

FACTORES RELACIONADOS CON LA DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE NIVEL MEDIO SUPERIOR

Fecha de envío: 05/07/2024

Data de aceite: 02/09/2024

Betty Sarabia-Alcocer

Universidad Autónoma de Campeche, San Francisco de Campeche, México
<https://orcid.org/0000-0002-7912-4377>

Tomás Joel López Gutiérrez

Universidad Autónoma de Campeche, San Francisco de Campeche, México
<https://orcid.org/0000-0002-3554-1347>

Eduardo Jahir Gutiérrez Alcántara

Universidad Autónoma de Campeche, San Francisco de Campeche, México
<https://orcid.org/0000-0003-3659-1693>

Baldemar Aké-Canché

Universidad Autónoma de Campeche, San Francisco de Campeche, México
<https://orcid.org/0000-0003-2636-5334>

Román Pérez-Balan

Universidad Autónoma de Campeche, San Francisco de Campeche, México
<https://orcid.org/0000-0003-2366-6617>

Ildefonso Velázquez Sarabia

Universidad Autónoma de Campeche, San Francisco de Campeche, México
<https://orcid.org/0009-0000-4484-8220>

RESUMEN: La salud mental se define como el estado de bienestar en el cual las personas pueden realizar sus actividades de manera normal, utilizando sus capacidades para llevar a cabo trabajos productivos y fructíferos en beneficio de la comunidad. Por lo tanto, no se trata únicamente de la ausencia de afecciones o enfermedades. Desde los años setenta, la salud mental ha sido considerada un problema de salud pública debido al incremento de casos a nivel mundial. Por esta razón, los estados han decidido implementar acciones interdisciplinarias y multisectoriales con el fin de prevenir el aumento de casos en la población. La adolescencia es una etapa crucial en el desarrollo humano; representa una transición particular entre la infancia y la adultez, durante la cual ocurren profundos cambios físicos, como el crecimiento y el desarrollo neuroendocrino, así como cambios psicológicos y sociales. **Objetivo:** Identificar los factores relacionados con la depresión en estudiantes de nivel medio superior. **Metodología:** Estudio transversal, observacional y descriptivo. Se informó a los docentes, directivos y padres de familia sobre el objetivo del estudio, y se obtuvo el consentimiento informado, autorizando la participación de los estudiantes. **Resultados:** La sintomatología depresiva, medida a través de la escala de Birlenson,

indicó que el 21.9% de los estudiantes presenta esta sintomatología. La autoestima, evaluada con la escala de Rosenberg, mostró que el 17.6% de los estudiantes tiene autoestima baja. **Conclusiones:** La prevalencia observada está por encima de lo reportado a nivel nacional. **PALABRAS-CLAVE:** Factores relacionados, Depresión, Estudiantes, Nivel Medio Superior.

FATORES RELACIONADOS À DEPRESSÃO EM ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO

RESUMO: A saúde mental é definida como o estado de bem-estar no qual as pessoas podem realizar suas atividades de maneira normal, utilizando suas capacidades para realizar trabalhos produtivos e frutíferos em benefício da comunidade. Portanto, não se trata apenas da ausência de doenças ou enfermidades. Desde os anos setenta, a saúde mental tem sido considerada um problema de saúde pública devido ao aumento de casos em nível mundial. Por essa razão, os estados decidiram implementar ações interdisciplinares e multissetoriais com o objetivo de prevenir o aumento de casos na população. A adolescência é uma etapa crucial no desenvolvimento humano; representa uma transição particular entre a infância e a idade adulta, durante a qual ocorrem profundas mudanças físicas, como o crescimento e o desenvolvimento neuroendócrino, além de mudanças psicológicas e sociais. **Objetivo:** Identificar os fatores relacionados à depressão em estudantes do ensino médio. **Metodologia:** Estudo transversal, observacional e descritivo. Os professores, diretores e pais de família foram informados sobre o objetivo do estudo, e foi obtido o consentimento informado, autorizando a participação dos alunos. **Resultados:** A sintomatologia depressiva, medida através da escala de Birlson, indicou que 21,9% dos alunos apresentam essa sintomatologia. A autoestima, avaliada pela escala de Rosenberg, mostrou que 17,6% dos alunos têm baixa autoestima. **Conclusões:** A prevalência observada está acima do relatado em nível nacional.

PALAVRAS-CHAVE: Fatores relacionados, Depressão, Estudantes, Nível Médio Superior.

FACTORS RELATED TO DEPRESSION IN HIGH SCHOOL STUDENTS

ABSTRACT: Summary— Mental health is defined as the state of well-being in which individuals can carry out their activities normally, utilizing their capacities to perform productive and fruitful work for the benefit of the community. Therefore, it is not merely the absence of afflictions or diseases. Since the 1970s, mental health has been considered a public health issue due to the increase in cases worldwide. For this reason, states have decided to implement interdisciplinary and multisectoral actions to prevent the rise in cases among the population. Adolescence is a crucial stage in human development; it represents a unique transition between childhood and adulthood, during which profound physical changes occur, such as growth and neuroendocrine development, as well as psychological and social changes. **Objective:** To identify factors related to depression in upper secondary school students. **Methodology:** Cross-sectional, observational, and descriptive study. Teachers, school administrators, and parents were informed about the study's objective, and informed consent was obtained, authorizing the participation of the students. **Results:** Depressive symptoms, measured through the Birlson scale, indicated that 21.9% of the students show these symptoms. Self-esteem, evaluated with the Rosenberg scale, showed that 17.6% of the students have low self-esteem. **Conclusions:** The observed prevalence is above the national average.

KEYWORDS: Related factors, Depression, Students, Upper Middle Level.

INTRODUCCIÓN

La depresión es una enfermedad distinta de las afecciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves que se presentan debido a los problemas cotidianos. Se considera un grave problema de salud cuando su duración es prolongada y su intensidad varía de moderada a grave, pudiendo llevar, en el peor de los casos, al suicidio. Este es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años; a nivel mundial, cerca de un millón de personas al año ponen fin a su vida, una muerte cada 40 segundos, y al menos 20 personas intentan suicidarse por cada una que lo logra (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2018).

Los principales síntomas de la depresión incluyen sentimientos de tristeza, pérdida de interés o placer en la vida, culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o de la alimentación, sensación de cansancio y dificultad para concentrarse, lo que conlleva otros problemas de deterioro en la salud.

La adolescencia es una etapa crucial en el desarrollo humano; representa una transición particular entre la infancia y la adultez, durante la cual ocurren profundos cambios físicos, como el crecimiento y el desarrollo neuroendocrino, así como cambios psicológicos y sociales. Debido a estos cambios, los adolescentes son particularmente susceptibles a los conflictos que se originan a su alrededor, como problemas familiares, escolares, con amigos, y cambios económicos, socioculturales y tecnológicos. Estos factores pueden actuar como detonantes, llevando al adolescente a un estado de vulnerabilidad que facilita el desarrollo de la depresión.

Los adolescentes experimentan ansiedad y depresión con una frecuencia similar a los adultos, una problemática que ha aumentado en las últimas décadas. La mayoría de los síntomas depresivos en adolescentes se caracterizan principalmente por un humor deprimido y la pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades durante un periodo de al menos dos semanas, siendo estos los síntomas clave de la depresión juvenil. Se ha encontrado que individuos con historias de depresión en la adolescencia presentan un alto porcentaje de continuidad del trastorno depresivo en la edad adulta. Por ello, la prevención de trastornos y la promoción de un desarrollo adecuado comienzan con la identificación de factores de riesgo y factores protectores de la salud mental.

Es crucial propiciar el desarrollo de factores protectores que apoyen el crecimiento y la maduración saludable del adolescente, enfocándose principalmente en el establecimiento y logro de una adecuada autoestima. Esto permitirá al adolescente enfrentar problemas con responsabilidad a lo largo de su vida.

La adolescencia debe entenderse como una etapa de crisis personal intransferible en el esquema del desarrollo biopsicosocial de todo ser humano, que generalmente abarca desde los 10 o 12 años hasta los 22. La OMS define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, con dos fases: la adolescencia temprana, de

10 a 14 años, y la adolescencia tardía, de 15 a 19 años. Dulanto la divide en tres etapas principales: 1) Adolescencia temprana, de 12 a 14 años, correspondiente al periodo de educación secundaria; 2) Adolescencia media, de 15 a 17 años, equivalente al bachillerato o educación media superior; 3) Adolescencia tardía, de 18 a 21 años, correspondiente casi por completo a la educación universitaria.

A pesar de que la adolescencia se caracteriza por cambios propios, como la inestabilidad identificatoria y las fluctuaciones emocionales, es susceptible al impacto de los conflictos de su entorno, como problemas familiares, escolares, con amigos, y cambios económicos, socioculturales y tecnológicos. Estos factores pueden actuar como detonantes, llevando al adolescente a un estado de vulnerabilidad que fácilmente puede derivar en depresión.

El DSM-IV define la depresión como la presencia durante más de dos semanas de síntomas como: estado de ánimo deprimido o irritable la mayor parte del día, pérdida de interés o capacidad para el placer en casi todas las actividades, insomnio o hipersomnia, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultad para pensar o concentrarse, agitación o enlentecimiento psicomotor, pérdida o aumento de peso, disminución de la capacidad de concentración e ideas suicidas. Dependiendo de la severidad de los síntomas, la depresión puede clasificarse como leve, moderada o severa. Por mucho tiempo se consideraba que la depresión no existía en niños y era normativa en la adolescencia, pero en los últimos 30 años se ha reconocido que la depresión mayor también afecta a niños y adolescentes. Según estudios internacionales, se estima que hasta un 25% de los niños y adolescentes padecen depresión, y solo un 3 o 4% requiere tratamiento.

La OMS define la depresión como el trastorno mental más común, afectando alrededor de 340 millones de personas en todo el mundo. En Estados Unidos y Europa Occidental, la prevalencia a lo largo de la vida del trastorno depresivo mayor varía entre el 13.3% y 17.1%, y en México es del 12%. Se estima que la prevalencia de trastornos psiquiátricos oscila entre el 15% y 30% en la población menor de 18 años.

Diversos estudios internacionales han demostrado que la depresión diagnosticada está presente en el 5% de los adolescentes en cualquier momento dado, con una prevalencia del 11.2% en mujeres y 6.7% en hombres. Los factores causales de la depresión en adolescentes son múltiples, incluyendo factores genéticos, biológicos (como el descenso de dopamina, noradrenalina y serotonina), individuales (como labilidad emocional, actitud autodestructiva, falta de maduración y bajo rendimiento escolar), y sociales (como conflictos familiares, problemas escolares y relaciones sociales). Además, los factores generadores de estrés, como la pérdida de un padre, abuso infantil, atención inestable, falta de habilidades sociales y enfermedades crónicas, también desempeñan un papel importante en la génesis de la depresión adolescente.

Se ha establecido que individuos con historias de depresión en la adolescencia presentan un alto porcentaje de continuidad del trastorno depresivo en la edad adulta. Por esto, el diagnóstico oportuno del trastorno depresivo es imperativo para evitar sufrimiento prolongado y posibilidades de suicidio, ya que en México se estima que el suicidio es la sexta causa de mortalidad, y la segunda causa entre las edades de 14 a 49 años. La prevalencia del intento suicida en la población adolescente mexicana varía de 3.0 a 8.3%, y entre 0.1 a 11% logran consumar el suicidio, siendo más común en el género masculino debido a problemas de conducta impulsiva, agresiva y respuesta intensa al estrés.

Si consideramos la relevancia del trastorno depresivo en la adolescencia como una patología grave y como un periodo crítico para el reconocimiento de la sintomatología y el establecimiento terapéutico temprano, es importante contar con instrumentos que puedan medir los síntomas, cuantificar la intensidad de la depresión y ser útiles para el seguimiento terapéutico. Entre estos instrumentos se encuentra la Escala de Birlson, traducida al español y validada en población mexicana adolescente, diseñada para cuantificar la severidad de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes y supervisar la respuesta al tratamiento. Es un instrumento sencillo, autoaplicable tipo Likert con 18 reactivos y un punto de corte de 14 puntos para la detección de depresión clínica.

Aunque establecer el diagnóstico de depresión es crucial para un tratamiento oportuno, la prevención debe ser esencial para evitar esta problemática y reforzar la salud mental en la adolescencia. La prevención debe enfocarse en promover factores protectores y evitar factores de riesgo.

Las conductas de riesgo son acciones, ya sean pasivas o activas, que involucran peligro para el bienestar del individuo o que acarreen consecuencias negativas para su salud o comprometan aspectos de su desarrollo. Un factor protector se define como el conjunto de circunstancias y características que mejoran la efectividad de las personas para manejar situaciones potencialmente peligrosas, ofreciendo resistencia o invulnerabilidad bajo condiciones adversas. Estos factores ayudan al individuo a adaptarse al ambiente físico y social, reducen la probabilidad de conductas de riesgo y favorecen la motivación para enfrentar los cambios de la vida.

Estudios sugieren que los procesos protectores incluyen:

- Reducción de las repercusiones del riesgo.
- Reducción de la probabilidad de reacción negativa en cadena.
- Promoción de la autoestima y eficiencia mediante relaciones seguras y apoyo.
- Creación de oportunidades.

Es necesario prestar especial atención a los mecanismos del desarrollo que aumentan la capacidad de enfrentar eficazmente el estrés y la adversidad futuros, y que permiten superar las secuelas de riesgos psicosociales pasados. Los factores de protección pueden ser personales (autoestima, autonomía, proyección social), familiares (cohesión, calidez, bajo nivel de discordia) y sociales (estímulos adecuados, reconocimiento de intentos de adaptación).

DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, transversal y comparativo para identificar los factores protectores y la presencia de depresión en adolescentes escolarizados de nivel secundaria. Para ello, se utilizó la escala de Birlson para identificar depresión y la escala de Rosenberg para evaluar la autoestima. Ambas escalas están validadas y son utilizadas en población adolescente mexicana.

Para identificar los factores protectores, se diseñó una encuesta de recolección de datos específicamente para este proyecto. Primero, se identificaron los factores de riesgo y protectores a partir de estudios publicados, ya que no se encontró una escala específica para este propósito. En dichos estudios, solo se mencionaban los aspectos explorados y algunas preguntas. Con base en esto, se elaboró un listado de posibles preguntas sobre los aspectos a explorar.

Se realizó una primera ronda con un grupo de expertos, que incluyó psicólogos, pediatras y trabajadores sociales, para conformar la versión inicial de la encuesta y adaptar los términos para una mejor comprensión en la población adolescente, utilizando preguntas mixtas. En una segunda ronda, se integró la encuesta de forma detallada. Posteriormente, se efectuó una prueba piloto para verificar la claridad de las preguntas, su adaptación a los modismos y el lenguaje propio de los adolescentes. Esta prueba se aplicó en tres poblaciones diferentes de adolescentes en distintos momentos para asegurar la comprensión de las preguntas y las opciones de respuesta, hasta conformar la versión final.

Se gestionó el permiso en la escuela secundaria y la autorización del comité local de investigación. Tras estas gestiones, se procedió a identificar cuántos salones y alumnos por salón participarían en el estudio. Previo acuerdo con las autoridades de la escuela, se programó una reunión con todos los maestros para informarles sobre el proyecto de investigación y dar una charla general sobre el tema. Posteriormente, se llevó a cabo una reunión con los padres de familia para explicar cómo se realizaría el trabajo de investigación y determinar la mejor estrategia para la firma del consentimiento informado, el cual se obtuvo después de la charla.

COMENTARIOS FINALES

Resumen de resultados

La población que participó en el estudio consistió en 466 alumnos, de los cuales el 39.1% eran hombres y el 60.9% mujeres. La edad promedio fue de 14 años, con una edad mínima de 12 y una máxima de 17 años. La distribución por grado escolar fue de 44.2% en primer grado, 27.3% en segundo grado y 28.5% en tercer grado. Además, el 57.5% de los estudiantes asistía al turno matutino y el 42.5% al vespertino. El promedio de calificaciones de todos los alumnos participantes fue de 86.1.

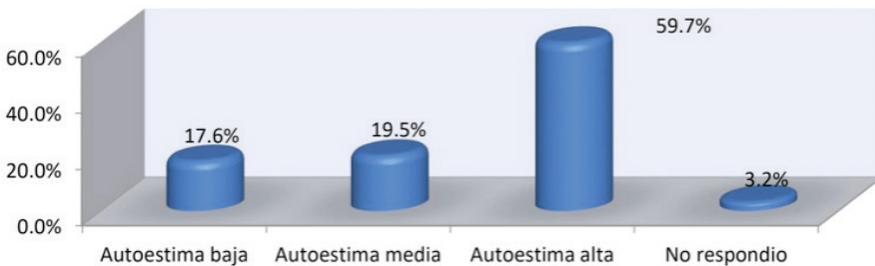
En cuanto a la religión, el 72.7% de los alumnos se identificaron como católicos, el 13.5% como cristianos, el 3.4% como testigos de Jehová y el 2.8% no profesaba ninguna religión.

Al evaluar la sintomatología depresiva mediante la escala de Birlerson, se encontró que el 21.9% de los estudiantes presentaba síntomas depresivos (ver Gráfica 1).



Gráfica 1. Frecuencia de Sintomatología depresiva

En relación con la autoestima evaluada con la escala de Rosenberg, se observó un 17.6% con autoestima baja, 19.5% con autoestima media, 59.7% con autoestima elevada y un 3.2% no respondió esta escala. (Gráfica 2)

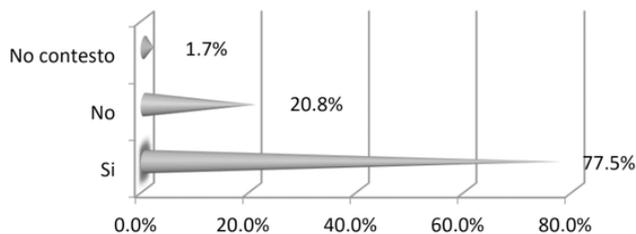


Gráfica 2. Distribución de los grados de autoestima en la población de estudio

Uno de los factores protectores evaluados fueron las metas a futuro de los alumnos. En la primera meta, el 90.1% de los estudiantes respondieron, predominando las metas académicas con un 46.0%, seguidas de las metas profesionales con un 27.9%. En la segunda meta, respondieron el 80.7% de los alumnos, con predominancia igual de metas profesionales y académicas, cada una con un 20.2%, seguidas de metas laborales con un 17.6% y metas personales con un 17.3%.

Para la tercera meta, el 65.5% de los estudiantes respondieron, predominando las metas personales con un 20.0%. En la cuarta meta, respondieron el 45.5% y predominaron las metas familiares. En la quinta meta, el 29.4% de los estudiantes respondieron, predominando nuevamente las metas personales. Finalmente, en la sexta meta, el 14.2% de los alumnos respondieron, predominando también las metas personales.

Otro factor evaluado en la población adolescente identificado como protector para depresión y baja autoestima es la realización de algún deporte y se observó que el 77.5% de ellos si lo realiza. (Grafica 3)



Grafica 3. Distribución de los alumnos que realizan deporte

El 32.0% con sintomatología depresiva no realiza esta actividad física. (Cuadro 1)

	Realiza Deporte	
	Si	No
Sintomatología Depresiva	68.0%	32.0%
Sin sintomatología Depresiva	81.8%	18.2%

Cuadro 1. Sintomatología depresiva en relación con la realización de algún deporte

De igual manera el 27.2% con autoestima bajo no practica ningún deporte. (Cuadro 2)

	Realiza Deporte	
	Si	No
Autoestima baja	72.8%	27.2%
Autoestima media	75.8%	24.2%
Autoestima elevada	81.6%	18.4%

Cuadro 2. Grado de autoestima en relación con la realización de algún deporte

La convivencia con los padres se manifiesta principalmente en actividades como pasear (28.6%), conversar (19.5%) y compartir la hora de la comida (11.0%). Sin embargo, el 5.9% de los encuestados refirió no realizar ninguna actividad de convivencia. Es importante destacar que el 15.9% de los alumnos no respondió a esta pregunta.

Otro factor relevante es la capacidad de relacionarse o hacer amistades, lo cual está vinculado con la presencia o ausencia de depresión y baja autoestima. Se observó que al 35.1% de los alumnos encuestados les resulta difícil hacer amigos, y el 5.8% no respondió a este rubro.

En cuanto a las estrategias para sentirse mejor cuando están tristes, el 72.6% realiza una actividad, el 8.9% realiza dos actividades, el 8.7% realiza tres actividades y el 1.1% no realiza ninguna. Además, el 91.6% de los estudiantes tiene un familiar de confianza con quien pueden platicar, y el 60.9% cuenta con alguien de confianza fuera del ámbito familiar para hablar.

CONCLUSIONES

El estudio incluyó a 466 alumnos, de los cuales el 39.1% eran hombres y el 60.9% mujeres. La edad promedio fue de 14 años, con un rango de edad entre 12 y 17 años. La distribución por grado escolar fue la siguiente: 44.2% en primer grado, 27.3% en segundo grado y 28.5% en tercer grado. El 57.5% de los estudiantes asistía al turno matutino y el 42.5% al vespertino. El promedio de calificaciones de todos los alumnos participantes fue de 86.1. En cuanto a la religión, el 72.7% se identificó como católico, el 13.5% como cristiano, el 3.4% como testigo de Jehová y el 2.8% no profesaba ninguna religión.

Al evaluar la sintomatología depresiva mediante la escala de Birlson, se encontró que el 21.9% de los estudiantes presentaba síntomas depresivos. En relación con la autoestima, evaluada con la escala de Rosenberg, se observó que el 17.6% tenía baja autoestima, el 19.5% autoestima media, el 59.7% autoestima elevada y el 3.2% no respondió a esta escala.

Uno de los factores protectores evaluados fueron las metas a futuro. En la primera meta, el 90.1% de los estudiantes respondieron, predominando las metas académicas con un 46.0%, seguidas de las metas profesionales con un 27.9%. En la segunda meta, el 80.7% de los alumnos respondieron, predominando igualmente las metas profesionales y académicas, cada una con un 20.2%, seguidas de las metas laborales con un 17.6% y las metas personales con un 17.3%. En la tercera meta, el 65.5% de los estudiantes respondieron, predominando las metas personales con un 20.0%. En la cuarta meta, el 45.5% de los alumnos respondieron, predominando las metas familiares. Para la quinta meta, el 29.4% de los estudiantes respondieron, predominando nuevamente las metas personales. En la sexta meta, el 14.2% de los alumnos respondieron, predominando también las metas personales.

Otro factor protector evaluado fue la práctica de algún deporte. Se observó que el 77.5% de los estudiantes realiza alguna actividad física, mientras que el 32.0% de aquellos con sintomatología depresiva no realiza ninguna actividad física. De manera similar, el 27.2% de los estudiantes con baja autoestima no practica ningún deporte.

La convivencia con los padres se manifestó en actividades como pasear (28.6%), conversar (19.5%) y compartir la hora de la comida (11.0%). Sin embargo, el 5.9% de los encuestados refirió no realizar ninguna actividad de convivencia, y el 15.9% no respondió a esta pregunta.

La capacidad de relacionarse y hacer amistades también está vinculada con la presencia o ausencia de depresión y baja autoestima. Se observó que al 35.1% de los alumnos les resulta difícil hacer amigos, y el 5.8% no respondió a este rubro.

En cuanto a las estrategias para sentirse mejor cuando están tristes, el 72.6% realiza una actividad, el 8.9% realiza dos actividades, el 8.7% realiza tres actividades y el 1.1% no realiza ninguna. Además, el 91.6% de los estudiantes tiene un familiar de confianza con quien pueden platicar, y el 60.9% cuenta con alguien de confianza fuera del ámbito familiar para hablar.

REFERENCIAS

Dulanto, & AMP. (2000). *El adolescente* (1ª ed., Vol. 1, pp. 143-164, 208-231). México DF.

Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Fleiz-Bautista, C., & Zambrano-Ruiz, J. (2004). La depresión con inicio temprano: Prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública de México*, 46(5), 417-424.

Czernik, A., Almeida, D., Godoy, S., & Almirón, M. (2006). Severidad depresiva en adolescentes de una escuela de formación profesional de la ciudad de Resistencia, Chaco, Argentina. *CIMEL*, 11(1), 16-19.

Arrivillaga-Quintero, J., Cortes-García, L., Goicochea-Jiménez, R., & Lozano-Ortiz, G. (2004). Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Univ Psychol*, 3(1), 17-26.

Czernik, A., Dabski, C., Canteros, M., & Almirón, M. (2006). Ansiedad, depresión y comorbilidad en adolescentes de la ciudad de Corrientes. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*, (162), 1-4.

Martinez, R., Reynolds, S., & Howe, A. (2006). Factors that influence the detection of psychological problems in adolescents attending general practices. *British Journal of Medical Practice*, 56, 594-599.

Haquin, M., Larraguibel, M., & Cabezas, L. (2004). Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. *Revista Chilena de Pediatría*, 75(5), 425-433.

Olmedo-Buenrostro, H., Torres-Hernández, L., Velasco-Rodríguez, A., Mora-Brambila, E., & Blas-Vargas, E. (2006). Prevalencia y severidad de depresión en estudiantes de enfermería en la Universidad de Colima. *Revista de Enfermería del IMSS*, 14(1), 17-22.

Pardo, A., Sandoval, S., & Umbarila, A. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*, (13), 13-28.

Keenan, D., Hammen, C., & Brennan, P. (2007). Health outcomes related to early adolescent depression. *Journal of Adolescent Health*, 41(3), 256-262.