

DEPRESIÓN Y TIPOLOGÍA FAMILIAR EN UN GRUPO DE ADOLESCENTES MEXICANOS

Depression and Family Features in a Group of Mexican Adolescents

Barrientos-Acosta V,* Mendoza-Sánchez HF,** Sainz-Vázquez L,*** Pérez-Hernández C,**** Gil-Alfaro I,***** Soler-Huerta E.*****.

* Residente de la especialidad en Medicina Familiar. **Profesor Adjunto de Residencia en Medicina Familiar, Maestra en Epidemiología, Especialista en Medicina Familiar Unidad de Medicina Familiar (UMF) número 66, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Xalapa, México. ***Profesor titular de la Residencia en Medicina Familiar, Xalapa, México. ****Profesor Adjunto de Residencia de Medicina Familiar, Especialista en Medicina Familiar UMF 66, IMSS Xalapa. *****Adjunto de Residencia en Medicina Familiar, M en IC, Especialista en Medicina Familiar, IMSS Banderilla, Veracruz, México. *****Coordinador Delegacional de Investigación IMSS, Veracruz, México

Correspondencia: Dr. Luis Sainz Vázquez

Correo electrónico: luis.sainz@imss.gob.mx

Recibido: 22/02/10

Aceptado: 15/05/10

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de depresión en un grupo de adolescentes mexicanos. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo, prospectivo y transversal. En una escuela secundaria de Xalapa, Veracruz, México; se aplicó la Escala de Birleson modificada para trastornos depresivos en niños y adolescentes. Para identificar las características familiares se utilizó la clasificación del Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud (PRCAMF). Análisis estadístico: Frecuencias absolutas y relativas de cada una de las variables de estudio y medidas de tendencia central. **Resultados:** De un total de 1,648 adolescentes, se encontró una prevalencia de depresión del 7%. Las características sociodemográficas y familiares fueron: mujeres 74%, de 13 años de edad 40%, con novio(a) 44%, vida sexual activa 3%, consumían alcohol 14%, tabaco 9%, drogas 4.5%, padres casados 53%. Edad del padre de 41 a 50 años (43%), escolaridad preparatoria (26%). Edad de la madre de 31 a 40

años (65%), escolaridad licenciatura (28%). Predominó familia nuclear simple (55%), seguida de la monoparental extensa (13%) y extensa (16%), sin evidencia de pobreza familiar 69%. **Conclusiones:** La depresión es una entidad presente en los adolescentes con una prevalencia mayor en el género femenino, con familias nucleares, que cumplían sus funciones como familia; sin evidencia de pobreza familiar. Sería importante investigar otros aspectos de la depresión en los adolescentes por las repercusiones de esta enfermedad en el desarrollo social y afectivo del individuo.

Palabras clave: Adolescencia, depresión, depresión en adolescentes, tipología familiar, nivel socioeconómico.

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of depression in a group of Mexican adolescents. **Material and Methods:** Prospective and cross-sectional study. At a high school in Xalapa, Veracruz, Mexico, we applied the modified Birleson Depression Scale for depressive disorders in children and adolescents. To identify family features, we used the classification of the Academic Consensus of Family Medicine Organizations and Educational Institutions and Health (ACFMEH).

Antecedentes del tema de investigación

Méjico es un país de población joven, con una media de edad de 22 años. Aproximadamente el 34% de la población es menor a 15 años.

Se calcula que en Méjico el 2% de la población ha padecido depresión en la infancia o en la adolescencia, con un promedio de siete episodios a lo largo de la vida.

Se ha determinado

que la depresión infantil tiene la misma prevalencia en niños y niñas; mientras que en la adolescencia se observa un claro predominio en el sexo femenino.

Existen estudios sobre la prevalencia, diagnóstico y tratamiento de los trastornos depresivos en la población adulta; sin embargo, son escasos las investigaciones realizadas en la población infantil y adolescente debido a la dificultad diagnóstica en esta etapa de la vida y a la inespecificidad de los síntomas.

Statistical analysis: absolute and relative frequencies of each of the study variables and central tendency measurement. **Results:** Of a total of 1,648 adolescents, we found a 7% prevalence of depression. Sociodemographic and family characteristics were the following: females, 74%; 13 years of age, 40%; with boy (girl)friend, 44%; 3% are sexually active; 14% consumed alcohol; 9% smoked; 4.5% consumed drugs; 53% of the adolescents had parents who were parried; fathers' ages ranged from 41- 50 years (43%); fathers' preparatory school education (26%); mothers' age range, 31 to 40 years (65%), and 28% of mothers had undergraduate-degree studies. Simple nuclear family predominated (55%), followed by extensive single parent (13%) and large (16%) families, and without evidence of familial poverty (69%). **Conclusions:** Depression is an entity present in adolescents with a higher prevalence among females, with nuclear families, with no evidence of familial poverty. It would be important to investigate other aspects of depression in teenagers due to the impact of this disease on the social and emotional development of the individual.

Key Words: Adolescence, depression, depression in adolescent, family typology, socioeconomic status.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha categorizado a la depresión entre los diagnósticos clínicos más discapacitantes, y se estima que en el año 2020 será la segunda causa de enfermedad en el mundo, apenas superada por las enfermedades cardiovasculares^{1,4}. El estudio de los cuadros depresivos en la adolescencia ha sido objeto de creciente interés. En las últimas décadas diversas investigaciones reportan una elevada tasa de depresión en este grupo de edad, lamentablemente, muchos estudios se han realizado con muestras clínicas por lo que se dispone de escasos datos acerca de la prevalencia de este trastorno en la población adolescente⁵.

En México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) proporcionó las primeras estimaciones nacionales de la prevalencia de los trastornos mentales. Se estimó que 8.4% de la población ha sufrido (según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría, DSM-IV) un episodio de depresión mayor alguna vez en la vida, con una media de inicio a los 24 años de edad⁴.

México es un país de población joven, con una media de edad de 22 años, en la cual el 34% de la población es menor a 15 años, según el censo del año 2007, por lo que el estudio de la depresión que se inicia en la adolescencia es particularmente relevante⁴. El 2.0% de la población ha padecido depresión en la infancia o adolescencia con un promedio de siete episodios a lo largo de la vida, durante los cuales seguramente no reciben tratamiento, de acuerdo con lo deportado en la ENEP⁴.

En estudios poblaciones se han determinado que la depresión infantil tiene la misma prevalencia en niños y niñas; mientras que en la adolescencia se observa un claro predominio en el sexo femenino⁶; existen pruebas sobre las consecuencias a largo plazo de los trastornos de la niñez y la adolescencia y su continuidad en trastornos psiquiátricos en la edad adulta⁷.

La Escala de Birleson Modificada para Depresión, puede orientar al diagnóstico de depresión en adolescentes. Esta escala tiene alta confiabilidad, fue validada en Perú en el año 2005 por Vivar, además de que ha sido utilizada en estudios de depresión en este grupo de edad constituye un instrumento para el diagnóstico y seguimiento de niños y adolescentes con trastorno depresivo⁶.

Existen múltiples estudios sobre la prevalencia, diagnóstico y tratamiento de los trastornos depresivos en la población adulta; sin embargo, son escasos los realizados en la población infantil y adolescente debido a la

dificultad diagnóstica en esta etapa de la vida y a la inespecificidad de los síntomas. La depresión puede constituir un problema de gran importancia para la salud e integración social del adolescente, por lo que puede provocar: *bajo rendimiento escolar, conductas sociales inadecuadas y repercusiones familiares*⁸. El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de depresión en adolescentes así como sus características sociodemográficas y familiares.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una encuesta descriptiva prospectiva de febrero a abril del año 2007, en una escuela secundaria del área de influencia de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) número 66, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de la ciudad de Xalapa, Veracruz. México. Se incluyeron adolescentes de 12 a 18 años de edad, de los turnos matutino y vespertino, que aceptaran ser entrevistados y se contara con el consentimiento informado firmado por sus padres y la autorización de las autoridades educativas.

El cuestionario autoaplicado constaba de dos partes, en la primera se preguntaron aspectos sociodemográficos de los adolescentes (edad, sexo, grado escolar, consumo de alcohol, tabaco y drogas), características sociodemográficas de los padres y de la familia. La aplicación de este cuestionario tuvo una duración de 30 minutos.

En la segunda parte se aplicó la escala de Birleson modificada para trastornos depresivos en adolescentes, la cual consta de 21 ítems teniendo como respuesta para cada uno siempre, a veces y nunca, marcando como opción sólo una de estas. Cada respuesta tiene un valor de 0 a 2, siendo la máxima de 42 puntos. Nueve de los reactivos (1, 2, 4, 7, 8, 9, 11, 13, 18) califican de 0 a 2 (0 siempre, 1 a veces, 2 nunca) y doce (3, 5, 6, 10, 15, 16, 17, 19, 20, 21) de 2 a 0 (2 siempre, 1 a veces, 0 nunca). De acuerdo con esta escala se obtienen los siguientes grupos. Adolescentes sin

depresión puntuación de 0 a 13, con síntomas depresivos 14 a 21 y con depresión 22 y más.^(6,9) El tiempo proyectado para contestar cada cuestionario fue de aproximadamente 15 minutos. La sensibilidad y la especificidad de la prueba son del 98% con el punto de corte 13 e incrementa en los cortes mayores.⁶

La familia se clasificó con base en el parentesco, a la presencia física y convivencia y con base en sus medios de subsistencia de acuerdo con el Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud (PRCAMF), celebrado del 15 al 17 de junio de 2005 en México, D.F.¹⁰ En relación con el nivel socioeconómico se utilizó el Índice Simplificado de Pobreza Familiar (ISPF) el cual evalúa cuatro indicadores con sus respectivas categorías. La calificación resultante va de 0 a 3 sin evidencia de pobreza familiar, de 4 a 6 con pobreza familiar baja y de 7 a 10 con pobreza familiar alta.^{11,12} Análisis Estadístico: Se obtuvo la prevalencia, la frecuencia absoluta y relativa de cada una de las variables de estudio, las medidas de tendencia central utilizando el programa estadístico Statistic versión 7.0.

RESULTADOS

De un total de 1665 alumnos de educación secundaria se aplicó la encuesta a 1648 adolescentes, faltando 17 (1.02%) alumnos por no contar con la hoja de consentimiento informado autorizada por sus padres o debido al ausentismo escolar. De los adolescentes encuestados 930 fueron del turno matutino y 718 del vespertino, la distribución por grado escolar fue: 543 alumnos del primer grado, 669 del segundo grado y 436 del tercer grado. Por género 51% fueron femeninos y 49% masculinos. Se encontró una prevalencia de depresión del 7% de acuerdo con la escala de Birleson.

En los 110 alumnos con depresión (7%) se observaron las siguientes características: El 74% fueron del género femenino y 26% del

La depresión puede constituir un problema de gran importancia para la salud e integración social del niño y el adolescente; esta patología puede generar: *bajo rendimiento escolar, conductas sociales inadecuadas y graves repercusiones en las funciones y dinámica de la familia.*

Aportaciones de esta investigación

En este trabajo se identificó depresión en el 7% de los adolescentes auto-encuestados, resultado evidentemente superior al de otros estudios en donde se utilizaron encuestas autoaplicadas. Las diferencias en los resultados podrían estar determinadas por los instrumentos de medición de la depresión y porque en otros trabajos incluyeron a la distimia y a la sintomatología depresiva, para el total de casos de depresión. En esta investigación sólo se incluyeron casos de depresión mayor.

| | | CUADRO I Características de adolescentes con depresión | | |
|------------------------------|-------|---|----------------|----|
| CARACTERÍSTICA | TOTAL | % | | |
| Género | | | | |
| Femenino | 81 | 74 | | |
| Masculino | 29 | 26 | | |
| TOTAL | 110 | 100 | | |
| Grado Escolar | | | | |
| Primero | 33 | 30 | | |
| Segundo | 48 | 44 | | |
| Tercero | 29 | 26 | | |
| TOTAL | 110 | 100% | | |
| Edad | | | | |
| 12 años | 4 | 4 | | |
| 13 años | 17 | 15 | | |
| 14 años | 22 | 20 | | |
| 15 años | 28 | 26 | | |
| 16 años | 28 | 26 | | |
| TOTAL | 110 | 100% | | |
| Turno | | | | |
| Matutino | 55 | 50 | | |
| Vespertino | 4 | 4 | | |
| TOTAL | 110 | 100% | | |
| OTRAS CARACTERÍSTICAS | | MUJERES | HOMBRES | |
| | Total | % | Total | % |
| Novio (a) o pareja | 33 | 30 | 15 | 14 |
| Inicio de vida sexual | 3 | 3 | 0 | 0 |
| Consumo de tabaco | 10 | 9 | 0 | 0 |
| Consumo de alcohol | 15 | 14 | 0 | 0 |
| Consumo de drogas | 5 | 4.5 | 0 | 0 |
| N=11 | | | | |

género masculino, en el turno matutino el 49% eran del segundo grado, 27% de primer grado y 24% de tercer grado, y en el turno vespertino 36% eran del segundo grado, 34% en el primer grado y 30% de tercer grado. En relación con el grupo etario predominó el grupo de edad de 13 años (40%) seguido del de 14 años (28%), 15 años de edad (16%), 12 años de edad (13%) y 16 años de edad (3%). Cuadro I.

Las características sociodemográficas de los padres fueron: 58% casados, 17% divorciados, 16% en unión libre, 8% padres solteros y 4% viudos, el 7% no contestó por vivir con otros familiares y desconocer la condi-

ción civil de los padres. El grupo de edad del padre que predominó fue de 41 a 50 años (44%) y la madre se ubicó principalmente en los grupos de edad 31 a 40 años (65%). El nivel de escolaridad del padre: bachillerato (29%), licenciatura (28%), secundaria (20%), primaria (11%), sin estudios (2%), maestría (1%) y doctorado (1%). Y la madre con licenciatura (26%), bachillerato (26%), secundaria (20%), con primaria (15%), sin estudios (4%) y doctorado (2%). En cuanto a la presencia de adicciones en el padre de adolescentes con depresión predominó el consumo de alcohol (23%) y tabaco (17%). La madre consumió tabaco en 7% y alcohol en un 4%. Con base en los recursos de sub-

CUADRO II
Características de los padres de adolescentes con depresión

| CARACTERÍSTICA | TOTAL | % | |
|---|------------|-------------|------------|
| Estado Civil | | | |
| Solteros | 8 | 7 | |
| Unión libre | 16 | 15 | |
| Casados | 58 | 53 | |
| Divorciados | 17 | 15 | |
| Viudos | 4 | 4 | |
| N/C.* | 7 | 6 | |
| TOTAL | 110 | 100 | |
| PADRE MADRE | | | |
| Grupos de Edad | | | |
| Total | % | Total | % |
| 20 a 30 años | 5 | 5 | 5 |
| 31 a 40 años | 42 | 38 | 72 |
| 41 a 50 años | 49 | 44 | 26 |
| 51 a 60 años | 9 | 8 | 4 |
| 61 a 70 años | 3 | 3 | 0 |
| N/C* | 2 | 2 | 3 |
| TOTAL | 110 | 100% | 110 |
| Escolaridad | | | |
| Sin estudios | 2 | 2 | 4 |
| Primaria | 11 | 10 | 17 |
| Secundaria | 20 | 18 | 22 |
| Bachillerato | 29 | 26 | 28 |
| Licenciatura | 28 | 25 | 28 |
| Maestría | 1 | 1 | 0 |
| Doctorado | 1 | 1 | 3 |
| N/C* | 18 | 17 | 8 |
| TOTAL | 110 | 100% | 110 |
| Ocupación | | | |
| Industria de la construcción | 17 | 16 | 55 |
| Comercio | 8 | 7 | 4 |
| Transporte y comunicaciones | 15 | 14 | 0 |
| Servicios financieros y mobiliarios | 3 | 3 | 0 |
| Servicios técnicos y profesionales | 28 | 25 | 32 |
| Servicios personales y sociales | 29 | 26 | 18 |
| N/C | 10 | 9 | 1 |
| TOTAL | 110 | 100% | 110 |
| Presencia de Adicciones | | | |
| Alcoholismo | 25 | 23 | 4 |
| Tabaquismo | 19 | 17 | 7 |
| N/C* Adolescentes no contestaron por no vivir con los padres y desconocer su condición civil. | | | |

sistencia que aportaba el jefe de familia se observó un 99% de las familias del área de servicios y 10% dedicadas al comercio, no se encontraron familias con adolescentes desplazados en el área agropecuaria e industrial. Cuadro II.

La tipología familiar de acuerdo con la clasificación por parentesco se obtuvo: 55% pertenecían a una familia nuclear simple, 13% a monoparental extensa y 11% extensa. Por la presencia física en el hogar 60% pertenecían a un núcleo integrado, 16% a extensa ascendente y 12% a núcleo no integrado. El nivel

Se encontró que la depresión fue mayor en el sexo femenino, dato que coincide con la mayoría de los reportes de la literatura mundial. Otros hallazgos de este estudio se refieren a la presencia de depresión con el inicio de vida sexual en edades tempranas, consumo de alcohol, tabaco y drogas. Se concluyó que el hecho de no identificar a la depresión en edades tempranas, tiene repercusiones desfavorables en el ámbito personal, familiar y social.

| CUADRO II Características familiares de los adolescentes con depresión de una escuela secundaria de Xalapa, México | | | |
|---|--|--------------|-------------|
| TIPOLOGÍA FAMILIAR | CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS CON BASE EN EL PARENTESCO | TOTAL | % |
| | Nuclear | 0 | 0 |
| | Nuclear simple | 61 | 55 |
| | Nuclear numerosa | 5 | 4 |
| | Reconstruida | 2 | 2 |
| | Monoparental | 11 | 10 |
| | Monoparental extensa | 14 | 13 |
| | Monoparental extensa compuesta | 2 | 2 |
| | Extensa | 12 | 11 |
| | Extensa compuesta | 1 | 1 |
| | No parental | 1 | 1 |
| | Sin parentesco | 1 | 1 |
| | TOTAL | 110 | 100% |
| ISPF | CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS CON BASE EN LA PRESENCIA FÍSICA Y CONVIVENCIA | | |
| | Núcleo integrado | 66 | 60 |
| | Núcleo no integrado | 13 | 12 |
| | Extensa ascendente | 10 | 9 |
| | Extensa descendente | 18 | 16 |
| | Extensa colateral | 3 | 3 |
| | TOTAL | 110 | 100% |
| ISPF | CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS CON BASE EN SUS MEDIOS DE SUBSISTENCIA | | |
| | Agrícola pecuaria | 0 | 0 |
| | Industria | 0 | 0 |
| | Comercio | 10 | 9 |
| | Servicios | 99 | 90 |
| | N/c | 1 | 1 |
| | TOTAL | 110 | 100% |
| N=110 | | | |

socioeconómico con base en el índice simplificado de pobreza señaló que en el 69% no había evidencia de pobreza, 25% tenían pobreza baja y el 6% era de pobreza alta Cuadro III.

DISCUSIÓN

Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto¹⁵. El inicio de la depresión en edades tempranas implica

muchos años de sufrimiento y disruptiones en diferentes ámbitos de la vida como la educación, el empleo y el escoger la pareja, constituyendo un problema de gran importancia para la salud e integración social del adolescente, provocando bajo rendimiento escolar, conductas sociales inadecuadas y repercusiones familiares⁴.

En este trabajo se encontró depresión en el 7% de los adolescentes auto-encuestados,

resultado diferente al de otros estudios en donde se utilizaron encuestas autoaplicadas^{8,14,15}. Benjet⁴, en el 2004, en su trabajo basado en la Encuesta Nacional Epidemiológica Psiquiátrica (ENEP) del 2002 en México, estimó a la depresión en el 2%, por abajo del porcentaje de nuestro estudio. Una prevalencia mayor fue reportada por Leyva Jiménez¹⁴ en el 2006, en Guanajuato, México, utilizando la escala de Birleson en donde la prevalencia para depresión fue del 29.8%. Datos similares al nuestro fueron los de Mantilla Mendoza¹⁶ en el 2003, en Colombia, con un 9.2% de deprimidos y por Zapata Gallardo¹⁵ en Guanajuato, México, en el 2002, con 4%, utilizando el CDI y el test de Zung respectivamente. Las diferencias en los resultados pueden estar determinadas por los instrumentos de medición de la depresión, aunque algunos comparten ítems similares y criterios del DSM-IV, la forma de administración fue variada, además de que en mucho de estos incluyen a la distimia y a la sintomatología depresiva para el total de casos de depresión, siendo en este trabajo incluidos sólo los de depresión mayor.

Coincidiendo con los reportes de la literatura mundial^{5, 6, 8, 14} se encontró que la depresión fue mayor en el sexo femenino, así como lo reportado en México por Zapata Gallardo¹⁵ quien encontró que el sexo femenino tiene un mayor porcentaje de depresión (56.7%). Datos que se reflejan en la proporción encontrada de 3:1 por Dos Santo Palazzo¹⁷ alcanzando cifras similares a las presentes en los adultos, en donde las mujeres padecen en forma predominante esta enfermedad

incrementando su frecuencia en edades tardías⁷. Otros datos también encontrados en el grupo de adolescentes con depresión del género femenino fue el inicio de vida sexual en edades tempranas, consumo de alcohol, tabaco y drogas. El no identificar a la depresión en edades tempranas en las mujeres, tiene repercusiones desfavorables en su seno familiar, personal y social.

Al revisar algunas de las características de los padres de los adolescentes deprimidos, Escribá Quijada⁸ reportó que el 5.12% de los padres estaban separados, a diferencia del 15% registrado en este trabajo. En Colombia, Mantilla Mendoza¹⁶ encontró a un 50% de los padres desocupados en comparación a este estudio en el cual se reportó alguna ocupación laboral en los padres de los adolescentes. En cuanto a adicciones Mantilla Mendoza¹⁶ no encontró asociación entre estas características de los padres y la presencia de depresión en adolescentes, en el presente estudio se observó consumo de alcohol y tabaquismo mayor en el padre siendo éste un dato de importancia.

Con respecto a la tipología familiar de acuerdo con el parentesco, la presencia física en el hogar y la convivencia, llama la atención que las familias de los adolescentes con depresión fueron en su mayoría nucleares simples e integradas por lo que es necesario realizar trabajos futuros enfocados a la funcionalidad y dinámica familiar en este grupo de pacientes. Aunque el enfoque principal del estudio fue la prevalencia de depresión, no debemos olvidar el estudio de familia como parte esencial del entorno del adolescente.

Referencias

1. Riveros-Vargas M, Bohórquez-Peñaanda A, Gómez-Restrepo C, Okuda-Benavides M. *Conocimiento de la depresión en pacientes que asisten a centros de atención primaria en Bogotá, Colombia. Resultados colombianos del Proyecto Internacional de Depresión. Rev Colombiana de Psiquiatría* 2006; 35(1):9-22.
2. Gómez-Restrepo C, Bohórquez A, Pinto-Masis D, Gil-Laverde JEA, Rondón-Sepúlveda M, Díaz-Granados N. *Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. Rev Panam Salud Pública* 2004; 15(6):378-386.
3. Organización Mundial de la Salud. *Salud Mental: Salud mental: respuesta al llamamiento a favor de la acción. En: Informe de la secretaría en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud 2002. Ginebra 2002. Disponible en: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA55/swha5510.pdf.*
4. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Zambrano-Ruiz J. *La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia en busca de tratamiento. Salud Pública Mex* 2004;46: 417-424
5. Monterzino JM, Benejam LA. *Prevalencia de depresión en adolescentes escolarizados de la localidad de la Cocha, Tucumán. Rev De la Facultad de Medicina* 2006; 7 (2): 15-19.
6. Vivar R, Pacheco Z, Adrianzen C, Macciotta B, Marchena C. *Validación de la Escala de Birmaher modificada para trastornos depresivos en niños y adolescentes peruanos. Revista Peruana de Pediatría* 2005; 4: 24-30.
7. Czernick G, Dabski M, Cantero J, Almirón L. *Aniedad, depresión y comorbilidad en adolescentes de la ciudad de corrientes. Revista de Postgrado de la VI Cátedra de Medicina* 2006; 162: 1-4.
8. Escribá-Quijada R, Maestre-Montoya C, Amores-Laserna P, Pastor-Toledo A, Miralles-Marco E, Escobar-Rabadán F. *Prevalencia de depresión en adolescentes. Actas Esp Psiquiatría* 2005; 33: 298-302.
9. Vázquez-Pizaña E, Fonseca-Chon I, Padilla-Villareal J, Pérez-Hernández ML, Gómez-Rivera N. *Diagnóstico de Depresión con la Escala de Birmaher en Adolescentes con intento suicida y sano. Bol Clín Hosp Infantil Edo Sonora* 2005; 22(2): 107-118.
10. Hamui SA, Ponce RR, Irigoyen CA, Halabe CHJ. *Capital Social, pobreza familiar y autopercepción de apoyo en casos de enfermedad respiratoria aguda. Gac Med Mex* 2009; 145(6):491-500.
11. Irigoyen CA, Ponce RR, Gómez CF. *Índice simplificado de pobreza familiar: Propuesta para una previsión ponderada. Pan Am Fam Med Clin* 2005; 1:97-98.
12. Primera Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud (PRCAMF). *Conceptos Básicos para el estudio de las familias. Archivos en Medicina Familiar* 2005; 7 (1): 15-19.
13. Belló M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R. *Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Pública Mex* 2005; 47 (1):4-11.
14. Leyva-Jiménez R, Hernández-Juárez AM, Nava-Jiménez G, López-Gaona V. *Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. Rev Med IMSS* 2007;45 (3):225-232.
15. Zapata-Gallardo JN, Figueroa-Gutiérrez M, Méndez-Delgado N, Miranda-Lozano VM, Linares-Segovia B, Carrada-Bravo T, Vela-Otero Y, Rayas-Lundes AM. *Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia. Bol Med Hosp Inf Mex* 2007; 64:295-301.
16. Mantilla-Mendoza LF, Sabalza-Peinado L, Díaz-Martínez LA, Campos-Arias A. *Prevalencia de sintomatología depresiva en niños y niñas escolares de Bucaramanga, Colombia. Rev Colombiana de Psiquiatría* 2004; 33(2): 163-171.
17. Dos Santos-Palazzo L, Umberto-Béria J, Alonso-Fernández F, Tomasi E. *Depresión en adolescentes en centros de atención primaria: importancia de un problema oculto en la salud colectiva. Aten Primaria* 2001; 28: 543-349.