

# Prevalencia de los trastornos depresivos y su relación con el bajo aprovechamiento escolar en estudiantes de secundaria

Francisco de la Peña<sup>\*\*</sup>,<sup>\*\*\*</sup>  
Alfredo Estrada<sup>\*\*\*</sup>,<sup>†</sup>  
Luis Almeida<sup>\*\*</sup>  
Francisco Páez<sup>\*\*</sup>

## Summary

Affective disorders, especially major depressive disorder (MDD) and dysthymia (DD), are two of the most frequent illnesses among teenagers; around 8 % of the epidemiological population, suffers from these illnesses. A great prevalence variability, probably related with cultural and social characteristics; the secular increase of the diseases; the source of information and the way to evaluate the depressive symptomatology have been reported. These disorders not only affect the health of suffering them, but they also interfere in their academic performance. We applied a semistructured interview to 40 teenagers from a private junior high school from Mexico City. We found a 12 % and 7.5 % prevalence of MDD and DD, respectively. The adolescents with internal disorders presented lower notes in Spanish 6.3 (2.2) vs 8.0 (1.7) [ $t = 2.34$ ,  $gl = 28$ ,  $P = 0.024$ ]; and English 6.6 (1.6) vs 8.0 = (1.6) [ $t = 2.23$ ,  $gl = 38$ ,  $P = 0.032$ ] than adolescents with external disorders and without disorders. It is necessary to consider the psychopathologic problems, particularly depressive disorders, in the evaluation of low academic achievement.

**Key words:** Low academic achievement, depression, adolescent.

## Resumen

Los trastornos depresivos, en especial el TDM y el TD, se presentan con una elevada prevalencia de hasta del 8 % en poblaciones abiertas de adolescentes. Existe una gran variabilidad en los índices del padecimiento, probablemente relacionados a las características culturales y sociales específicas de las muestras, al incremento secular de la enfermedad, a la fuente de información y a la forma de evaluar la sintomatología depresiva. Estos padecimientos no sólo deterioran la salud de quienes los padecen sino también afectan su aprovechamiento y rendimiento escolar. Se realizó una entrevista semiestructurada a 40 adolescentes de una escuela secundaria en la ciudad de México, y se encontró una prevalencia del 12 % de TDM y de 7.5 % para el TD. Los adolescentes con trastornos internalizados presentaron calificaciones más bajas en español 6.3 (2.2) vs 8.0 (1.7) [ $t = 2.34$ ,  $gl = 28$ ,

$P = 0.024$ ]; y en inglés 6.6 (1.6) vs 8.0 = (1.6) [ $t = 2.23$ ,  $gl = 38$ ,  $P = 0.032$ ] que los adolescentes sanos y con trastornos externalizados. Es necesario considerar los problemas de psicopatología, en especial los depresivos, al momento de evaluar el bajo aprovechamiento escolar.

**Palabras clave:** Bajo aprovechamiento escolar, depresión, adolescentes.

## Introducción

Los padecimientos efectivos, específicamente el trastorno depresivo mayor (TDM) y la distimia (TD), pertenecen al grupo de padecimientos psiquiátricos más frecuentemente encontrados entre los adolescentes, tanto en poblaciones clínicas como epidemiológicas (18). Las poblaciones clínicas de adolescentes manifestaban hace veinte años prevalencias del 28% para el TDM (9,30), debido al incremento secular de este padecimiento los índices hoy en día de esta enfermedad son del 38% (12) al 40% (7). Los estudios epidemiológicos de adolescentes, basados en muestras de escolares europeos y norteamericanos, han reportado índices de entre 1.6% y 8% (8), sin embargo, existen investigaciones en poblaciones abiertas rusas y japonesas que han identificado prevalencias de síntomas depresivos severos en 19% y 57%, respectivamente, de sus adolescentes evaluados (22,33). Probablemente, la variabilidad de los resultados en los reportes de prevalencia clínica y epidemiológica se relacionan con las características culturales y sociales específicas de las muestras, el incremento secular de la enfermedad, la fuente de información (vgr padres, madres, maestros, adolescentes), y la forma de evaluar la sintomatología depresiva (vgr escalas de severidad y entrevistas diagnósticas).

Las diferencias relacionadas con las características culturales y sociales, así como el incremento secular de la depresión, han sido revisados ampliamente en otras publicaciones (8); debe enfatizarse que la cohesión familiar, más que la estructura de la misma, se ha relacionado con TDM y TD en los adolescentes (16), una mala relación entre los padres se relaciona significativamente con la depresión en los hijos (1). Pese al acuerdo generalizado de que los jóvenes, tanto ni-

\* Clínica de Adolescentes. División de Servicios Clínicos, Instituto Mexicano de Psiquiatría. Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, 14370, México, D.F. [adolesc@imp.edu.mx](mailto:adolesc@imp.edu.mx)

\*\* Investigador Asociado. División de Servicio Clínicos, Instituto Mexicano de Psiquiatría.

\*\*\* Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, UNAM.

† Psiquiatra, Colegio Simón Bolívar, Secundaria, México, D. F.

ños como adolescentes, reportan con mayor confiabilidad los síntomas internalizados (8), se han utilizado los informes de maestros y padres para medir los síntomas depresivos; las evaluaciones de los maestros identifican menor competencia social que las evaluaciones de los propios adolescentes deprimidos (11), el acuerdo diagnóstico entre la madre y el adolescente en entrevistas diagnósticas ha sido bajo con valores  $K < 0.40$  tanto para el TDM como para el TD (3). La forma de evaluar la sintomatología depresiva ha sido fundamentalmente por medio de las escalas de severidad, se han utilizado instrumentos autoaplicables como la Escala de Beck (14,16,19,28) o la Escala de Birlson (29); el uso de escalas de severidad generan muchos casos falsos positivos por lo que no deben utilizarse solas en el reconocimiento de los trastornos depresivos tanto en poblaciones clínicas como epidemiológicas (31). La mejor opción para identificar a los adolescentes deprimidos tanto en muestras clínicas como epidemiológicas, es mediante las entrevistas semiestructuradas o estructuradas, la entrevista más usada es la *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS)* (10,16,24).

Probablemente, el TDM y el TD sean las enfermedades que más se han relacionado con el bajo aprovechamiento académico de los adolescentes. Desde hace más de diez años se ha observado que los padecimientos afectivos se vinculan directamente con menor desempeño escolar y con menor socialización (15); estudios más recientes han reportado que 92% de los adolescentes deprimidos manifiestan un decremento en su productividad académica (19).

Parece ser que el pico epidemiológico del TDM en la adolescencia es entre los 14 y 15 años, más aún, se ha reportado que al menos 25% de los adolescentes cumplen con los criterios para algún tipo de trastorno psiquiátrico antes de los 14 años; el inicio temprano de los trastornos se vincula con un mayor riesgo de comorbilidad y un mayor deterioro psicosocial sostenido durante la adolescencia (17); el riesgo de ideas suicidas es mayor en aquellos adolescentes que inician el TDM más tempranamente (23).

Existen muy pocos estudios en poblaciones abiertas de adolescentes mexicanos o de origen latino. En 1992 se realizó una investigación en Guatemala la cual determinó que 35% de los adolescentes de su muestra abierta cursaban con TDM (6); en 1995 Medina-Mora y sus colaboradores demostraron que los síntomas depresivos diferenciaban a un grupo de adolescentes de la ciudad de México que usaban drogas contra los adolescentes que no las usaban (25); las interacciones entre los adolescentes y sus padres, y su relación con los síntomas de la ansiedad, también han sido estudiados en la capital mexicana (20). Llama la atención que fuera de la región se hayan estudiado a grupos hispanos. Las investigaciones de inmigrantes latinos a California reportan que 25% de los adolescentes presentan niveles críticos de depresión e ideas suicidas relacionadas con el estrés de la culturización (21); más recientemente se ha podido identificar que el grupo de adolescentes de origen mexicano presentan un mayor riesgo ( $OR = 1.71, P < 0.05$ ) de manifestar TDM que ocho grupos étnicos diferentes con quienes se les comparó

(32). Sin embargo, no existen investigaciones que relacionen los padecimientos depresivos y el aprovechamiento académico.

Considerando la elevada prevalencia de los trastornos depresivos en adolescentes, su alta tasa de comorbilidad, su bajo funcionamiento psicosocial, así como la falta de estudios que vinculen este padecimiento con el bajo aprovechamiento académico en nuestra población, decidimos realizar una investigación que determinara la prevalencia de los trastornos depresivos en los adolescentes menores (12 a 15 años) escolarizados y su relación con el aprovechamiento escolar.

## Metodología

Se contactó con las autoridades directivas de la secundaria del Colegio Simón Bolívar de la ciudad de México. Después de una plática informativa con los directivos y coordinadores de año, se envió una carta informativa a los adolescentes y a sus padres sobre la investigación y sus objetivos. A los alumnos seleccionados se les asignó una cita en horario diferente al de su curso, ya fuera vespertino o matutino. Se seleccionaron 72 alumnos de forma aleatoria y balanceada de primero, segundo y tercer año de secundaria en ambos turnos. Por medio de la hoja informativa se señalaba hora y cita para la entrevista, todas fueron realizadas dentro del mismo colegio en una sala de juntas habilitada por las autoridades del plantel.

El adolescente junto a su padre y bajo el consentimiento informado y por escrito, se presentaron a una entrevista clínica, aplicada por un psiquiatra capacitado en la Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA) (28). Dos (AEA y FPO) de los investigadores realizaron el 100% de las 40 entrevistas.

La ESA es una entrevista original desarrollada para relacionarse con los criterios diagnósticos del DSM-IV (2). Su diseño es el de una entrevista semiestructurada para ser aplicada por clínicos entrenados en la misma. La capacitación requiere de al menos dos o tres semanas.

La ESA está integrada por cuatro partes, la primera corresponde a los datos de identificación general del adolescente y del padecimiento actual, en la segunda se explora propositivamente síntoma por síntoma las diferentes psicopatologías, en la tercera se interroga al padre sobre los antecedentes generales del paciente y, en una cuarta, se abordan los apartados del desarrollo sexual, el abuso físico o sexual, el consumo de alcohol y drogas y la evaluación del funcionamiento psicosocial (*Life-Mex*).

En conjunto la ESA consta de 21 apartados distribuidos en las cuatro partes y se integra con 243 preguntas propuestas. Esta entrevista debe ser aplicada por un clínico conocedor de la psicopatología y capacitado en la entrevista, ya que su aplicación significa tomar decisiones clínicas. El clínico debe permitir un acuerdo entre los informantes; cuando no se logra, él tomará la decisión de codificar el síntoma. El tiempo total de aplicación es de 60 a 90 minutos, y depende de la familiarización del clínico con el instrumento y la cooperación del adolescente y el padre.

Para el registro de la evaluación se cuenta con una hoja de respuestas que señala el síntoma, la duración

en la evolución de la enfermedad durante los últimos seis meses como parte de las manifestaciones actuales; evalúa el síntoma a lo largo de la vida, si se ha presentado en diferentes episodios así como la duración en cada uno; posibilita la identificación como rasgo en el paciente o bien, si existe duda en torno a la codificación del síntoma, pese a una exploración completa, posibilita además, señalar si la exploración del síntoma ha sido incompleta. Esta forma de codificar las respuestas es similar a una de las hojas de respuestas del SCAN (34).

Los coeficientes de correlación interevaluador y temporal para las principales categorías diagnósticas se presentan en el cuadro 1 (13). Todos los adolescentes en quienes se identificó la psicopatología fueron enviados a un tratamiento oportuno.

Los resultados de la entrevista se relacionaron con las últimas calificaciones obtenidas para el inglés, el español, las matemáticas y la disciplina. El análisis estadístico se realizó mediante pruebas t de Student para comparar las medias de las calificaciones y la disciplina de los grupos de adolescentes con padecimientos internalizados vs los adolescentes con padecimientos externalizados y sanos.

Las calificaciones de los adolescentes entrevistados fueron proporcionadas a los investigadores después de realizar las entrevistas, es decir, los clínicos que entrevistaron fueron ciegos a las calificaciones. Las calificaciones entregadas a los investigadores fueron las que se obtuvieron del adolescente en el periodo pasado más reciente.

## Resultados

La muestra se integró por un total de 40 alumnos, todos hombres, de 72 sujetos programados, lo que equivale a una tasa de respuesta del 55.5%. La edad promedio fue 13.1 (DE 1.2) (rango de 12 a 16 años). De los 40 alumnos que participaron 15 fueron de primero, 18 de segundo y 7 de tercero de secundaria.

Se estableció al menos un diagnóstico psiquiátrico en once de los cuarenta sujetos, lo que corresponde al

27.5 % de la muestra entrevistada. De éstos, nueve presentaron padecimientos internalizados (22.5 %) y dos presentaron padecimientos externalizados (5 %). La distribución de los trastornos por grupo conforme al diagnóstico principal se muestra en el cuadro 2. La comorbilidad psiquiátrica se manifestó en cuatro personas, 10 % del total de la muestra. Todos los sujetos con alguna comorbilidad tuvieron TDM como diagnóstico principal; dos presentaron como segundo diagnóstico TD y los dos restantes presentaron trastornos por déficit de atención con hiperactividad (TDAH); ningún paciente obtuvo codificación para más de dos diagnósticos. Tres de los 40 sujetos entrevistados manifestaron síntomas subsindromáticos para TDAH y fueron considerados dentro del grupo de sujetos sanos.

Debido a que sólo dos sujetos codificaron para un diagnóstico externalizado, uno con TDAH y otro con trastorno de conducta (TC), además de haber incluido a los 3 adolescentes con TDAH subsindromático, se decidió incorporarlos dentro del grupo de alumnos sin diagnóstico y compararlos contra el grupo con padecimientos internalizados en lo referente a las calificaciones de matemáticas, español, inglés y disciplina. En conjunto, el grupo de alumnos con psicopatología internalizada presentó menores calificaciones para las tres materias y disciplina que el grupo de alumnos sin diagnóstico y con trastornos externalizados, sin embargo, sólo se obtuvieron diferencias significativas en español e inglés conforme se muestra en el cuadro 3.

Los promedios de la Escala de Funcionamiento Psicosocial (*Life-Mex*) para el grupo de adolescentes con diagnóstico (N = 11) fue 2.13 y para el grupo de adolescentes sin diagnóstico (N = 29) fue 1.95. La diferencia entre estos grupos no fue significativa.

## Discusión

De acuerdo a nuestra revisión de la bibliografía internacional, este es el primer informe sobre la prevalencia de la psicopatología en adolescentes menores, estudiantes de secundaria, y fueron evaluados por medio

**CUADRO 1**  
Coeficientes de correlación interevaluador y temporal

	Confiabilidad interevaluador (N=81)		Confiabilidad temporal (N=30)	
	Valor Kappa	Valor Z	Valor Kappa	Valor Z
TDM	0.92	75.02	0.59	17.90
TD	0.81	66.49	0.40	12.23
TAS	0.74	61.24	0.58	17.50
TDAH	0.75	61.05	0.78	23.72
TC	0.97	78.80	0.85	17.32
TDO	0.92	78.80	0.51	16.78
AAD	0.90	73.45	0.65	20.84

Todos los valores Z con P<0.01

TAS = trastorno de ansiedad de separación, TDO = trastorno desafiante oposicionista, AAD = abuso de alcohol o drogas

**CUADRO 2**  
Distribución de trastornos psiquiátricos por grupo

<i>Trastornos internalizados</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Trastornos externalizados</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
TDM	5	12.5	TDAH	1	2.5
TD	3	7.5	TC	1	2.5
Fobias	1	2.5			
Total	9	22.5	Total	2	5.0

**CUADRO 3**  
Aprovechamiento escolar y conducta por grupos

<i>Materia</i>	<i>Trastornos internalizados (N=9)</i>	<i>Sin diagnóstico + trastornos externalizados (N=31)</i>
Matemáticas	6.6 (1.5)	7.4 (1.8)
Español	6.3 (2.2)	8.0 (1.7)*
Inglés	6.6 (1.6)	8.0 (1.6)**
Disciplina	8.8 (2.2)	9.3 (1.2)

Los resultados se expresan en medias y desviaciones estándar

\*  $t=2.34$ ,  $gl=28$ ,  $P=0.024$

\*\*  $t=2.23$ ,  $gl=38$ ,  $P=0.032$

de una entrevista semiestructurada y su relación con el aprovechamiento académico en hispanoamérica.

La ESA se suma a otras entrevistas semiestructuradas como el K-SADS (10,16,24) y el *Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA)* que se utiliza en muestras epidemiológicas (4,5).

La tasa de respuesta fue regular, 55.5 %; los adolescentes que faltaron a sus citas fueron preferentemente del turno matutino, será necesario determinar en futuros proyectos diferencias demográficas o socioculturales de quienes no acuden a su cita programada. En Suiza se investigó a un grupo de adolescentes que faltaban a su cita y se encontró a muchachos con menos quejas somáticas, problemas de estrés y depresión, los que faltaban a las citas presentaban una mayor actividad sexual y un mayor consumo de alcohol, tabaco y *cannabis* ( $P=0.05$ ) que quienes sí acudieron a ella (26). Hemos considerado que los adolescentes que faltaron no sólo podrían manifestar un estilo de vida diferente, sino también la posibilidad de estar libres de síntomas o bien que los padres calificaran como estigma o como elemento negativo el contacto con el psiquiatra, lo que desafortunadamente aún ocurre con frecuencia en México. Los resultados de nuestra investigación estuvieron integrados exclusivamente por datos obtenidos de hombres, ya que la escuela seleccionada era varonil, por lo que los resultados presentados aquí tienen limitantes para su generalización y obligan al equipo a futuros trabajos en el área.

De acuerdo con la entrevista realizada en los adolescentes, la prevalencia del TDM fue de 12.5 %, este resultado es similar al 9.5 % reportado en una población discretamente mayor a la nuestra, con rangos de 16 a 17 años; y menor que el 19 % reportado en otra población con rangos de 12 a 17 años, ambas muestras de adolescentes fueron evaluadas por medio de una entrevista semiestructurada (22,28). Algunas investigaciones han publicado prevalencias del 31 % en adolescentes

de población abierta (29), pero estas tasas obedecen a sobreestimaciones generadas por la forma de evaluar el TDM, con escalas de severidad e inadecuado punto de corte, así como por la falta de entrevistas diagnósticas.

Es importante resaltar que 7.5 % de la muestra cursaba con TD. Este padecimiento subevaluado, incluso en escenarios clínicos, motiva cada vez más interés en la paidopsiquiatría. Aproximadamente 70 % de los sujetos con TD de inicio temprano tienen un TDM concomitante, 50 % tiene otro trastorno psiquiátrico, siendo los más frecuentes los trastornos de ansiedad (40 %), el TC (30 %) y el TDAH (24 %) (6). Diversos investigadores han considerado que los trastornos de ansiedad anteceden a los padecimientos depresivos (17), por lo que no sólo el tratamiento específico, sino también el seguimiento clínico formal, debe realizarse como medida preventiva. En nuestros adolescentes sólo se manifestó un caso de fobia específica, es decir el 2.5 %, muy similar a la prevalencia reportada, 2.3 %, de una gran muestra de 3283 jóvenes adolescentes de Carolina del Sur (27).

La comorbilidad fue un fenómeno frecuente en los sujetos con TDM, 4 de los 5 sujetos presentaban algún otro padecimiento. Este fenómeno de elevada comorbilidad en los adolescentes deprimidos ha sido observado también en poblaciones clínicas donde 90 % es portador de algún otro padecimiento y alrededor del 70 % codifica hasta para tres diagnósticos psiquiátricos (12); la comorbilidad de adolescentes deprimidos parece más la regla que la excepción. Las implicaciones clínicas y funcionales de la comorbilidad en los adolescentes es diversa: aumentan los riesgos de depresiones recurrentes, se prolongan los episodios depresivos, se incrementan las conductas o ideas suicidas, disminuye la respuesta al tratamiento, se gastan más recursos y se genera un mayor deterioro en el funcionamiento familiar, con sus compañeros y en el nivel académico de los adolescentes.

Nuestros resultados confirman los hallazgos de otros investigadores que señalan al TDM y al TD como las

psicopatologías más comunes de este grupo de edad, que afectan directamente el aprovechamiento académico. Estos hallazgos invitan a las autoridades escolares a considerar a la psicopatología como uno de los elementos que están relacionados con los alumnos problemáticos y con bajo rendimiento.

Queda para futuras investigaciones ampliar la muestra e incluir escuelas con diferentes características que permitan hacer generalizaciones y que sean aplicables a las políticas de atención de la salud mental escolar.

## REFERENCIAS

1. ABOU-NAZEL MW, FAHMY SI, YOUNIS IA y cols: A study of depression among Alexandria preparatory school adolescents. *J Egypt Public Health Assoc*, 66:649-674, 1991.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Cuarta edición DSM-IV. Washington, 1994.
3. ANDREWS VC, GARRISON CZ, JACKSON KL y cols: Mother-adolescent agreement on the symptoms and diagnoses of adolescent depression and conduct disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32:731-738, 1993.
4. ANGOLD A, COSTELLO EJ: A test-retest reliability study of child reported psychiatric symptoms and diagnoses using the Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA-C). *Psychological Med*, 25:755-762, 1995.
5. ANGOLD A, PRENDERGAST A, COX A y cols: The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). *Psychological Medicine*, 25:739-753, 1995.
6. BERGANZA CE, AGUILAR G: Depression in Guatemalan adolescents. *Adolescence*, 27:771-782, 1992.
7. BIEDERMAN J, FARAONE S, MICK E, LELON E: Psychiatric comorbidity among referred juveniles with major depression: Fact or artifact? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34:570-590, 1995.
8. BIRMAHER B, RYAN ND, WILLIAMSON DE y cols: Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35:1427-1439, 1996.
9. CARLSON GA, CAINTWELL DP: A survey for depressive symptoms, syndrome and disorder in a child psychiatric population. *J Child Psychol Psychiatry*, 21:19-25, 1980.
10. CUFFE SP, WALLER JL, CUCCARO ML y cols: Race and gender differences in the treatment of psychiatric disorders in young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34:1536-1543, 1995.
11. DALLEY MB, BOLOCOSKY DN, KARLIN NJ: Teacher-ratings and self ratings of social competency in adolescents with low and high-depressive symptoms. *J Abnormal Child Psychol*, 22:477-485, 1994.
12. DE LA PEÑA F, ULLOA RE, PAEZ F: *Coexistencia de Múltiples Trastornos Psiquiátricos en los Adolescentes. Comorbilidad del Trastorno Depresivo Mayor en Adolescentes, Prevalencia, Severidad del Padecimiento y Funcionamiento Psicosocial*. Reunión Internacional del XX Aniversario, IMP, México, 1998 (en prensa).
13. DE LA PEÑA F, PATIÑO M, MENDIZABAL A y cols: La Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA), características del instrumento y estudio de confiabilidad interevaluador y temporal. *Salud Mental*, 21:11-18, 1998.
14. EHRENBERG MF, COX DN, KOOPMAN RF: The prevalence of depression in high school students. *Adolescence*, 25:905-912, 1990.
15. FLEMING JE, OFFORD DR, BOYLE MG: Prevalence of childhood and adolescent depression in the community. Ontario Child Health Study. *Br J Psychiatry*, 155:647-654, 1989.
16. GARRISON CZ, WALLER JL, CUFFE SP y cols: Incidence of major depressive disorder and dysthymia in young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36:458-465, 1997.
17. GIACONIA RM, REINHERZ HZ, SILVERMAN AB y cols: Ages of onset of psychiatric disorders in a community population of older adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33:706-717, 1994.
18. HAMMEN C, RUDOLPH KD: Childhood depression. En: *Child Psychopathology*. Mash EJ, Barkley RA (eds.). pp. 153-195, The Guilford Press, 1996.
19. HEILIGENSTEIN E, GUENTHER G, HSU K y cols: Depression and academic impairment in college students. *J Am Coll Health*, 45:59-64, 1996.
20. HERNANDEZ-GUZMAN L, SANCHEZ-SOSA JJ: Parent child interactions predict anxiety in Mexican adolescents. *Adolescence*, 31:955-963, 1996.
21. HOVEY JD, KING CA: Acculturative stress, depression, and suicidal ideation among immigrant and second generation, Latino adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35:1183-1192, 1996.
22. IOVCHUK NM, BATYGINA GZ: Prevalence and clinical manifestations of depression in school adolescent population. *Zh Nevrol Psikhiatr Mi S S Korsakova*, 98:33-36, 1998.
23. LEWINSOHN PM, CLARKE GN, SEELEY JR y cols: Major depression in community adolescents: age at onset, episode duration, and time to recurrence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33:809-818, 1994.
24. LEWINSOHN PM, HOPS H, ROBERTS RE y cols: Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *J Abnorm Psychol*, 102:133-144, 1993.
25. MEDINA-MORA ME, VILLATORO JA, LOPEZ EK, BERENZON S y cols: Factors associated with initiation, continued use and psychoactive substance abuse among Mexican adolescents. *Gac Med Mex*, 131:383-393, 1995.
26. MICHAUD PA, DELBOS-PIOT I, NARRING F: Silent dropouts in health surveys: are nonresponders absent teenagers different from those who participate in school-based health surveys? *J Adolesc Health*, 22:326-333, 1998.
27. MILNE JM, GARRISON CZ, ADDY CL y cols: Frequency of phobic disorder in a community sample of young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34:1202-1211, 1995.
28. OLSSON G, VON KNORRING AL: Beck's depression inventory as a screening instrument for adolescent depression in Sweden: gender differences. *Acta Psychiatr Scand*, 95:277-282, 1997.
29. PASTORE DR, FISHER M, FRIEDMAN SB: Violence and mental health problems among urban high school students. *J Adolesc Health*, 18:320-324, 1996.
30. ROBBINS DR, ALESSI EN, COOK SC y cols: The use of the research diagnostic criteria (RDC) for depression in adolescent psychiatric inpatients. *J Am Acad Child Psychiatry*, 21:251-255, 1982.
31. ROBERTS RE, LEWINSOHN PM, SEELEY JR: Screening for adolescent depression: a comparison of depression scales. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30:58-66, 1991.
32. ROBERTS RE, ROBERTS CR, CHEN YR: Ethnocultural differences in prevalence of adolescent depression. *Am J Community Psychol*, 25:95-110, 1997.
33. TAKAKURA M, TAIRA K, SHINYAN Y y cols: Prevalence of depressive symptoms and its relation to demographic variables in high school students. *Nippon Koshu Eisei Zasshi*, 43:615-623, 1996.
34. VAZQUEZ BJL, HERRERAS S, GAITE L: La Entrevista Estructurada en Psiquiatría SCAN. *Asoc Esp Neuropsiquiatría*, 13:19-28, 1993.