaje
Aburrimiento	73	97.3
No tener buenos resultados en las cosas que se hacen	72	96.0
Pensar que los días que vienen no serán agradables	71	94.7
Tener ganas de arrancar y escapar	67	89.3
Deseos de llorar	66	88.0
No disfrutar lo que se hace igual que antes	66	88.0
Soledad	66	88.0
Falta de energía	64	85.3
Tristeza	62	82.7
Dolor de estómago	61	81.3
No dormir bien	61	81.3
Desánimo	61	81.3
Creer que no vale la pena vivir	56	74.5
No desear hablar con la familia	54	72.0
No poder arreglárselas solo	54	72.0
Pesadillas	52	69.0
Sin deseos de salir a jugar fuera de casa	51	68.0
No disfrutar las comidas	48	64.0

portante mencionar el tipo de instrumento para estimar la prevalencia de depresión, pues aunque en general las encuestas de autoaplicación tienen como base el DSM,<sup>1</sup> los resultados dependen del recuerdo de los pacientes de las manifestaciones en periodos de una semana a seis meses (lo que puede representar un sesgo para la estimación); además, con este tipo de instrumentos se captura hasta la mínima manifestación, provocando en la mayoría de los casos sobrerregistro del padecimiento en comparación con las estimaciones de prevalencia resultantes de las entrevistas clínicas, generalmente más bajas, en un rango de 1 a 6 %.<sup>27</sup>

Como se ha reportado en la literatura,<sup>14,28-31</sup> se observó mayor frecuencia de depresión en el sexo femenino que en el masculino, lo que hace considerar a aquél como un factor de riesgo clínicamente importante en la aparición de la depresión. Al parecer, una de las causas de esta diferencia es el factor cultural, pues la mujer está formada según modelos y patrones que la proveen de mecanismos psíquicos que la hacen

más vulnerable al estrés.<sup>6</sup> Tratando de ser más específicos: se ha encontrado que el estrés en la relación madre-hija, la maduración temprana, la insatisfacción con las características corporales y la actitud esquivante en la solución de problemas, son factores que ponen a la mujer en mayor riesgo para depresión.<sup>29,30</sup>

Al analizar el perfil familiar de los adolescentes con depresión, Moreno y colaboradores encontraron que es frecuente la fase de dispersión del ciclo vital familiar (96.7 % de los casos), el tipo moderno (56 % de los casos) y el número de tres hijos (40.7 %), aunque no mencionan el valor estadístico ni el riesgo que pueden implicar estas características sobre la depresión.<sup>11</sup> Por otra parte, Escriba y colaboradores<sup>32</sup> encontraron que las variables familiares más relacionadas son la disfunción familiar (OR = 4.27 para disfunción leve y OR = 14.44 para disfunción grave) y el número de hermanos (OR = 0.56), lo que indica, a diferencia de lo encontrado por Moreno, que con un mayor número de hermanos (tres o más)



**Figura 2. Distribución de 252 adolescentes con depresión y sin depresión de acuerdo con el tipo de función familiar**



existe menor probabilidad de presentar síntomas depresivos.

Una de las limitaciones del presente estudio fue que solamente se investigó la función familiar y no la influencia de otras características, como lo hicieron los autores referidos, lo cual hubiese sido importante para comparar resultados y tener un sustento más sólido en torno a los factores familiares que se asocian con la depresión en el adolescente. Más que clasificar a las familias como funcionales y disfuncionales, se decidió analizar los 16 tipos de funciones familiares para ser más descriptivos y tener una mejor idea sobre las características del comportamiento familiar relacionadas con la depresión del adolescente. Es importante aclarar que dado el carácter transversal del estudio, sólo se puede afirmar que existe una asociación entre el tipo de familia rígidamente dispersa y la depresión en el adolescente, sin que podamos establecer una relación de causa-efecto, pues no se conoce realmente la secuencia temporal de los acontecimientos, si el tipo de familia llevó al adolescente a la depresión o la depresión del adolescente influyó en la funcionalidad de la familia. De igual forma pasa con la asociación entre las familias aglutinadas y la ausencia de depresión.

## Conclusiones

Numerosos programas preventivos en nuestras unidades de medicina familiar están enfocados a evitar las enfermedades infectocontagiosas y las crónico-degenerativas, sin tomar en cuenta la salud mental. La frecuencia de depresión en los adolescentes analizados indica que en nuestro medio los trastornos mentales pueden llegar a ser un problema de salud pública que debemos enfrentar. Creemos que en las unidades de medicina familiar se debe implementar la detección oportuna de depresión, ya que en ocasiones las manifestaciones de esta enfermedad sólo salen a flote si el médico pregunta al paciente en forma intencionada.

La asociación encontrada entre algunos tipos de familia y la depresión en los adolescentes nos invita a recordar el papel de dicha institución social en el proceso de salud-enfermedad, por lo que el médico familiar debe buscar en

forma oportuna las características estructurales y funcionales que pueden poner en riesgo la salud de la población, o bien, ayudar a que la enfermedad de un integrante de la familia la afecte lo menos posible.

**Rafael  
Leyva-Jiménez et al.  
Depresión en  
adolescentes  
y funcionamiento  
familiar**

## Referencias

1. Borges G, Medina-Mora ME, López-Moreno S. El papel de la epidemiología en la investigación de los trastornos mentales. *Salud Publica Mex* 2004;46:451-463.
2. Sistema Nacional de Salud. Estadística de egresos hospitalarios del sector público del Sistema Nacional de Salud, 2003. *Salud Publica Mex* 2004;46(5):464-487.
3. Almanza-Muñoz JJ. Depresión: prevención y manejo en el primer nivel de atención. *Rev Sanid Milit Mex* 2004;58(3):209-222.
4. Bello M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Publica Mex* 2005;47(Suppl 1):4-11.
5. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Zambrano-Ruiz J. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Publica Mex* 2004;46:417-424.
6. Boschetti-Fentanes B. La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar. *Arch Med Fam* 2004;6(3):61-63.
7. Kaufman J, Martin A, King RA, Charney D. Are child-, adolescent-, and adult-onset depression one and the same disorder? *Biol Psychiatry* 2001; 49:980-1001.
8. Benito A, Aparicio M, Briones A. Síntomas de depresión en los adolescentes, estrategias de solución de problemas y educación para la salud comunitaria. *Rev Psicopatol Psicol Clin* 2000;5(1):1-11.
9. Cevallos-Rivera JJ, Ochoa-Muñoz J, Cortez-Pérez E. Depresión en adolescencia. Su relación con actividad deportiva y consumo de drogas. *Rev Med IMSS* 2000;38(5):371-379.
10. Dos Santos-Palazzo J, Béria JU, Alonso-Fernández F, Tomasi E. Depresión en la adolescencia en centros de atención primaria: importancia de un problema oculto en salud colectiva. *Aten Primaria* 2001;28(8):543-549.
11. Moreno-Contreras S, Boschetti-Fentanes B, Monroy-Caballero C, Irigoyen-Coria A, Dorantes-Barrios P. Perfil familiar de un grupo de adolescentes mexicanos con riesgo de depresión. *Arch Med Fam* 2003;5(3):89-91.
12. Wells KB, Kataoka SH, Asarnow JR. Affective disorders in children and adolescents: addressing unmet need in primary care settings. *Biol Psychiatry* 2001;49:111-1120.

13. Fornos LB, Mika VS, Bayles B, Serrano AC, Jiménez RL, Villarreal R. A qualitative study of Mexican American adolescents and depression. *J Sch Health* 2005;75(5):162-170.
14. Steinhausen HC, Winkler MC. Adolescent self-rated depressive symptoms in a Swiss epidemiological study. *J Youth Adolescence* 2000;29(4):427-440.
15. Gutiérrez-Castillo AJ, Barrera-Párraga J, Cuevas A, Serdán-Sánchez L. Formas clínicas de depresión. En: Colegio Mexicano de Medicina Familiar, editor. Programa de actualización continua en medicina familiar. Libro 2. Distrito Federal, México: Intersistemas; 2000. p. 5-44.
16. Santos-Preciado JI. La salud de adolescentes: cambio de paradigma de un enfoque de daños a la salud al de estilos de vida sana. *Salud Publica Mex* 2003;45(Suppl 1):5-7.
17. De la Peña F, Lara MC, Cortés J, Nicolini H, Páez F, Almeida L. Traducción al español y validez de la escala de Birlson (DSRS) para el trastorno depresivo mayor en la adolescencia. *Salud Mental* 1996;19(Suppl):17-23.
18. Vázquez-Pizaña E, Fonseca-Chon I, Padilla-Villarreal JR, Pérez-Hernández ML, Gómez-Rivera N. Diagnóstico de depresión con la escala de Birlson en adolescentes con intento de suicidio y sanos. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son* 2005; 22(2):107-118.
19. Huerta-González JL. Estudio de la salud familiar. En: Colegio Mexicano de Medicina Familiar, editor. Programa de actualización continua en medicina familiar. Libro 1. Distrito Federal, México: Intersistemas; 2000. p. 5-69.
20. Huerta-Martínez N, Valadés-Rivas B, Sánchez-Escobar L. Frecuencia de disfunción familiar en una clínica de medicina familiar del ISSSTE en la ciudad de México. *Arch Med Fam* 2001;3(4):95-98.
21. Rangel JL, Valerio L, Patiño J, García M. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. *Rev Fac Med UNAM* 2004;47(1):24-27.
22. Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas ER, Mazón-Ramírez JJ, Dickinson-Bannack ME, Sánchez-González ME, et al. Versión al español y adaptación transcultural de FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales). *Arch Med Fam* 1999;1(3):73-79.
23. Ponce-Rosas ER, Gómez-Clavelina FJ, Terán-Trillo M, Irigoyen-Coria AE, Landgrave-Ibáñez S. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). *Aten Primaria* 2002; 30(10):624-630.
24. Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas ER. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación y la estructura de la funcionalidad familiar. *Arch Med Fam* 1999;1(2):45-57.
25. Ponce-Rosas ER, Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria AE, Terán-Trillo M, Landgrave-Ibáñez S, Hernández-Gómez A, et al. Análisis de la confiabilidad de FACES III (versión en español). *Aten Primaria* 1999;23(8):479-484.
26. Tueros-Cárdenas RV. Cohesión y adaptabilidad familiar y su relación con el rendimiento académico, tesis para optar el grado académico de Magíster en Psicología, 2004. Disponible en <http://www.cybertesis.edu.pe/sdx/sisbi>.
27. Kessler RC, Avenevoli S, Merikangas KR. Mood disorders in children and adolescents: an epidemiologic perspective. *Biol Psychiatry* 2001; 49:1002-1014.
28. Son SE, Kirchner JT. Depression in children and adolescents. *Am Fam Physician* 2000;62:2297-2308.
29. Krenke IS, Stemmler M. Factors contributing to gender differences in depressive symptoms: a test of three developmental models. *J Youth Adolescence* 2002;31(6):405-417.
30. Jenkis SR, Godness K. Gender differences in early adolescents' relationship qualities, self-efficacy, and depression symptoms. *J Early Adolescence* 2002;22(3):277-309.
31. Ryan ND. Treatment of depression in children and adolescents. *Lancet* 2005;366:933-940.
32. Escribá-Quijada R, Maestre-Montoya C, Amores-Laserna P, Pastor-Toledo A, Millares-Marco E, Escobar-Rabadán F. Prevalencia de depresión en adolescentes. *Actas Esp Psiquiatr* 2005;33(5):298-302. **rm**