



FORMATO PARA EL REGISTRO Y LA EVALUACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN UM

0. Título del proyecto

La comunicación familiar y la religiosidad como factores predictores de la sintomatología depresiva en adolescentes de preparatoria en Montemorelos, N.L.

1. Nombre del investigador principal

M en C. Aurora Mendoza Orgaz

2. Tipo de investigación (académico-científica, institucional, educativa o de desarrollo de habilidades de investigación) :

Académico - Científica

3. Línea de investigación

Psicología y Dinámica Familiar

4. Departamento, facultad y/o escuela responsable

Doctorado en Educación Familiar/ Facultad de Psicología/ UM

5. Fecha de inicio del proyecto (mes y año)

Julio del 2013

6. Fecha de conclusión del proyecto (mes y año)

Julio del 2015

7. Resumen (400 palabras)

Este estudio tiene como objetivo general explicar el impacto de la religiosidad y la comunicación familiar sobre la presencia de sintomatología depresiva, en una muestra de estudiantes de preparatoria entre 15 y 19 años de edad en Montemorelos, N.L. La población estudiada serán 800 estudiantes de 8 preparatorias públicas y privadas de la ciudad, el muestreo será aleatorio por racimos, la encuesta será contestada de manera voluntaria y anónima después de haber sido informados los estudiantes con la autorización de los coordinadores de cada institución.

El análisis de los datos se hará a través del Amos 6, para explicar el modelo de ecuación estructural que incluye las variables en estudio, además se utilizará el SPSS 10, para identificar las asociaciones entre las variables religiosidad, comunicación familiar, ánimo depresivo y las variables sociodemográficas.

8. Desglose de Responsabilidades de docentes y alumnos participantes del proyecto

E	
Docentes	Responsabilidades
1. Dr. Antonio Estrada Miranda	Asesor Principal de la tesis
2. Dr. Jaime Rodríguez	Asesor metodológico
3. Dra. Ana Lucrecia Salazar	Asesor Vocal
4. M en C. Aurora Mendoza O.	Responsable de la investigación
Alumna	
Estudiante de Nutrición: Carol S. Cabrera	Captura de los datos de las encuestas

9. Antecedentes

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (**INEGI**) en 2010, informó que la población en México es de 112 336 538 personas, de los cuales en el estado de Nuevo León son 4 653 458 habitantes y la población entre 15 y 19 años es de 400 000 correspondiendo el 50.1% a las mujeres y el 49.9% a los hombres.

El mismo organismo proyectó que la población adolescente para México, en el 2013, sería de 19.8 millones de niñas y adolescentes menores de 18 años, lo que representa un 49% del total de población en ese grupo de edad. Por lo anterior podemos ver que ese grupo de población en el país es considerable y tiene necesidades específicas en su desarrollo que deben ser atendidas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2007 reportó que la depresión era el trastorno mental de mayor prevalencia en el planeta (entre un 2% y 15% de la población la padece); y se consideró que para el año 2020, la depresión será el segundo problema de salud más común del mundo. Este problema de salud existe tanto en países desarrollados como los que están en vías de desarrollo.

Las necesidades más importantes de salud y desarrollo de los más de 175 000 millones de adolescentes que hay en el mundo, son: muchos de ellos atraviesan dificultades que afectan a su bienestar, incluidos la pobreza, la falta de acceso a información sanitaria y servicios de salud, y la insalubridad del medio ambiente. Además, se considera que al menos el 20% de estos jóvenes padecerá alguna forma de enfermedad mental como: depresión, trastornos del estado de ánimo, abuso de sustancias, comportamientos suicidas o trastornos alimentarios; y entre los jóvenes de 15

y 19 años, el suicidio es la segunda causa de muerte, seguido de la violencia en la comunidad y en la familia, OMS (2008).

Bromet, E. et al (2011) informaron que en E.U la depresión mayor afecta a cerca de quince millones de personas, cerca del ocho por ciento de la población mayor de 18 años en cualquier año dado y en el transcurso de su vida, cerca del doce por ciento de las mujeres sufrirán de depresión clínica y cerca del cuatro por ciento de los adolescentes desarrolla depresión grave cada año; siendo el suicidio la tercera causa principal de muerte entre los diez y los 24 años.

El mismo estudio indica que el país con los ciudadanos más deprimidos es Francia, con un 21%, seguido de Estados Unidos, con 19.2%, y Brasil, con 18.4%. Por el contrario, los países menos propensos a la depresión mayor son Japón y China, con 6.6 y 6.5%, respectivamente. México se colocó en el puesto 16 como una de las naciones menos deprimidos, con un 8%, por encima sólo de los países asiáticos.

El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) reportó para 2009 que México contaba con un total de 12.8 millones de adolescentes entre 12 y 17 años de edad, de los cuales 6.3 son mujeres y 6.5 son hombres. Éstos representan un desafío para las instituciones educativas como para las instituciones de salud.

El perfil epidemiológico de la población adolescente en México (2010) reportó que del 2000 a 2009, las principales causas de enfermedad, que son de notificación obligatoria, en la población de 15 a 19 años fueron las infecciones respiratorias agudas, seguida de infecciones de vías urinarias y las infecciones intestinales por otros organismos, en los tres casos se nota un aumento en la tasa de incidencia. Cabe señalar que las tres principales causas de muerte entre los jóvenes de 12 a 17 años de edad en

México en 2007, fueron de esta manera, morían diariamente tres adolescentes por accidentes de tránsito; cada semana eran asesinados ocho jóvenes y ocho cometían suicidio; y en la Encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica para adolescentes en México, se reportaron trabajos como el de Benjet, C., Borges G, Medina-Mora, ME, Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E., Cruz, C. (2009) quienes informaron que la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en los adolescentes fueron los trastornos de ánimo y en menor proporción los trastornos ansiosos, siendo mayor la prevalencia en mujeres que en varones.

Los hallazgos de las Encuestas Mundiales de Salud Mental de 17 diferentes países muestran que los trastornos psiquiátricos consistentemente inician en las primeras décadas de la vida (WHO-World Mental Health Consortium, 2007). Sin embargo hay una escasez de datos epidemiológicos en población adolescente especialmente en países en vías de desarrollo como el nuestro para guiar a las políticas de salud pública.

Por otro lado la Encuesta Nacional para la discriminación en México (Enadis) 2010 aporta resultados muy interesantes en algunas de las preguntas realizadas a niños y adolescentes, respecto a cómo se sienten que son tratados en su hogar y en la escuela, a la pregunta: Ahora te voy a pedir que me digas, ¿cómo te sientes en...? La casa y la escuela son espacios donde casi 100% de las niñas y los niños se sienten felices; sin embargo, 2.3 y 5.1% se sienten tristes, enojados o con miedo en la casa y la escuela, respectivamente. En su calle y en su colonia es donde más sienten enojo, miedo o tristeza (17 y 14%, respectivamente).

A la pregunta: Dime, ¿tus papás y tus maestros se enojan cuando sugieres algo?

Más de seis de cada diez niños y niñas no sienten rechazo alguno de sus padres y maestros cuando hacen sugerencias (64 y 68%, respectivamente), y consideran más receptivos a las y los maestros que a los progenitores, aunque alrededor de uno de cada cinco percibe enojo de ambos cuando sugieren algo.

Por otro lado, Morla, R. *et al.* (2006) encontraron en Guayaquil, Ecuador un 22.9 % de trastornos depresivos en los adolescentes provenientes de familias desestructuradas, en cuanto a género correspondió a 3:1 para el sexo femenino. Indicando que la comunicación defectuosa en la familia, lleva a un deterioro en el relacionamiento de sus miembros, que provoca discusiones, frustraciones, hostilidades.

En cuanto a religiosidad, Batson y Ventis (1982) encontraron una correlación positiva entre salud mental y religiosidad intrínseca, y negativa entre aquélla y religiosidad extrínseca. La religiosidad intrínseca se correlaciona con menor depresión, con mejor auto-estima y con una imagen positiva de Dios y de la religión.

Las redes de apoyo social que brinda la religión organizada ayudan a enfrentar subjetiva y materialmente las enfermedades cuando éstas sobrevienen (Koenig, H.G., 2002).

Textualmente el documento del perfil epidemiológico de la población adolescente en México 2010, declara lo siguiente:

“La adolescencia es una etapa de cambios corporales psicológicos y sociales. Lo que implica la necesidad de identificar y conocer los factores socioeconómicos, estilos de vida asociados con la salud de los adolescentes y las enfermedades, además de conocer los factores de riesgo para la promoción y prevención de la salud en el adolescente, para lograr una salud integral en el mismo. Los adolescentes representan un campo de estudio con un gran camino por explorar y al mismo tiempo es un tema

complicado en sí mismo debido a que en ocasiones es un grupo que puede pasar desapercibido en diferentes niveles, es decir, que no se le toma con la seriedad que debería; así como un padre y/o madre pueden estar ajenos a lo que pasa en la vida de sus hijos durante la etapa de la adolescencia, lo mismo sucede a nivel de un país, en dónde el grupo poblacional de adolescentes puede pasar inadvertido totalmente”

(SINAVE/DGE/SALUD/Perfil Epidemiológico de la Población Adolescente en México 2010)

10. Justificación

Justificación

La familia es la célula fundamental de la sociedad, constituyendo la unidad de reproducción y mantenimiento de la especie humana. Sin embargo en los últimos años sin precisar cifras hemos podido observar un incremento en la disfuncionalidad de la familia: hogares desintegrados, violencia intrafamiliar; así como un aumento en el clima de inseguridad, descuido en la práctica de la fe, provocando inquietud, altos niveles de estrés y un sentimiento de inseguridad en el porvenir. Además la sociedad “hipermoderna” caracterizada por el exceso, lo desmesurado, lo extralimitado aunado a la urgencia por obtener todo rápido, produce el ataque de pánico con su desborde de angustia.

Existen grupos de personas que son más vulnerables a estos problemas, entre ellos se encuentran los adolescentes, en quienes aparecen otras formas de conducta y se expresan como problemas de relaciones familiares, sexuales, escolares, de trabajo, adicciones, depresión y ansiedad.

En los últimos 10 años he observado en mi experiencia docente una mayor incidencia de estudiantes deprimidos, durante su desempeño académico, por lo que tengo interés en estudiar este fenómeno.

En este trabajo de investigación se pretende explorar la prevalencia de síntomas depresivos en adolescentes de preparatoria y determinar si existe correlación entre el tipo de religiosidad que ellos practican y el tipo de comunicación que tienen con sus padres. Este tema de investigación aún no es estudiado en forma estructurada en Montemorelos, por lo que será interesante conocer si el tipo de religiosidad y el estilo de comunicación familiar están relacionados sobre la aparición de síntomas depresivos en los adolescentes.

11. Objetivos

Objetivo General

Evaluar el impacto de la religiosidad y la comunicación familiar como factores predictivos de sintomatología depresiva, en una muestra de estudiantes de preparatoria entre 15 y 19 años de edad en la ciudad de Montemorelos, N.L.

Objetivos específicos

1. Identificar la prevalencia de sintomatología depresiva en una muestra de escolares adolescentes, entre 15 y 19 años de edad.
2. Establecer la relación entre religiosidad y la sintomatología depresiva en adolescentes, entre 15 y 19 años de edad.
3. Establecer la relación entre comunicación familiar y sintomatología depresiva en los adolescentes, entre 15 y 19 años de edad.

4. Identificar y describir las posibles relaciones significativas existentes entre la religiosidad con las variables sociodemográficas: género, edad, situación laboral, familia, religión, preparación académica de la madre y el padre, situación laboral de los padres y el índice general de ánimo depresivo.

5. Identificar y describir las posibles relaciones significativas existentes entre la comunicación familiar con las variables sociodemográficas: género, edad, situación laboral, familia, religión, preparación académica de los padres, situación laboral de los padres y el índice general de ánimo depresivo.

6. Identificar y describir las posibles relaciones significativas existentes entre las variables sociodemográficas: género, edad, situación laboral, familia, religión, preparación académica de los padres, situación laboral de los padres y el índice general de ánimo depresivo.

12. Hipótesis

La hipótesis de predicción del trabajo de investigación es la siguiente:

H₁. La religiosidad y la comunicación de los padres con sus hijos explican la sintomatología depresiva en los adolescentes.

13. Diseño experimental o Metodología

Tipo de investigación / diseño

Este estudio es de tipo cuantitativo, no experimental, explicativo y ex post facto, correlacional y transversal porque habrá una recolección de datos para probar una hipótesis, con base en la medición objetiva basada en escalas y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento (Hernández Sampieri, 2010), se estudiarán situaciones ya existentes, no se hará ninguna modificación de las variables, y se incluirá un gran número de sujetos, intentando

dar una explicación del fenómeno, estableciendo posibles relaciones de causa a efecto observando hechos y buscando en el pasado los factores que los hayan podido ocasionar; además se obtendrán los datos en un único momento y se buscarán las asociaciones entre las variables independientes y la variable dependiente.

Población y muestra

La población en estudio serán los estudiantes de preparatoria entre 15 y 19 años de edad matriculados en escuelas públicas y privadas de Montemorelos, N.L.

Se realizará un muestreo aleatorio por racimos de la mitad de los grupos de estudiantes de cada escuela. Se aplicará el instrumento, a todos los alumnos que asistan a clase el día programado, después se hará la exclusión de los casos que no son de nuestro interés así como los que no hayan completado el instrumento.

Instrumento

El instrumento estará conformado con 3 escalas, 75 ítems en total, las cuales se describen a continuación:

1. Para medir los síntomas depresivos se utilizará la Escala de depresión del Center of Epidemiological Studies (CES-D-R) en adolescentes.

Esta escala fue creada por L. Radloff (1977) y posee una consistencia interna $\alpha = 0.83$ y después fue modificada en (CES-D-R) por González-Forteza, C., Jiménez-Tapia, J.A., Ramos-Lira, L. (2008) probando su validez de constructo, concurrente y externa y la consistencia interna.

2. La escala de Comunicación familiar (padres – hijos). El instrumento fue elaborado originalmente por Barnes y Olson en 1982 y traducido y validado al

español por Musitu y cols. (2004). En los estudios de Estevez (2005) y de Estevez y cols. (2007), el cuestionario mostró tres factores para la comunicación con el padre y la madre por separado: la comunicación abierta, la comunicación ofensiva y la comunicación evitativa, con índices de confiabilidad alfa de 0.87, 0.76 y 0.75. Los índices de confiabilidad para las 2 subescalas oscilaron entre = 0.63 y 0.93, (Calleja, N., 2011).

3. La Escala I-E-12 “Age Universal” (Maltby, 2002) es una escala de orientación religiosa, mide la orientación religiosa intrínseca (ORI) y la orientación religiosa extrínseca con dos dimensiones, la social (ES) y la personal (EP). Compuesta por 12 ítems, seis de ellos evalúan la ORI, tres, la EP y tres, la ES. El formato de respuesta es de tipo Likert con cinco opciones de respuesta, que van desde 1: Totalmente de acuerdo a 5: Totalmente en desacuerdo.

Cada factor de la escala presentó un alfa de Cronbach de 0.88, 0.79 y 0.87, para ORI, ES y EP respectivamente. (Simkin, H., Etchezahar, E., 2013).

14. Beneficios y productos esperados (Avances en la ciencia, la tecnología y el arte que se prevén alcanzar y productos como: artículos, libros, tesis, patentes, etc.)

Tesis de doctorado Artículos

15. Planificación de la secuencia del proyecto (Cronograma de actividades)

Cronograma de Actividades													
	Actividad	Meses											
		2013											
		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
	Elaboración del anteproyecto								x	x	x	x	
	Actividad	Mes											
		2014											
		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
	Término del anteproyecto	x					x			x	x		
	Elaboración del instrumento									x			
	Aplicación del instrumento										x	x	
	Vaciado de encuestas/ base de datos											x	x
	Actividad	Meses											
		2015											
		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
	Vaciado de encuestas/base de datos	x											
	Análisis de datos		x	x									
	Elaboración del informe final				x	x	x						
	Defensa de tesis					x							

16. ANÁLISIS DE LA FACTIBILIDAD DEL PROYECTO

a. Recursos financieros (Desglose de costos)

Recursos financieros/materiales/espacios requeridos	Costo	Patrocinadores
Fotocopias	500	
Impresión del instrumento	1000	
Incentivos para sujetos de estudio	2500	
Gasolina /viáticos	1000	
Libros especializados	1500	
Informe final	1000	
Carteles /Posters	600	
Asistencia a eventos académicos	3500	
TOTAL	\$11 600	

Materiales: computadora, cámara fotográfica		
Espacios: Oficina para hacer base de datos.		

b. Otros recursos técnicos y materiales disponibles

--

17. Evaluación y cierre del proyecto

<p>Culminación de la tesis doctoral, con los resultados obtenidos y las recomendaciones resultantes de la investigación realizada</p>

18. Bibliografía

Referencias

Allport, G.W. & Ross, J.M (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal Personality Social Psychology*, 5, 432-443. Recuperado de la base de datos EBSCO.

Arnett, J.J. (2008). *Adolescencia y adultez emergente*. 3ª edición. Pearson Educación de México. pp. 16, 441.

Benjet, C., Borges G, Medina-Mora, ME, Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E., Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la ciudad de México [Sex differences in the prevalence and severity of psychiatric disorders in Mexico City adolescents]. *Salud Mental*, 32(2), 155-163.

Berryman, J.C. (1994). *Psicología del Desarrollo*. Editorial El Manual Moderno. pp. 196 – 205.
 Bhugra D, Mastrogianni A. (2004) Depresión en el mundo global [*Br. J.Psichiatry*. Jan; 184:10 - 20.](#)

Bojorquez, L. Ch-, Salgado, N. (2009). Características psicométricas de la Escala Center for Epidemiological Studies-depression (CES-D), versiones de 20 y 10 reactivos, en mujeres de una zona rural mexicana. *Salud Mental*; 32:299-307

Bromet, E., Andrade L., et al (2011). Cross-national epidemiology of DSMIV major depressive episode. *American Journal BMC medicine*.

Censo de la juventud 2010. Recuperado de:

http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=17&ved=0CFgQFjAGOAo&url=http%3A%2F%2Fcenso.imjuventud.gob.mx%2Fsin_registro%2FPresentacion%2FEncuesta_Nacional_de_Juventud2010_Resultados_Generales_18nov11.pdf&ei=mXR-U-ufM5aSqAaltoDYDg&usg=AFQjCNGk5oJVzPTvDaNp7kAgwwd9IYGgpQ&sig2=CiYYILbNFkq7rHvV9QSSfA

Diccionario de español en línea: <http://es.thefreedictionary.com>

Encuesta Enadis 2010. Recuperado de:

<http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=7&ved=0CFkQFjAG&url=http%3A%2F%2Fwww.conapred.org.mx%2Fuserfiles%2Ffiles%2FEnadis-NNyA-Accss.pdf&ei=Cnl-U5fCAtS98QG8toCgDg&usg=AFQjCNFwxapVqrEuX744b6rdKnhdA53Mqw&sig2=BAbMmyrHvLxkivHOqYpHSw>

Escurra, L.M. y Delgado, A.E. (2012). Análisis psicométrico de la Escala de Depresión CES-D bajo el modelo de crédito parcial de Rasch. *Universidad Nacional Mayor de San Marcos*.

Fayard, C. (2006). Implicancias para la clínica desde la antropología bíblica adventista. Recuperado de <http://www.depsicoterapias.com/articulo.asp?IdArticulo=230>

Florenzano, U. R. (2010). Religiosidad y salud mental: ¿amigos o enemigos? (*Rev GPU* 2010; 6; 2: 221-229) *Psiquiatría universitaria*. recuperado de: <http://www.gacetadepsiquiatriauniversitaria.cl/ediciones/a6vol6n2jun2010/pdf/REF%20Religiosidad.pdf>

Flores, O., R. (2010). Ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. Recuperado de: www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/.../18139...

Gaviria, A. Silvia Lucía . (2009). Why do Women Get More Depressed than Men? . *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Vol. 38 Issue 2, p316-324. 9p.

Galicía Moyeda, I X. , Sánchez Velasco, A. , Robles Ojeda, FJ. (2009). Factores asociados a la depresión en adolescentes: Rendimiento escolar y dinámica familiar. *Anales de psicología*. Vol. 25. No 2 Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10201/14434>

González-Forteza, Jiménez-Tapia JA, Ramos-Lira, L, Wagner, FA. (2008). Aplicación de la Escala de depresión del Center of Epidemiological Studies en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud pública de México*/ vol. 50, no. 4.

González, F. C, Solís-Torres C, Jiménez-Tapia JA, Hernández FI. (2011). Confiabilidad y validez de la escala de depresión CES-D en un censo de estudiantes de nivel medio superior y superior, en la Ciudad de México. *Salud Mental* 34:53-59.

Hernández Sampieri, R, Fernández Collado, C y Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación (5ª ed.)*. México: McGraw-Hill/ Interamericana.

Holdcroft, B. (2006). What is Religiosity?. *Catholic Education: A Journal of inquiry and practice*, Vol. 10, No. 1.

INEGI: Estadística adolescentes. Recuperado de:

<http://www.aztecanoticias.com.mx/notas/finanzas/170372/en-mexico-198-millones-de-ninas-y-adolescentes-inegi>

http://www.elmundo.es/suplementos/salud/2_007/722/1189807204.html

****Jiménez, TI, Murgui, S, Musitu, G.** (2007). Comunicación familiar y ánimo depresivo: el papel mediador de los recursos psicosociales del adolescente. *Revista Mexicana de Psicología*, 24 (2), 259-271.

Kessler R.C., Bergland, P., Demler, O. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) . *Journal of the American Medical Association*. Vol. 289 (23): 3095-10.

Koenig, H.G., McCullough, M. & Larson, D.B. (2001). *Handbook of religion and health: a century of research reviewed*. New York: Oxford University Press. Recuperado de: books.google.com.mx/books?Isbn=0195118669

Koenig, H.G. (2002). Religion, congestive heart failure and chronic pulmonary disease. *Journal of Religion and Health*, 41, 263-278.

Koenig, H.G, (2008). *Religion, spirituality and health: Research and Clinical Applications*.

Presented at: NACSW Convention, Orlando Fl. Duke University Medical Center.

Recuperado de:

<http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CQQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.nacsw.org%2Fpublications%2Fproceedings20>

08%2FKoenigHReligion.pdf&ei=vEusU-
H5F9KjyASpr4HgDA&usg=AFQjCNGmwVSb8Ks7Xc4IY3x7uZ4hp82T_g

- Larson, R. W., & Richards, M. (1994). *Divergent realities: The emotional lives of mothers, fathers, and adolescents*. New York: Basic Books.
- Leyva, R, Hernández, AM, Nava, G, López, V. (2007). Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Rev. Med. Instituto Mexicano Seguro Social*. Vol. 45 (3): 225 – 232
- López-Ibor J.J, Valdés M, (2008). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSMÍV-TR*. Elsevier, España, S.L.
- Maltby,J. (2002). The age universal I-E Scale-12 and orientation toward religión: Confirmatory factor análisis. *The Journal of Psychology*. Vol. 136. No.5. pp. 555.560
- Meece, J.L. (2004). *Desarrollo del Niño y del Adolescente*. Mc Graw-Hill Interamericana. pp. 18 -22.
- Medina, M. M.E. (2010). Encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón De La Fuente. WMHS – OMS.
- Morla, R, Saad, E, Saad, J. (2006). Depresión en adolescentes y desestructuración familiar en Guayaquil, Ecuador. *Revista colombiana de Psiquiatría*, Vol. 35(002) pp. 149 – 166.
- Murray CJ, Lopez AD. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*; 349(9064):1498-504.
- Perfil epidemiológico de la población adolescente. (2010). *SINAVE/DGE/SALUD/Perfil Epidemiológico de la Población Adolescente en México*.
- Quiceno, J. M., Vinaccia, S. (2009). La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad* *Divers.: Perspect. Psicol.* / ISSN: 1794-9998 / Vol. 5 / No 2 / 2009 / pp. 321-336. Disponible en:
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=67916260008>

- Radloff, L. (1977). The CES-D Scale a self report depression scale for research in the general population. *Appl. Psychological Measurement*: 1:385-401
- Riveros, M, Hernández, H, Rivera, J. (2007). Niveles de depresión y ansiedad en universitarios de Lima metropolitana. *Revista de investigación Psicológica* (Online) v.10 n.1 Lima, Perú.
- Sartorius, N. (1983). Depressive disorders in different cultures: Report on the WHO Collaborative Study on Standardized Assessment of depressive Disorders. *Geneva: World Health Organization*
- Simkin, H., Etchezahar, E. (2013). Las Orientaciones Religiosas Extrínseca e Intrínseca: Validación de la “Age Universal” I-E Scale en el Contexto Argentino. *Psykhé* vol. 22, No 1, 97-106. doi: 10.7764/psykhe.2012.22.05.
- Vallejo, C.A., Osorno, M. R., Mazadiego, I., T. (2008). Estilos parentales y sintomatología depresiva en una muestra de adolescentes veracruzanos. *Enseñanza e investigación en Psicología*. Vol. 13, No. 1:91-105. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29213108>
- Weissman MM, Wickramaratne P, Nomura Y, Warner V, Verdelli H, Pilowsky DJ, et al. (2005). Families at high and low risk for depression: a 3-generation study. *Arch Gen Psychiatry*; 62(1):29-36.
- White, E. (1991). *Mente carácter y personalidad. Vol. II*. Edit. Interamericana. pp. 483 – 514.
- World Health Organization. (2007). Depression. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/. Geneva, Switzerland.
- World Health Organization. Depression. Recuperado de: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_731_spa.pdf . Geneva, Switzerland.
- World Health Organization (2008). Depression. Recuperado de: http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/es/index.html. Geneva, Switzerland.