



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POST-GRADO

Relación entre los factores socioeconómicos, demográficos, personales, familiares, clínicos, estresores psicosociales y el maltrato; y la prevalencia del episodio depresivo en adolescentes de cinco ciudades de la costa del Perú : año 2006

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Psiquiatría

AUTOR

Mileny Perales Salazar

LIMA – PERÚ
2014

Agradezco a mis padres, hermanos, amigos
y profesores que me apoyaron y
acompañaron en todo momento en este
camino.

ÍNDICE

RESUMEN	4
1. INTRODUCCIÓN	6
2. PLANEAMIENTO DE ESTUDIO	8
2.1 Planteamiento del problema: Formulación	8
2.2 Antecedentes del problema	9
2.3 Marco teórico	14
2.4 Objetivos	31
2.4.1 General	31
2.4.2 Específicos	31
3. MATERIAL Y MÉTODOS	33
3.1 Tipo de estudio	33
3.2 Diseño de investigación	33
3.3 Población de estudio	33
3.4 Muestra de estudio	33
3.5 Criterio de inclusión	34
3.6 Descripción de variables	34
3.7 Técnica y Método del Trabajo	38
3.8 Procesamiento de datos	41

4. RESULTADOS	41
5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS HALLADOS	56
6. CONCLUSIONES	59
7. RECOMENDACIONES	59
8. BIBLIOGRAFÍA	60

RESUMEN

Introducción: La adolescencia es una forma particular de transición entre la infancia y la adultez donde ocurren profundos cambios físicos, psicológicos y sociales. La depresión en adolescentes constituye un problema de salud pública por su frecuencia creciente y sus consecuencias.

Objetivo: Determinar la relación entre factores socioeconómicos, demográficos, personales, familiares, estresores psicosociales, trastornos clínicos y el maltrato; y la prevalencia de episodio depresivo en adolescentes de las ciudades de Piura, Trujillo, Chimbote, Ica y Arequipa en el año 2006.

Materiales y métodos: Estudio Descriptivo correlacional, de corte transversal, con muestreo probabilístico trietápico por conglomerados. Se usó la base de datos del Estudio Epidemiológico en Salud Mental 2006. La población estudiada comprendió a los residentes de 12 a 17 años. La muestra lo constituyeron 2389 adolescentes.

Plan de análisis: Se utilizaron pruebas de homogeneidad para muestras complejas (Prueba F ajustada); y un modelo de regresión logística.

Resultados: La prevalencia actual del episodio depresivo en adolescentes fue de 4,4% (IC: 3,2% - 5,9%), observándose según regresión logística, asociaciones estadísticamente significativas con: sexo femenino ($p=0.033$), maltrato verbal ($p=0.003$), fobia social ($p=0.000$), trastorno de ansiedad generalizada ($p=0.000$) y bulimia ($p=0.007$)

Conclusiones: 1. La prevalencia del episodio depresivo en adolescentes de Piura, Trujillo; Chimbote, Ica y Arequipa fue similar a la encontrada en adolescentes de otros países. 2. Los factores asociados que mejor predijeron el episodio depresivo fueron: sexo femenino, presentar trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, bulimia y haber sido víctima de maltrato verbal.

Palabras claves: Episodio depresivo, prevalencia, factores relacionados

ABSTRACT

Introduction: The adolescence is a particular class of transition between the childhood and grown up where take place deep physical, psychological and social changes. Depression in adolescents is a public health problem because of its increasing frequency and consequences

Objective: Determine the relationship between socio-economic, demographic, personal, family, psychosocial stressors, clinical disorders and abuse; and the prevalence of depressive episode in adolescents in the cities of Piura, Trujillo, Chimbote, Ica and Arequipa in 2006.

Materials and Methods: Descriptive correlational study, cross-sectional, with probabilistic three-stage cluster sampling. Database of Mental Health Epidemiological Study in 2006 was used. The study population comprised residents aged 12 to 17 years. The sample was constituted by 2389 adolescents.

Analysis Plan: Homogeneity tests for complex samples (adjusted F test) were used; and logistic regression model.

Results: The prevalence of current depressive episode in adolescents was de4, 4% (CI: 3.2% - 5.9%), with logistic regression as statistically significant associations with female gender ($p=0.033$), verbal abuse ($p = 0.003$), social phobia ($p=0,000$), generalized anxiety disorder ($p=0.000$) y bulimia ($p=0.007$).

Conclusions: The prevalence of depressive episode in adolescents in Piura, Trujillo; Chimbote, Ica and Arequipa was similar to that found in adolescents in other countries. 2. Associated factors that best predicted depressive episode were: female sex, presenting generalized anxiety disorder, social phobia and being the victim of verbal abuse .

Key words: depressive Episode, prevalence, related factors

1. INTRODUCCIÓN

La salud mental es un proceso dinámico y evolutivo donde intervienen factores hereditarios, un normal desarrollo neurobiológico, la educación familiar y escolar, el nivel de bienestar social, el grado de realización personal y una relación de equilibrio entre las capacidades del individuo y las demandas de la sociedad. La salud mental constituye una denominación que hace énfasis en los aspectos preventivos de las enfermedades y alteraciones mentales¹

Cuatro de las diez enfermedades más discapacitantes son neuropsiquiátricas (esquizofrenia, depresión, obsesión-compulsión y alcoholismo); se espera que el índice de enfermos se incremente debido a problemas tales como la pobreza, la violencia, el aumento en el abuso de drogas y el envejecimiento de la población; entre otros². Según un informe de la OMS (2003), la depresión aparece como la principal causa de discapacidad y la cuarta de las 10 causas principales de la carga de morbilidad en el ámbito mundial^{3,4} con una morbilidad total del 3,4%⁴. La OMS demostró que es la principal causa de años de vida perdidos por discapacidad (APD). Se pronostica que para el año 2020 este trastorno ocupará el 2º lugar entre los trastornos mentales y físicos³

La adolescencia, etapa crucial en el desarrollo humano, es una forma particular de transición entre la infancia y la adultez donde ocurren profundos cambios físicos (crecimiento y desarrollo neuroendocrino), psicológicos (estructuración de la identidad) y sociales (integración al mundo del adulto)¹ La salud de los adolescentes (10 a 19 años) y los jóvenes (15 a 24 años) es un elemento clave para el progreso social, económico y político de todos los países y territorios de las

Américas. Sin embargo, con demasiada frecuencia las necesidades y los derechos de los adolescentes no figuran en las políticas públicas, ni en la agenda del sector salud, excepto cuando su conducta es inadecuada. Uno de los factores que contribuye a esta omisión es que, en comparación con los niños y los ancianos, los adolescentes sufren de pocas enfermedades que representen una amenaza para sus vidas; por otra parte, la mayoría de los hábitos nocivos para la salud, adquiridos durante la adolescencia, no se traducen en morbilidad o mortalidad durante el período de la adolescencia, sí lo hacen en años posteriores⁵

Aunque la OPS considera adolescentes a quienes se encuentran entre los 10 a 19 años; esta no puede definirse con precisión por la edad; la adolescencia tampoco coincide con un determinado estadio del desarrollo; se encuentra a los adolescentes atravesando diferentes instancias de su crecimiento físico y mentales^{5,6}; es susceptible de recibir el impacto de los conflictos que se originan a su alrededor (familia, escuela, amigos, cambios económicos, socioculturales y tecnológicos). Estos, superpuestos a la propia crisis del adolescente, pueden actuar como disparadores de una conflictiva relación anterior latente y plantear un contexto de vulnerabilidad y exclusión social que debe ser considerado frente a cualquier evaluación sanitaria¹

En la generalidad de los estudios, los índices de prevalencia de la depresión mayor entre niños y adolescentes oscilan entre el 2 y 5 %⁷; sin embargo es bien sabido que la depresión infantil ha tenido serios problemas por ser aceptada por la comunidad científica^{3,8}.

Particularmente importante es estudiar la depresión en la infancia y la adolescencia no sólo por el sufrimiento que representa para los jóvenes, sino también por las

implicaciones que pueda tener para el funcionamiento en la vida adulta. El tener un episodio de depresión durante una etapa que sobresale por definir la formación académica, el inicio de la vida profesional u ocupacional, el comienzo de la vida sexual y la elección de pareja tiene consecuencias a largo plazo en muchos ámbitos de la vida, mucho más allá del ámbito de la salud. Kandel y Davies sugieren que a las personas que padecen depresión en la infancia o la adolescencia les queda una vulnerabilidad, la cual implica una vida adulta con menos amistades, menos redes de apoyo, mayor estrés y menor alcance educacional, ocupacional y económico.¹⁰

En nuestro país; el estudio epidemiológico realizado en la ciudad de Lima en el 2002 reveló una prevalencia del episodio depresivo de 8.6%; siendo los factores que mejor predijeron el episodio depresivo (según el análisis multivariado) la edad de 15 a 17 años, el sexo femenino, nada o poca satisfacción con las relaciones sociales, reglas y castigos en el hogar injustos, problemas alimentarios y deseos de morir de alguna vez en la vida.⁹ Es muy importante que contemos con datos poblacionales del Perú; para proponer los cambios necesarios que mejoren esta realidad; por ello al igual que contamos con los datos sobre prevalencia y factores asociados en la ciudad de Lima; también debemos contar con datos en otras ciudades de la costa de nuestro país

2. PLANEAMIENTO DEL ESTUDIO

2.1 Planteamiento del problema

La depresión es un trastorno psiquiátrico que trae un gran número de consecuencias negativas en las personas que las padecen; dentro de las cuales se encuentran alteración

en su conducta que le impide un buen funcionamiento en sus diferentes esferas de vida; comorbilidad diversa que limita aún más la calidad de vida; mayor riesgo a uso de sustancias psicoactivas y el riesgo del suicidio. Los factores que se relacionan con este trastorno psiquiátrico son de diversos tipos; los mismos que son necesarios conocer para tratar de prevenir nuevos casos de episodios depresivos. El estudio de Vargas, H. et al⁹ ha permitido tener conocimiento sobre los factores relacionados a episodio depresivo en adolescentes de Lima y Callao; sin embargo no se cuenta con datos de ciudades de la costa de nuestro país.

Por lo expuesto, me planteo la siguiente pregunta:

¿Existe relación entre los factores socioeconómicos, demográficos, personales, familiares, clínicos, estresores psicosociales y el maltrato; y la prevalencia de episodio depresivo en adolescentes de las ciudades de Piura, Trujillo, Chiclayo, Ica y Arequipa en el año 2006?

2.2 Antecedentes del problema

En un espacio relativamente corto, en la década de los sesenta, se pasó de la opinión generalizada de negar la depresión infantil, a aceptar su existencia y a la discusión de “en qué consiste y cuáles son sus características” (Del Barrio y cols., 2002)⁸. La depresión en adolescentes ha adquirido gran notoriedad en estos últimos años, llegando a ser considerada un problema de salud pública por su frecuencia creciente y por las consecuencias derivadas de ésta.⁹ Diferentes estudios epidemiológicos han descrito una prevalencia de depresión mayor (equivalente al episodio depresivo) en adolescentes que fluctúa entre 0.4% a 8.3% y una prevalencia de vida entre 15% y 20%⁹. En México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) determinó que el 8.4% de la

población general 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 mediana de edad de inicio de 24 años. Estas edades tempranas de inicio implican muchos años de sufrimiento y interrupciones en diferentes ámbitos de la vida como la educación, el empleo y el escoger la pareja.¹⁰ Los resultados obtenidos por Pérez 2001¹¹ en relación a las diferencias entre sexos, indican, de forma significativa, que las puntuaciones medias de depresión son claramente superiores en las mujeres. De igual forma; Dos Santos Palazzo et al 2001¹² encontraron que las adolescentes de sexo femenino presentaron significativamente más depresión (31,2%) que los del sexo masculino (9,2%), con una razón alrededor de 3:1; habiéndose excluido a las adolescentes con diagnóstico de embarazo.

Así mismo; en el estudio realizado por Fonseca P Reyes A⁷; las mujeres tienen dos veces más riesgo de sufrir síntomas depresivos que los varones, incluyendo ideas e intentos suicidas y esta diferencia emerge entre los 12 y 14 años. También reportan más síntomas somáticos que los varones, tales como aumento del apetito y de peso, alteraciones del sueño retardo psicomotor y somatización, mientras que los varones exhiben más irritabilidad. De igual forma; Cova F y Rincón P 2008¹³ encontraron que casi un 10% de las niñas de la muestra estudiada presentó un episodio depresivo mayor en el último año y poco más de un 5% estaría presentando o habría presentado un episodio depresivo en el último mes. En todos los casos, la presencia de los síntomas tuvo alguna significación clínica en términos de generar malestar o impedimento en el funcionamiento social en los ámbitos evaluados; en más de un 90% de los casos,

esta significación clínica fue acusada en términos de implicar al menos dos áreas afectadas o una severamente.

En nuestro país, el estudio epidemiológico de salud mental realizado por el INSM “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” en la ciudad de Lima el 2002¹⁴ reportó una prevalencia del episodio depresivo del 8.6%; así mismo el estudio epidemiológico realizado en ciudades de la sierra¹⁵ reportó una prevalencia del episodio depresivo del 5.7%; y el estudio epidemiológico realizado en tres ciudades de la selva¹⁶ el 2004 arrojó una prevalencia del episodio depresivo de 4.7%. Respecto a la relación entre el cuadro depresivo y la actividad de los jóvenes, encontramos que la depresión es más frecuente entre los adolescentes que entran en la categoría «ni estudia ni trabaja» (37,0%). Cuando analizamos esta categoría, relacionando actividad, depresión, sexo y estado civil, verificamos que la depresión predomina de manera significativa entre las jóvenes casadas que «ni estudian ni trabajan»¹² Fonseca y Reyes (2006) ⁷ en su estudio no encontraron relación estadística entre depresión y bajo rendimiento académico; y a pesar que clínicamente si se detectaron casos, no se reflejó la severidad de la depresión con el número de materias reprobadas, siendo esta la variable tomada para medir el bajo rendimiento; la revisión de la literatura realizada por Pérez M 2001 sin embargo revela que la depresión infantil y adolescente se asocia, con mucha frecuencia, con el deterioro del rendimiento escolar¹¹ Ramírez (2010) ¹⁷ En un estudio en adolescentes mujeres; al realizar el análisis bivariado de la presencia de síntomas depresivos con las variables sociodemográficas estudiadas, encontró que la edad, el tener antecedente de violencia sexual, las horas de estudio fuera de clases y el antecedente de haber

sufrido violencia escolar estuvieron asociadas en forma estadísticamente significativa ($p < 0.05$) En el estudio de Gaviria (2000)¹⁸; al cotejar el riesgo de depresión según la calidad de la relación familiar con el riesgo de depresión se encontró asociación estadísticamente significativa ($X^2: 42.81, GL:6, P: < 0.001$).

El estudio realizado por Vargas⁹ et al reportó que los factores que mejor predijeron el episodio depresivo (según el análisis multivariado) la edad de 15 a 17 años, el sexo femenino, nada o poca satisfacción con las relaciones sociales, reglas y castigos en el hogar injustos, problemas alimentarios y deseos de morir de alguna vez en la vida. En lo que se refiere al grado de satisfacción personal, se encontró que a medida que la insatisfacción con el aspecto físico era mayor, la prevalencia del episodio depresivo aumentaba (de 6.1% a 13.5%); esta diferencias fue estadísticamente significativas. En lo que se refiere al acceso a los recursos recreativos en la comunidad, se encontró que los que no tenían acceso a un estadio, reportaban una mayor prevalencia de episodio depresivo frente a los que tenían acceso (10% frente a 3.2%), siendo esta diferencia estadísticamente significativa. En lo que concierne a relaciones intrafamiliares, mostró que cuando el irrespeto por la familia era mayor, la prevalencia del episodio depresivo aumentaba (de 6.2% a 17.0%; $p=0.002$). Una tendencia directa se encontró con otras variables como: sentir que se apoyan unos a otros (de 6% a 18.7%; $p < 0.001$), sentir orgullo por la familia (de 6.4% a 15.6%; $p < 0.001$), valores y principios similares a los de la familia (de 6.6% a 16.2%; $p=0.005$), reglas y castigos en el hogar (de 7.2% a 22.7%; $p < 0.001$), compartir sentimientos y pensamientos con el padre (de 3.2% a 11.8%; $p=0.001$), compartir sentimientos y pensamientos con los hermanos (de 5.3% a 13.9%; $p < 0.001$). En cuanto a la prevalencia de episodio depresivo en adolescentes

según sensación de soporte familiar y social, se encontró en la variable que a medida que la sensación de soporte disminuía, la prevalencia de episodio depresivo aumentaba (de 6.2% a 14%), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0.011$). Una tendencia similar se encontró en quienes reportaron haber tenido enamorado(a) (11.7%), frente a quienes no habían tenido (6.3%), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0.018$). Con respecto a la tensión producida por el trabajo o el estudio, se encontró que a medida que la tensión aumentaba, la prevalencia de episodio depresivo también aumentaba (de 5.21% a 14%), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0.001$). Esta misma tendencia se observó con tensión producida por el dinero (de 7.5% a 16.8%; $p=0.001$) y tensión producida por la salud (de 7.2% a 13.2%; $p=0.002$), siendo estas diferencias estadísticamente significativas. Con respecto a las tendencias antisociales, se encontró que los que presentaban estas tendencias reportaron mayor prevalencia de episodios depresivos que aquellos que no la presentaban. La prevalencia de episodio depresivo en adolescentes según abuso infantil, mostró resultados diversos. Los adolescentes que fueron víctimas de algún tipo de abuso (físico, psicológico, sexual o negligencia) presentaban una mayor prevalencia de episodio depresivo (13.1%), en comparación con los que no tenían ningún tipo de abuso (3.9%), teniendo esta diferencia significancia estadística ($p<0.001$). La misma tendencia encontramos en el abuso sistemático, pero las diferencias no mostraron significancia estadística ($p=0.516$).

Además se encontró que los adolescentes que presentaron conductas vinculadas a abuso de alcohol reportaron una mayor prevalencia (19.9%) que aquellos que no presentaron esta conducta (8%). La diferencia fue estadísticamente significativa ($p=0.007$). Una tendencia similar se encontró con las variables uso

de cualquier sustancia alguna vez en la vida(10.1% frente a 5%; $p=0.009$) y uso de cualquier sustancia legal alguna vez en la vida (10.1% frente a 5%, $p=0.009$). Las diferencias tuvieron significancia estadística. Los adolescentes que padecían de fobia social, presentaron una mayor prevalencia de episodio depresivo (32.6%), que aquellos que no padecían este trastorno (6.8%). La diferencia fue estadísticamente significativa ($p<0.001$). Esta misma tendencia se encontró en: problemas alimentarios (26.1% frente a 7.1%), crisis bulímicas (20.9% frente a 7.7%) y síndrome psicótico (39.8% frente a 8%). Las diferencias mostraron alta significancia estadística ($p<0.001$). El trastorno de ansiedad generalizada mostró esta misma tendencia, pero la diferencia no mostró significancia estadística.

2.3 Marco teórico

Generalidades

El término depresión describe una variedad de fenómenos que incluyen un estado afectivo, un síndrome o un trastorno clínico. Cada uno de ellos implica un diferente grado de compromiso y de afronte, tanto para la evaluación como para el tratamiento. Como estado afectivo se evalúa generalmente como ítem único o como parte de una lista de chequeo de emociones y síntomas. Como síndrome se define a un patrón de conductas y emociones que pueden presentarse diferentes situaciones clínicas. Como trastorno clínico se conceptualiza como una categoría diagnóstica basada en grupos de síntomas ya identificados que acusa discapacidad o deterioro en el funcionamiento de la persona. El trastorno clínico se expresa como depresión mayor o trastorno depresivo mayor (TDM) y el trastorno distímico (TD).¹⁹

Aunque durante mucho tiempo la existencia de trastornos afectivos en general y de depresión en particular fue negada en la infancia, su existencia ha sido ampliamente demostrada y desde 1980 se ha publicado gran cantidad de información científica sobre epidemiología, fenomenología, factores de riesgo y tratamiento.

Hoy se sabe que el Trastorno depresivo mayor (TDM) y el Trastorno depresivo de inicio temprano son enfermedades recurrentes o trastornos familiares crónicos que tienden a continuar en la vida adulta. Se acompañan frecuentemente de otros trastornos psiquiátricos, pueden llevar a pobre rendimiento académico y social y pueden complicarse con abuso de sustancias psicotrópicas y conducta suicida.¹⁹

Epidemiología¹⁹

Los trastornos del humor y la depresión en particular se encuentran entre las más prevalentes y discapacitantes de todas las enfermedades médicas. Las tasas de prevalencia a un año de la depresión mayor varían del 2.7% en el estudio ECA al 10.3% en la encuesta NCS (National Comorbidity Survey). Las tasas de prevalencia a lo largo de la vida para el mismo trastorno varían del 7.8% al 17.1%. Las evidencias actuales han mostrado que la depresión suele comenzar hacia los treinta años de edad, y en menor cantidad de casos en la adolescencia y niñez. La comorbilidad con otros problemas como la ansiedad, puede dar lugar a una edad de inicio más temprana. La depresión mayor tiende a recurrir, y los datos varían entre el 72.3% en el estudio NCS y el 40-50% en el estudio NEMESIS.²⁰

El punto de prevalencia en poblaciones prepuberales es 1 a 2% y en adolescentes es de 3 a 8% (3-5). La prevalencia de vida en niños de 9 años fue determinada en 1.1%, en adolescentes de 4 a 24% y con 15.3% en el National Comorbidity Survey de Estados Unidos de Norteamérica.¹⁹

El TDM ocurre en aproximadamente la misma tasa en niños que en niñas, mientras que en la adolescencia, la tasa de prevalencia mujeres/varones se incrementa de 2 a 3 veces. Al respecto se han propuesto las siguientes hipótesis: 1) incremento de estradiol y testosterona asociada al inicio de la pubertad en niñas; 2) mayor tasa de trastornos de ansiedad en niñas y tendencia a la rumiación, en tanto que ambos actuarían como predisponentes para trastornos depresivos; y 3) incremento de conflictos interpersonales y mayor sensibilidad para afrontarlos. La pubertad precoz parece incrementar el riesgo de depresión en niñas.¹⁹

La investigación clínica y epidemiológica del TDM en niños demuestra que la duración promedio del episodio depresivo es de 7 a 9 meses. Aproximadamente, 90% de los episodios de TDM remiten entre 1.5 a 2 años luego del inicio y entre 6 a 10% tiene un curso prolongado. El TDM es una condición recurrente con una probabilidad acumulativa de recurrencia de 40% para 2 años y 70% a los 5 años (21). La depresión persiste en la adultez con tasas de recurrencia de 60 a 70%. Los niños que viven en ambientes conflictivos tienen mayores tasas de recurrencia que aquellos que viven en familias con menos conflictos.¹⁹

El Trastorno depresivo (TD) tiene un curso prolongado con una duración promedio de 4 años y se asocia con riesgo significativo de TDM subsiguiente (70%), trastorno bipolar (13%) y abuso de sustancias (15%). Los niños con TD

generalmente tienen su primer episodio de TDM dos o tres años después del inicio del TD.¹⁹

Factores de Riesgo

Los factores de riesgo identificados en depresión prepuberal son principalmente por disfunción familiar. Luego de la pubertad, se consideran como factores de riesgo: experimentación con nicotina, alcohol y drogas ilícitas; disminución de la supervisión y comunicación con los adultos y mayor necesidad fisiológica por dormir asociada con una tendencia contradictoria a dormir menos.¹⁹

Es más frecuente en personas solteras en comparación con las casadas. Así mismo se han descrito tasas más altas de depresión en minoría étnicas, pero este efecto se ha atribuido a tasas mayores de otros factores (como pobreza y falta de recursos) en estos grupos. El nivel socioeconómico bajo se asocia de forma consistente con una mayor tasa de depresión.²⁰

Un trauma en la primera infancia y acontecimientos vitales adversos se asocian con un aumento del riesgo de desarrollar depresión, en particular los de tipos graves. Otros tipos de trauma, como la pérdida de los padres, también se asocian con el desarrollo de depresión. Algunos resultados indican que el abandono predispone a la ansiedad y a otros trastornos más que a la depresión.²⁰

El riesgo de desarrollar depresión mayor es significativamente más elevado en los familiares de pacientes con depresión. Además, una historia familiar de depresión mayor parece conferir un riesgo de desarrollar depresión mayor grave, recidivante y, posiblemente, de inicio precoz. Con independencia de la historia

familiar, el factor de riesgo sociodemográfico más consistente de desarrollar depresión es el sexo femenino²⁰

Las interacciones entre genes y el entorno se delimitan cada vez más. Las variantes del gen que codifica el transportador de la serotonina (5-HTT) y los acontecimientos vitales adversos, por ejemplo parecen interactuar para predecir tasas más altas de trastornos depresivos. De modo similar, se ha examinado el efecto de la personalidad en el desarrollo de la depresión en varios estudios; los niveles altos de neuroticismo predicen la probabilidad de desarrollar depresión²⁰

Etiopatogenia²¹

La etiología de los trastornos depresivos es multifactorial. Incluye factores biológicos, psicológicos, ambientales y socioculturales, que pueden desencadenar o mantener un trastorno depresivo. No existe ningún factor patognomónico ni causa suficiente para la aparición de un trastorno depresivo. Es posible que un mismo factor etiológico cause cuadros clínicos diferentes y que distintas causas desemboquen en un trastorno depresivo. Además, el impacto de un factor de riesgo depende de la edad y el sexo del niño. A continuación se presentarán los factores etiológicos (o de riesgo) según el modelo biopsicosocial.

Factores biológicos

Existen factores genéticos, neuroendocrinos, cerebrales e inmunológicos, alteraciones en el sueño y algunas enfermedades médicas y psiquiátricas implicados en la etiología del trastorno depresivo.

Factores genéticos

Los resultados preliminares realizados en familiares, gemelos y niños adoptados demuestran la heredabilidad de los trastornos depresivos.

Los estudios de agregación familiar demuestran que los trastornos del humor se agrupan en las familias. Los familiares de primer grado de niños con trastorno depresivo presentan con mayor frecuencia depresión. A su vez, un niño cuyo padre o madre presenta un trastorno depresivo tiene un riesgo tres veces mayor de padecer un trastorno depresivo, si se compara con un hijo de padres controles.

Estudios en gemelos

La concordancia del trastorno depresivo es mucho mayor en gemelos monocigóticos (aproximadamente 76%) que en gemelos dicigóticos (en torno al 19%). Esto demuestra la influencia genética en estos trastornos. Sin embargo, el hecho de que la tasa de concordancia en gemelos monocigóticos no sea del 100% sugiere que otros factores (biológicos, psicológicos, ambientales y socioculturales) son los responsables de la variabilidad restante. Por otro lado, los estudios indican que el componente hereditario es mayor en adolescentes que en niños pequeños. Esto apoya la hipótesis de que en los segundos los factores ambientales negativos son más importantes que en los primeros.

Estudios de genética molecular

Los factores genéticos predisponen a un niño a presentar un trastorno del humor, pero no explican el 100% de su presencia. Además, el patrón de herencia es

desconocido y probablemente el trastorno depresivo presenta un patrón multigénico. La mayoría de los estudios genéticos del trastorno depresivo investigan los genes que codifican elementos del sistema serotoninérgico: los transportadores y receptores de serotonina y las enzimas que intervienen en su metabolismo.

Factores neuroendocrinos

Los estudios relacionan el trastorno depresivo con alteraciones en el eje hipotálamo-hipofisario, alteraciones en las hormonas sexuales, la melatonina, las hormonas tiroideas y la hormona del crecimiento.

Factores cerebrales

Existe una correlación entre los síntomas depresivos y las alteraciones cerebrales del circuito córtico-límbico- estriado-pálido-talámico, que son las regiones principalmente implicadas en la regulación del humor. Los estudios de la bioquímica cerebral del trastorno depresivo han encontrado alteraciones en varios neurotransmisores cerebrales, segundos mensajeros, neuroquininas y factores de transcripción genética. Entre los neurotransmisores principalmente implicados en el trastorno depresivo destacan las monoaminas (serotonina, noradrenalina y dopamina). Recientemente, se ha estudiado la implicación de otros neurotransmisores en la fisiopatología de los trastornos del humor, como la acetilcolina, el GABA (ácido gamma amino butírico), la sustancia P, la glicina y el glutamato. Algunos segundos mensajeros como la proteína G, el cAMP (monofosfato cíclico de adenosina), el cGMP (monofosfato cíclico de guanina), los fosfatidilinositoles y el calcio-calmodulina también se han implicado en la

etiopatogenia de los trastornos depresivos, por su papel en el funcionamiento bioquímico elemental de las neuronas. También se ha observado que los pacientes con depresión presentan alteraciones que indican una disminución de la neuroplasticidad, que es la capacidad del cerebro para cambiar y, así, adaptarse a los cambios ambientales y recuperarse de lesiones o enfermedades.

Factores inmunológicos

Algunos pacientes deprimidos presentan alteraciones en el sistema inmunológico; alteración de la función y estructura del sistema monocito-macrófago y aumento de las citoquinas (como las interleuquinas 1 y 6), entre otras. Además, algunos autores han descrito una relación funcional entre el sistema inmunológico y el sistema serotoninérgico.

Sueño

Se ha sugerido que el sueño no reparador y el insomnio de conciliación se asocian a la persistencia y recurrencia del trastorno depresivo.

Enfermedad médica

El mecanismo por el que una enfermedad médica aumenta el riesgo de aparición de un trastorno del humor puede ser:

- Directo: actúa sobre el cerebro
- Indirecto: se produce a través del efecto estresor que producen las enfermedades médicas.

Enfermedad psiquiátrica

Los trastornos de ansiedad (o los síntomas de ansiedad aumentan el riesgo de depresión en todas las edades especialmente en las mujeres. Esta asociación es más intensa en el Trastorno de Ansiedad Generalizada TGA y el trastorno por ataques de pánico. Otras enfermedades psiquiátricas también pueden provocar depresión, a través del efecto estresante que producen sus síntomas y por su impacto en el funcionamiento normal del niño.

Factores psicológicos

Algunos rasgos temperamentales observables desde la infancia se asocian a psicopatologías de la edad adulta: excesiva timidez, introversión, hipersensibilidad afectiva, dependencia emocional, ansiedad, inseguridad, baja autoestima, escasa tolerancia a la frustración, falta de adaptabilidad al cambio, neuroticismo, perfeccionismo, elevada autoexigencia e inhibición conductual. Sin embargo, los resultados de los estudios no son todavía concluyentes en la edad pediátrica.

Por otra parte, las distorsiones cognitivas, es decir, las cogniciones negativas y erróneas sobre uno mismo, su entorno y su futuro, se han relacionado con la aparición y el mantenimiento del trastorno depresivo en niños. Lo mismo sucede con las atribuciones negativas acerca de los acontecimientos vitales. No obstante, todavía no se ha establecido si éstas son primarias o secundarias al trastorno depresivo.

Factores ambientales (estrés)

Un factor estresante negativo puede desencadenar un episodio depresivo. De hecho, la mayoría de los primeros episodios depresivos están relacionados con un factor ambiental negativo. El mecanismo de acción por el que los factores estresantes aumentan el riesgo de sufrir un trastorno depresivo puede ser directo (alterando el funcionamiento cerebral, aumentando la concentración de cortisol en sangre, etc.) o indirecto (produciendo distorsiones cognitivas negativas).

Algunos estresores son propios de la edad escolar como el acoso escolar. Otros son propios de la adolescencia (formar una identidad personal propia, la sexualidad emergente, los cambios físicos de la pubertad, la separación de los padres , tomar decisiones importantes por primera vez). Existen algunas dificultades familiares graves, que pueden actuar como desencadenante de un trastorno depresivo (discordia familiar severa y la muerte o la separación de un padre), sobre todo en los niños más pequeños, la depresión está asociada a los vínculos familiares afectivos débiles, los niveles elevados de crítica, la hostilidad familiar y la psicopatología de los padres. Por otra parte, los conflictos interpersonales son factores de riesgo significativos de depresión, especialmente a partir de la adolescencia, cuando el niño comienza a ser independiente de su familia. Las chicas adolescentes sufren un mayor número de estresores y los perciben más intensamente que sus compañeros. Esto, probablemente, se deba a la mayor necesidad de afiliación y de conexión interpersonal de estas; necesidad que se ha relacionado con el aumento de estrógenos y la oxitocina en la pubertad. Para las adolescentes, las dificultades con los amigos o la pareja suponen un estresante muy importante, ya que se

sienten rechazadas en un momento de su desarrollo en el que necesitan sentirse aceptadas.

En cuanto a la interacción entre los padres y el niño, la calidad de ésta influye en el desarrollo y la maduración del circuito cortico-límbico, que es esencial para regular el afecto. Cuando el estilo de crianza de los padres conlleva una disciplina excesivamente dura o excesivamente permisiva, cuando existe un vínculo inseguro, falta de afecto (sobre todo materno) o escasa supervisión, aumenta el riesgo de que un menor padezca depresión. Esto influye especialmente en las chicas, debido a su mayor necesidad de conectividad emocional, también con su familia.

La presencia de una enfermedad psiquiátrica en los padres también puede aumentar el riesgo de depresión en un hijo. Sobre todo, en el caso de que la madre presente un trastorno depresivo o el padre abuse del alcohol o tenga una personalidad antisocial. Esta relación tiene un componente genético (se transmite la predisposición a presentar un trastorno depresivo) y un componente ambiental (un progenitor deprimido puede modelar a un hijo a través de interacciones hostiles y pasivas, retraimiento social y distorsiones cognitivas).

Entre los factores estresantes es necesario destacar el maltrato y el abuso sexual, físico o emocional, como factor de riesgo de trastorno depresivo, de comportamiento suicida y de psicopatología en general.

Factores socioculturales

Algunas características sociodemográficas aumentan el riesgo de presentar depresión y psicopatología en general; como la pobreza y pertenecer a un nivel

socioeconómico bajo. Asimismo, la falta de apoyo social es otro factor de riesgo impórtame para el trastorno depresivo. La cultura influye en el rol atribuido o los niños, sobre todo a partir de la pubertad. En algunas culturas se espera que las chicas adolescentes sean dependientes, muy emocionales, sumisas y sacrificadas, rasgos que son factores de riesgo de depresión.

Factores protectores

Algunos factores disminuyen el riesgo de depresión. Por ejemplo, tener una afiliación cultural, religiosa o grupal, probablemente mediado por el desarrollo de actitudes cognitivas positivas y la disponibilidad de soporte social; tener unos cuidadores responsables; tener sentido del humor; una relación estrecha con al menos un familiar y amigos íntimos; la consecución de logros valorados por la sociedad, y un CI normal-alto.

Clínica y Criterios Diagnósticos^{21,22}

Un niño o adolescente con un trastorno depresivo puede presentar tres tipos de síntomas: afectivos, físicos y cognitivos

Los síntomas depresivos más frecuentes en los niños y adolescentes son: el humor deprimido o irritable, la pérdida de interés (apatía), la pérdida de la capacidad para experimentar placer en la mayoría de actividades (anhedonia) y la fatigabilidad. Entre éstas, los síntomas cardinales son la apatía y la anhedonia.

En general, se utilizan los criterios del DSM-IV para diagnosticar la depresión en niños y adolescentes. Aunque los síntomas de la depresión en ese grupo de

edad son similares a los que se dan en los adultos, la manifestación de estos síntomas es con frecuencia muy diferente. En consecuencia, los criterios establecidos para la depresión en los niños y adolescentes tienen la ventaja de delimitar específicamente la manifestación de los síntomas que es más propia de este grupo de edad. Weinberg et al han modificado los criterios diagnósticos de investigación originales relativos a la depresión mayor en el adulto para hacerlos más aplicables a los niños y adolescentes.

Estado de ánimo deprimido. Los estados de ánimo y sensaciones disfóricas se caracterizan por las afirmaciones y el aspecto del paciente que indican tristeza, soledad, ausencia de felicidad, desesperanza, oscilaciones afectivas, irritabilidad, hipersensibilidad, actitud negativa y dificultad de ser complacido. Los niños tienden a ser más sensibles a su entorno y presentan un estado de ánimo reactivo en mayor medida que los adultos. Pueden no verbalizar su disforia o no demostrar que siempre están tristes. Así pues, las alteraciones del estado de ánimo se expresan a menudo en forma de días variados, de tal manera que algunos días el estado de ánimo, la conducta y los sentimientos son normales, mientras que existen otros períodos intercalados de sentimientos de depresión e irritabilidad. La irritabilidad es frecuente en este grupo de edad, y a menudo el estado de ánimo irritable se debe a sentimientos de tristeza.²¹

Ideas de autodesprecio. Se manifiestan por sentimientos de ser inútil, estúpido, feo o culpable y por creencias de persecución, deseos de muerte e ideas de suicidio. Cognitivamente, a los niños les puede resultar difícil expresar el sentimiento de culpabilidad, pero los sentimientos de inutilidad y culpabilidad

por tener problemas son evidentes en su conducta y a menudo en sus afirmaciones.

Agitación. Corresponde al síntoma del DSM- IV de irritabilidad y es evidente en la manera en la que un niño se relaciona con los demás. Son frecuentes las peleas, la falta de respeto para la autoridad, las discusiones y la hostilidad excesiva. El aumento de los conflictos con los demás como consecuencia de la agitación es lo que motiva a menudo la consulta al especialista. La presencia de agitación y la conducta negativista pueden hacer que el problema se identifique erróneamente como un trastorno negativista desafiante; sin embargo, la conducta negativista suele ceder al resolverse la depresión.

Alteraciones del sueño. En el DSM-IV, este síntoma se caracteriza por insomnio o hipersomnía. Los problemas del sueño consisten en insomnio inicial, medio y terminal, dificultad para despenarse por la mañana, somnolencia excesiva diurna e hipersomnía. Los niños deprimidos experimentan con frecuencia la sensación subjetiva de un insomnio inicial, que no siempre se confirma objetivamente. El insomnio medio (despertarse después del inicio del sueño) no es infrecuente en los niños pequeños. El insomnio terminal es menos común en los niños y adolescentes deprimidos que en los adultos con depresión.

Alteración del rendimiento escolar. El síntoma del DSM- IV falta de concentración se manifiesta a menudo en los niños en forma de una alteración del rendimiento escolar. Los maestros pueden explicar que el niño sueña despierto, que le falta concentración y atención, que no está suficientemente motivado, que ha perdido interés por las actividades escolares, que realiza los

trabajos escolares y los deberes de manera incompleta y que rinde menos. Es frecuente que los niños tengan problemas para completar el trabajo en clase, lo cual hace que tengan más deberes (y esto es otra causa característica de conflictos entre padres e hijos).

Disminución de la socialización. Los niños y adolescentes que presentan un trastorno depresivo muestran a menudo una menor participación en el grupo y menos interés social y no es probable que intenten hacer amigos. En los adolescentes, esto puede manifestarse por sentirse atraído por un grupo de compañeros nada recomendable. La pérdida de interés evidenciada por los padres concuerda con la pérdida de intereses externos que describe el niño. La disminución de la socialización en los niños corresponde al síntoma de pérdida de interés o de placer del DSM-IV.

Cambio de actitud respecto a la escuela. Un cambio de actitud respecto a la escuela refleja también el síntoma de pérdida de interés o de placer del DSM-IV. Una reacción fóbica respecto a la escuela es a menudo una expresión sintomática de una depresión. Los niños y adolescentes con depresión pueden rechazar acudir a la escuela como motivo principal de la consulta. Aunque en algunos de estos niños la aversión hacia la escuela puede relacionarse con un trastorno de ansiedad por separación, muchos niños con un trastorno depresivo pierden interés y placer por la escuela y las actividades que en ella se llevan a cabo. Este síntoma puede ser también una manifestación de la variación diurna del estado de ánimo, puesto que algunos niños se ven capaces de acudir a la escuela por la tarde pero no cuando se despiertan por la mañana y están más deprimidos.

Quejas somáticas. Las quejas somáticas no son un síntoma de depresión en el DSM-IV, debido fundamentalmente a que son síntomas inespecíficos en los adultos. Sin embargo, en los niños son un síntoma frecuente de depresión. Aquellos con depresión son visitados a menudo por el pediatra o el médico de familia por quejas somáticas vagas que consisten en cefaleas, dolor de estómago u otros síntomas físicos para los que el facultativo no logra encontrar causa alguna. No es infrecuente que éste sea el único síntoma significativo referido), por tanto, esto puede motivar amplios estudios diagnósticos médicos para detectar un posible trastorno físico.

Pérdida de la energía habitual. El individuo joven deprimido refiere a menudo una fatiga mental y física y es menos activo en sus actividades habituales deportivas y de otro tipo. Un niño que tiene una buena capacidad o es activo en una determinada área puede referir cansancio, tendencia a la fatiga, falta de energía e incluso aburrimiento durante la ejecución de esa actividad, con lo que disminuirá su participación en la misma. A menudo existe un solapamiento considerable entre los síntomas vegetativos de falta de energía y tendencia al sueño y síntomas psicológicos de pérdida de interés. En el DSM- IV, este síntoma se clasifica como fatiga.

Cambio del apetito o del peso. Es frecuente que a los niños les apetezca satisfacer “caprichos”; en algunos casos pueden alimentarse en exceso y de manera voraz. La ausencia del aumento de peso habitual y no la pérdida de peso es una manifestación frecuente de los niños deprimidos. El aumento excesivo de peso se observa en algunos niños y adolescentes, pero lo habitual es

que estos últimos lo pierdan en lugar de ganarlo. La falta del aumento de peso apropiado para el desarrollo es sintomático de depresión.

Comorbilidad y diagnóstico diferencial ¹⁹

Para fines de diagnóstico diferencial del TDM se debe tener en cuenta los siguientes puntos: saber qué trastornos deben ser descartados, qué trastornos semejan un episodio depresivo pero no lo son, que existe la posibilidad de comorbilidad y la etapa de desarrollo.

El diagnóstico diferencial con el trastorno de adaptación con humor depresivo (TAD) se hace en función al número de síntomas depresivos, más que a la magnitud y tipo de estresor. El tiempo de aparición de los síntomas para el TAD debe estar entre los 3 a 6 meses de ocurrido el estresor, los síntomas pueden ser severos pero no están presentes en suficiente número (tres o menos síntomas) para establecer el diagnóstico de DM. Con trastornos de ansiedad y de conducta es más difícil establecer el diagnóstico diferencial ya que muchas veces coexisten y es necesario hacer ambos diagnósticos. En adolescentes con depresión severa puede haber una pérdida importante de peso corporal acompañada de anergia y agitación, lo que debe ser diferenciado de un cuadro de anorexia nerviosa (AN). Para el diagnóstico de AN debe buscarse distorsión de la imagen corporal o preocupación excesiva con el peso, maniobras para evitar ingerir alimentos y ejercicios compulsivos.

La comorbilidad es la regla más que la excepción en niños y adolescentes con depresión, especialmente en poblaciones clínicas. La investigación epidemiológica muestra que entre 20 a 50% tienen dos o más condiciones

comórbidas. Las condiciones comórbidas más frecuentes del TDM son trastornos de ansiedad (30-80%), conducta disruptiva (10-80%), trastorno de abuso de sustancias (20-30%). Las condiciones comórbidas del TD son TDM (70%), trastornos de ansiedad (40%), trastornos de conducta (30%), trastorno por déficit de atención-hiperactividad (24%) y enuresis o encopresis (15%). Un 15% tienen dos o más condiciones comórbidas

2.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.5.1 Objetivo general

- Determinar la relación entre los factores socioeconómicos, demográficos, personales, familiares, clínicos, estresores psicosociales y el maltrato y la prevalencia de depresión en adolescentes en las ciudades de Piura, Trujillo, Chimbote, Ica y Arequipa en el año 2006

2.5.2 Objetivos específicos

- Determinar la prevalencia de episodio depresivo en adolescentes según edad y sexo
- Determinar la prevalencia de episodio depresivo según nivel de instrucción y nivel de pobreza

- Determinar la prevalencia de episodio depresivo según satisfacción personal, satisfacción con el trabajo, conductas antisociales y psicopatía.
- Determinar la prevalencia de episodio depresivo según el tipo de relaciones familiares y sociales.
- Determinar la prevalencia de episodio depresivo en adolescentes con trastornos de ansiedad, distimia y bulimia.
- Determinar la prevalencia de episodio depresivo en adolescentes con estresores psicosociales.
- Determinar la prevalencia de episodio depresivo en adolescentes con maltrato.
- Determinar la relación entre prevalencia de episodio depresivo con factores socioeconómicos y demográficos.
- Determinar la relación entre prevalencia de episodio depresivo y factores personales.
- Determinar la relación entre prevalencia de episodio depresivo con relaciones familiares y sociales.
- Determinar la relación entre prevalencia de depresión y trastornos clínicos.

- Determinar la relación entre prevalencia de depresión y estresores psicosociales.
- Determinar la relación entre prevalencia de depresión y los diferentes tipos de maltrato.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 Tipo de estudio: Descriptivo Correlacional

3.2 Diseño de investigación

- Observacional, transversal

3.3 Población a estudiar: Adolescentes de 12 a 17 años de las ciudades de

Piura, Trujillo, Chimbote, Ica y Arequipa en el año 2006

3.4 Muestra de estudio

Tomada del estudio epidemiológico del INSM “HD-HN”: "Estudio epidemiológico en Salud Integral en la costa peruana 2006. Utilizaron una muestra trietápica:

Las unidades primarias de muestreo fueron los conglomerados de viviendas organizadas en cuadriláteros espaciales en las áreas consolidadas y conjuntos contiguos de viviendas separadas por espacios determinados. Las unidades secundarias de muestreo son las viviendas dentro de los conglomerados. La unidad final de muestreo para el presente estudio es un adolescente entre doce y diecisiete años seleccionado aleatoriamente dentro de las viviendas escogidas para la muestra.

3.5 Criterios de inclusión

- Adolescentes entre 12 y 17 años, sin problemas que impidieran la comunicación. En caso de existir problemas mentales moderados o severos que impidieran la comunicación directa con la persona, se procedió a una entrevista indirecta con el jefe del hogar.

3.6 Descripción de variables

1. Episodio depresivo

Trastorno del humor en el cual el enfermo que sufre un ánimo depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de un episodio depresivo:

- a) La disminución de la atención y concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en las episodios leves).
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones

circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

En el Estudio Epidemiológico se realizó la medición con una adaptación de la Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), utilizando criterios de Investigación del CIE-10, en una escala nominal.

2. Variables Demográficas y Socioeconómicas

Edad.- Se registró como variable cuantitativa continua según unidades de análisis. Sin embargo se determinó dividirla en 2 grupos, uno de 12 a 14 años y el otro de 15 a 17 años, debido a que un estudio longitudinal en varios países ha revelado que la diferencia entre géneros en cuanto a la presencia de depresión fue aparentemente a los 14 años.

Sexo.- Masculino y Femenino. Medida en escala nominal.

Nivel de instrucción.- Se registraron las categorías: sin instrucción, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, técnico incompleto, técnico completa, superior incompleta y superior completa. Se presentan como alternativas múltiples y se miden como escala ordinal, utilizándose el cuestionario del EEMSM.

Nivel socioeconómico (Nivel de pobreza).- Respuesta a preguntas sobre ingresos. Es medida con escala ordinal.

3. Aspectos Personales

Satisfacción personal.- Es la percepción evaluativa de uno mismo, evalúa el área de aspecto físico, inteligencia, estudios, relaciones sociales, y economía. Esta es evaluada en una escala de tipo ordinal, utilizándose el cuestionario del EEMSM

Satisfacción laboral.- Es una evaluación subjetiva del entrevistado acerca de su ambiente laboral en áreas como: las funciones que realiza, ambiente físico, compañeros de trabajo, carga de trabajo, trato que recibe de jefes, remuneración que recibe y reconocimiento. Es medida en una escala ordinal.

Tendencias antisociales: características de la personalidad que impulsan a la persona a perder la noción de la importancia de las normas sociales, como son las leyes y los derechos individuales. Medida en escala nominal

Psicopatía: Medida en escala nominal. Se utilizó el cuestionario de salud mental.

4. Relaciones familiares y sociales Relaciones de funcionamiento en un grupo de personas cercanas; que tienen alguna condición, opinión o tendencia en común. Medida en escala nominal.

5. Estrésores psicosociales:- Son factores físicos, químicos o emocionales capaces de producir una tensión que puede llevar a la enfermedad física o trastorno de salud mental, como por ejemplo, a cuadros de ansiedad y depresión, entre otros; el estrés psicosocial que causan es medido en una escala nominal, utilizando el cuestionario del EEMSM.

6. Trastornos Clínicos

Trastornos de ansiedad.- Corresponden a todos los trastornos de ansiedad clínicamente diagnosticables como el trastorno de ansiedad generalizada, la agorafobia, el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo compulsivo, y el trastorno de estrés post-traumático. Es medida con una adaptación de la MINI utilizando criterios de investigación del CIE-10, en una escala nominal.

Distimia.- Humor depresivo la mayor parte del día; que persiste en el tiempo por lo menos dos años (1 año para niños y adolescentes); que nunca, es lo suficientemente intensa como para satisfacer las pautas para trastorno depresivo mayor. Medida en escala nominal

Trastornos de la alimentación.- Corresponden a la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa; son medidas con una adaptación de la MINI utilizando criterios de investigación de la CIE-10, en una escala nominal, a su vez, se ha utilizado el cuestionario de EDI.

7. Abuso o Maltrato

Son acciones verbales, físicas, sexuales o de indiferencia hacia el niño que pueden generar daño y secuelas físicas y psicológicas. Es evaluada en una escala nominal, empleando el cuestionario EEMSM.

Maltrato físico.- Es la acción de dar golpes, puñetes o empujones. Es evaluada en una escala nominal y en otra ordinal que mide la frecuencia del acto.

Maltrato psicológico.- Son insultos, agresiones verbales, ofensas, chantajes, manipulaciones o humillaciones.

Abandono.- Se refiere a situaciones en que a la persona no le han procurado medicinas, ropa adecuada, atención médica u otras necesidades básicas. Es asumida como sinónimo de maltrato por abandono. Es evaluada en una escala nominal y en otra ordinal que mide la frecuencia del acto. Se mide con escala nominal.

Abuso sexual.- Se refiere a actos sexuales forzados, inapropiados para la persona y en contra de su voluntad. Se asume como sinónimo de maltrato sexual. Es evaluada en una escala nominal y en otra ordinal que mide la frecuencia del acto.

3.5 Técnica y Método del Trabajo

Se trabajará con la base de datos del Estudio Epidemiológico realizado por el INSM “HD-HN” realizado en cinco ciudades de la costa peruana el año 2006.

3.5.1. Instrumentos

Para recoger los datos referentes a las diferentes variables en el estudio epidemiológico se utilizaron los siguientes instrumentos:

- **CUESTIONARIO DE SALUD MENTAL.-** Elaborado originalmente en Colombia y utilizado y adaptado en estudios anteriores en la institución tanto en adultos como en adolescentes. Para el presente estudio se realizó una readaptación del instrumento y se eligieron determinadas preguntas. Sus secciones recogen información sobre uso de sustancias, conductas antisociales, síntomas de distrés emocional, conductas de auto y hetero-agresividad, soporte social y estresores psicosociales, entre otros.
- **CUESTIONARIO DE VIOLENCIA FAMILIAR.-** Elaborado por Anicama y colaboradores Utilizado en el Estudio Metropolitano sobre la violencia y comportamientos asociados en Lima Metropolitana y Callao. Se tomaron algunas preguntas adaptadas.
- **MINI: ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL VERSIÓN ESPAÑOL CIE-10.-** Elaborado por Lecrubier y colaboradores. ^{¡Error! Marcador no definido.} Es un instrumento que basado en los criterios de investigación de la Décima Revisión Internacional de Enfermedades, obtiene información estandarizada sobre los principales trastornos psiquiátricos, habiendo sido adaptado lingüísticamente y validado a través de entrevistas a pacientes psiquiátricos de la institución y luego en personas residentes de 100 viviendas

provenientes de cada cono de Lima Metropolitana y el Callao. Este instrumento fue adaptado para obtener prevalencia de vida, prevalencia a seis meses, además de la prevalencia actual de los principales desórdenes psiquiátricos.

- **INVENTARIO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (EDI-2).-**

Elaborado por Garner y Olmsted. El EDI-2 es un valioso instrumento muy utilizado para evaluar los síntomas que normalmente acompañan a la anorexia nervosa (AN) y a la bulimia nervosa (BN). Es un instrumento de tipo autoinforme, de fácil aplicación, que ofrece puntuaciones en 11 escalas que son clínicamente relevantes en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria. Este inventario ha sido adaptado y validado en nuestro medio por los responsables del área respectiva, encontrándose en proceso de publicación.

3.5.2. Técnica de Entrevista

Se empleó el método de entrevista directa; psicólogos debidamente capacitados y entrenados para tal fin visitaron las viviendas seleccionadas durante el período de recolección de información.

Se solicitó el consentimiento informado antes del inicio de la encuesta a cada uno de las personas entrevistadas. El consentimiento informado contó con la revisión y aprobación del comité de ética del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”

3.7 Procesamiento y análisis de datos

Para evaluar la diferencia de las prevalencias del episodio depresivo con las variables socioeconómicas, demográficas, personales, familiares, psicosociales y clínicas, se utilizarán las pruebas de homogeneidad para muestras complejas (Prueba F ajustada). Adicionalmente, se ajustará un modelo de regresión logística - teniendo en cuenta el diseño muestral complejo- con la finalidad de evaluar la asociación entre el episodio depresivo y cada uno de los factores considerados ajustando el efecto de los demás factores. Se utilizará el programa estadístico SPSS versión 18.

4. RESULTADOS

El total de adolescentes entrevistados en el presente estudio fueron 2400; correspondientes a las ciudades de Piura, Trujillo, Chimbote, Ica y Arequipa. La muestra total fue de 2389; esto debido que al cruzar las diferentes variables; hubieron algunos datos perdidos. Las edades de los adolescentes varían entre 12 y 17 años. El 54% corresponde al rango de edades entre 12 y 14 años; el 52% es de sexo masculino; la mayoría tenía nivel de instrucción secundaria (76.7%) y el 73,2% fueron clasificados como no pobre. (tabla 1)

La prevalencia actual de episodio depresivo en adolescentes fue de 4,4%

(IC: 3,2% - 5.9%).

Características Socioeconómicas y Demográficas

En la tabla 2 se observa la prevalencia actual de episodio depresivo según características demográficas y socioeconómicas. Se encontró prevalencia

significativamente mayor ($P < 0.05$) de episodio depresivo actual en mujeres (6,8%; OR=3,4; IC: 1,7 -6,8); y en el grupo etáreo de 15 a 17 años (6,0%; OR=2,1

IC: 1.2 – 3.7). En cuanto al grado de instrucción; la depresión fue mayor en el grupo de adolescentes con grado de instrucción superior; pero esta no fue significativamente mayor ($p=0.035$); OR: 2,0; (IC: 0,9 – 6,2); lo mismo ocurrió con el nivel de pobreza; siendo más frecuente el episodio depresivo en adolescentes pobres, pero sin significación estadística.

Factores Personales

En la tabla N°3 vemos la prevalencia de episodio depresivo según satisfacción personal. Se observa prevalencias significativamente mayores ($P < 0.05$) cuando la persona se siente poco o nada satisfecha con su inteligencia (7.2%); y su nivel socioeconómico (10.4%) El episodio depresivo en adolescentes que se sienten nada o poco satisfechos con su lugar de residencia (8.7%), su color de piel (10.4%) y su profesión u oficio (34.1%) es mayor en relación a los que se encuentran satisfechos; pero no tiene significancia estadística. En relación al nivel educativo no se encontró diferencia de la prevalencia de episodio depresivo entre los adolescentes que se encuentran satisfechos y los que no lo están.

En cuanto a la prevalencia de episodio depresivo según satisfacción con el trabajo; vemos que existe mayor prevalencia de episodio depresivo en los adolescentes que perciben poco o ningún reconocimiento por el trabajo que desempeña (8.1%) y el salario percibido (3.6%), aunque esta no es significativamente diferente. No se observó mayor prevalencia de episodio depresivo en los adolescentes en relación a la satisfacción con las actividades que realiza, el ambiente físico donde labora, la

relación con los compañeros de trabajo y el tipo de trabajo que desempeña.(Tabla N°4)

En la tabla N°5 observamos que la presencia de conductas antisociales (decir mentiras, golpear a alguien menor, participar en peleas, robar o no pagar) no se relacionen con prevalencia estadísticamente significativa de episodio depresivo.

Este mismo resultado encontramos en relación a prevalencia de episodio depresivo y psicopatía. (Tabla N°6)

Factor Familiar (Soporte)

En la Tabla N° 7 observamos que cuanto mayor es el apoyo familiar (padre, madre, hermanos) que recibe el adolescente la prevalencia de episodio depresivo es menor; solo resultó significativamente estadístico cuando el apoyo es paterno. También se encontró menor prevalencia de episodio depresivo en los adolescentes que reciben apoyo de su pareja; pero no es significativo estadísticamente. No se encontró diferencia de la prevalencia de episodio depresivo en los adolescentes que reciben apoyo de vecinos, amigos y maestros en relación a los que no lo reciben.

Estresores psicosociales

La prevalencia de episodio depresivo según los estresores psicosociales revela varios resultados interesantes. Es estadísticamente mayor cuanto mayor tensión sienten en relación al dinero. También es marcadamente mayor la prevalencia de episodio depresivo cuanto mayor es la tensión producida por el trabajo (de 1.9% a 5.9%), los hijos u otros parientes (de 3.4% a 8.4%), aunque ninguna de las diferencias resultó estadísticamente significativa. Otros estresores psicosociales

como la delincuencia, el terrorismo, el narcotráfico, la pareja u otros problemas no mostraron ninguna tendencia notable.

Trastornos psiquiátricos

En la tabla N° 9 observamos que la prevalencia de episodio depresivo es significativamente mayor en las personas que presentan trastorno de ansiedad generalizada (OR=26; IC: 13,9 -48,7), fobia social (OR=8,4; IC: 3,7 -19), distimia (OR=7,3; IC: 1,9 -27,5) y bulimia (OR=37,4; IC: 4,1 -343,9)

Abuso o maltrato

En la tabla N° 10 observamos que el episodio depresivo es significativamente mayor en los adolescentes que presentan maltrato verbal (OR=4; IC: 1,5-10,5), maltrato verbal (OR= 5; IC: 2,6 -8); maltrato por chantaje (OR=4; IC: 2,3 -6,8) y abandono (OR= 4; IC: 1,9-8,9). No se encontró mayor prevalencia de episodio depresivo en los adolescentes que presentaron maltrato físico (93,8%) en relación a los que no lo tuvieron (96,7%).

Regresión logística

Para evaluar el aporte combinado de cada variable y determinar el modelo que mejor predice la presencia del episodio depresivo, se realizó la regresión logística, la cual se llevó a cabo en diferentes etapas. Primero se realizó la regresión logística con las variables que resultaron estadísticamente significativas ($p < 0.05$), agrupándolas por separado de acuerdo a tipo de variables a la que correspondían (demográficas, socioeconómicas, satisfacción personal, satisfacción con el trabajo, tendencias antisociales, psicopatía, sensación de soporte familiar y social, estresores

psicosociales, maltrato infantil, y trastornos clínicos). Luego, las que resultaron significativas en cada grupo entraron a un modelo final donde se realizó el último análisis.

En la Tabla 11 se aprecian los factores asociados al episodio depresivo en adolescentes, obtenidos mediante regresión logística. Se encontró que los factores que mejor predijeron el episodio depresivo fueron: sexo femenino ($p=0.033$), maltrato verbal ($p=0.003$), fobia social ($p=0.000$), trastorno de ansiedad generalizada ($p=0.000$) y bulimia ($p=0.007$)

Tabla N° 1**Características Socioeconómicas y Demográficas**

Características demográficas y socioeconómicas	N° de adolescentes	Porcentaje
Sexo		
Femenino	1152	48,5
Masculino	1248	51,5
Edad (años)		
15 a 17	1115	46,8
12 a 14	1285	53,2
Nivel de Instrucción		
Superior	325	15,3
Secundaria	1883	76,7
Sin nivel/primaria	192	8,0
Nivel de pobreza		
Pobre	680	26,8
No pobre	1716	73,2

Tabla N° 2a

Episodio depresivo según características socioeconómicas y demográficas

Características demográficas y socioeconómicas	Muestra	Con Episodio depresivo (n=111)		Sin Episodio depresivo (n=2278)		P
		n	%	n	%	
Sexo						
Masculino	1247	26	2,1	1221	97,9	0,000
Femenino	1142	85	6,8	1057	92,6	
Edad (años)						
15 a 17	1106	65	6,0	1041	94,1	0,006
12 a 14	1283	46	2,9	55	97,1	
Nivel de Instrucción						
Primaria	191	7	1,7	184	98,3	0,036
Secundaria	1789	86	3,8	1789	96,2	
Superior	323	18	8,5	305	91,5	
Nivel de pobreza						
Pobre	674	38	5,4	636	94,6	,391
No pobre	1711	73	4,0	1638	96,0	

Tabla N° 2b

Episodio depresivo según características socioeconómicas y demográficas

Características demográficas y socioeconómicas	Muestra	Con Episodio depresivo (n=111)		Sin Episodio depresivo (n=2278)		OR	IC(95%)
		N	%	N	%		
Sexo							
Femenino	1142	85	6,8	1057	92,6	3,4	1,7 - 6,8
Masculino	1247	26	2,1	1221	97,9		
Edad (años)							
15 a 17	1106	65	6,0	1041	94,1	2,1	1,2 - 3,7
12 a 14	1283	46	2,9	55	97,1		
Nivel de Instrucción							
Superior	323	18	8,5	305	91,5	2,5	1,1 - 6,2
Secundaria o menos	2066	93	4,5	1973	95,5		
Nivel de pobreza							
Pobre	674	38	5,4	636	94,6	1,4	0,7 - 2,8
No pobre	1711	73	4,0	1638	96,0		

Tabla N° 3

Episodio depresivo según satisfacción personal

Satisfacción con su ...	Muestra	Con Episodio depresivo (n=111)		Sin Episodio depresivo (n=2278)		p
		n	%	n	%	
Aspecto físico						
Nada o poco	141	13	7,3	128	92,7	,403
Regular	605	32	3,9	573	91,6	
Bastante o mucho	1641	66	4,3	1575	95,7	
Color de piel						
Nada o poco	136	17	10,4	119	89,6	,531
Regular	573	36	7,2	537	92,8	
Bastante o mucho	1674	58	3,0	1616	97,0	
Inteligencia						
Nada o poco	136	17	10,4	119	89,6	,002
Regular	573	36	7,2	537	92,8	
Bastante o mucho	1674	58	3,0	1616	97,0	
Condición socioeconómica						
Nada o poco	333	35	9,8	298	90,2	,002
Regular	926	37	4,8	889	95,2	
Bastante o mucho	1122	39	2,7	1083	97,3	
Profesión u oficio						
Nada o poco	9	0	0,0	9	100,0	,022
Regular	35	4	34,1	31	65,9	
Bastante o mucho	160	5	4,8	155	95,2	
Nivel educativo						
Nada o poco	183	11	4,2	172	95,8	,913
Regular	597	35	4,0	562	96,0	
Bastante o mucho	1605	64	4,5	1541	95,5	
Lugar de residencia						
Nada o poco	239	23	8,7	216	91,3	,045
Regular	557	27	4,3	530	95,7	
Bastante o mucho	1590	61	3,8	1529	96,2	

Tabla N° 4

Episodio depresivo según satisfacción con el trabajo

Satisfacción con ...	Muestra (n=260)	Con Episodio depresivo		Sin Episodio depresivo		p
		n	%	n	%	
Funciones que realiza						
Nada o poco	31	2	3,1	29	96,3	,523
Regular	72	5	3,7	67	96,3	
Bastante o mucho	155	7	1,8	148	98,2	
Ambiente físico						
Nada o poco	28	0	0,0	28	100,0	,574
Regular	101	9	3,3	92	96,7	
Bastante o mucho	125	5	2,1	120	97,9	
Compañeros de trabajo						
Nada o poco	19	0	0,0	19	100,0	,221
Regular	46	3	6,1	43	93,9	
Bastante o mucho	134	7	1,7	127	98,3	
Trabajo que desarrolla						
Nada o poco	46	2	1,8	44	98,2	,789
Regular	100	6	3,0	94	97,0	
Bastante o mucho	109	5	2,0	104	98,0	
Trato o reconocim. recibido						
Nada o poco	32	4	8,1	28	91,9	,047
Regular	52	2	1,3	50	98,7	
Bastante o mucho	129	7	2,1	122	97,9	
pago que recibe						
Nada o poco	53	3	3,6	50	96,4	,592
Regular	84	4	1,6	80	98,4	
Bastante o mucho	102	5	1,8	97	98,2	

Tabla N° 5

Episodio depresivo en relación a conductas antisociales

conductas antisociales	Muestra	Con Episodio depresivo (n=111)		Sin Episodio depresivo (n=2278)		OR	IC(95%)
		n	%	N	%		
Decir mentiras							
SI	514	41	6,4	473	93,6	1,68	0,92- 3,1
No	1874	70	3,9	1804	96,1		
Golpear a alguien menor							
SI	117	10	7,4	107	92,6	1,81	0,61-5,4
No	2270	101	4,2	2169	95,8		
Participar en peleas							
SI	360	26	6,2	334	93,8	1,56	0,77-3,2
No	2028	85	4,1	1943	95,9		
Participar en peleas (piedras, cuchillos,etc)							
SI	54	3	2,2	51	97,8	0,48	0,13-1,78
No	2334	108	4,4	2226	95,6		
Participar en peleas (armas de fuego)							
SI	5	0	0	5	100,0	1,61	0,49-5,3
No	2383	111	4,4	2272	95,6		
Es permitido robar							
SI	60	4	6,8	56	93,2	1,61	0,49-5,3
No	2328	107	4,3	2221	95,7		
Participado en robos							
SI	31	3	5,8	28	94,2	1,34	0,29-6,2
No	2354	108	4,4	2246	95,6		
Problemas por no pagar							
SI	90	6	4,9	84	95,1	1,13	0,37-3,5
No	2298	105	4,3	2193	95,7		

Tabla N° 6

Episodio depresivo en relación a psicopatía

Psicopatía	Con Episodio depresivo (n=111)		Sin Episodio depresivo (n=2278)		OR	IC(95%)
	Muestra	N	%	n		
Permisividad frente a la psicopatía						
Si	85	6	5,2	79	94,8	,730
No	2304	105	4,3	2199	95,7	
Prevalencia de vida de tendencias violentas						
Si	447	29	6,2	418	93,8	1,59
No	1941	82	4,0	1859	96,0	
Tendencias psicopáticas						
Si	888	57	4,6	831	95,4	1,090
No	1500	54	4,2	1446	95,8	

Tabla N° 7

Episodio depresivo según soporte familiar y social

Soporte familiar y social	Con Episodio depresivo (n=111)		Sin Episodio depresivo (n=2278)		p	
	Muestra	n	%	n		%
Apoyo paterno						
Nada o poco	437	37	8,30	400	91,70	,003
Regular	378	22	4,80	356	95,20	
Bastante o mucho	1455	43	3,00	1412	97,00	
Apoyo materno						
Nada o poco	134	119	8,90	15	91,10	,020
Regular	237	21	7,20	216	92,80	
Bastante o mucho	1976	72	3,80	1904	96,20	
Apoyo de hermanos						
Nada o poco	526	55	8,0	471	92,0	,029
Regular	591	20	3,0	571	97,0	
Bastante o mucho	1136	30	3,6	1106	96,4	
Apoyo de la pareja						
Nada o poco	71	65	8,0	6	92,0	,832
Regular	145	7	6,6	138	93,4	
Bastante o mucho	289	19	5,9	270	94,1	
Apoyo de amigos						
Nada o poco	725	40	4,8	685	95,2	,604
Regular	850	31	4,8	819	95,2	
Bastante o mucho	803	40	3,6	763	96,4	
Apoyo de maestros						
Nada o poco	430	26	5,6	404	94,4	,635
Regular	702	32	3,8	670	96,2	
Bastante o mucho	1124	45	4,6	1079	95,4	
Apoyo de vecinos						
Nada o poco	1718	84	4,2	1634	95,8	,944
Regular	487	20	4,9	467	95,1	
Bastante o mucho	182	7	4,3	175	95,7	

Tabla N° 8

Episodio depresivo actual según estresores psicosociales

Tensión provocada por ...	Muestra	Con Episodio depresivo (n=111)		Sin Episodio depresivo (n=2278)		p
		n	%	n	%	
El trabajo						
Poco o nada	165	7	1,9	158	98,1	
Regular	64	4	1,7	60	98,3	0,238
Bastante o mucho	35	3	5,9	32	94,1	
Los estudios						
Poco o nada	1173	37	3,9	1136	96,1	
Regular	568	33	5,1	535	94,9	0,647
Bastante o mucho	479	28	4,9	451	95,1	
Los hijos u otros parientes						
Poco o nada	1447	51	3,4	1396	96,6	
Regular	424	17	3,2	407	96,8	,006
Bastante o mucho	490	42	8,4	448	91,6	
La pareja						
Poco o nada	383	24	5,9	359	94,1	
Regular	90	6	6,0	84	94,0	0,620
Bastante o mucho	47	2	3,1	45	96,9	
Dinero						
Poco o nada	1485	54	3,7	1431	96,3	
Regular	574	18	2,0	556	98,0	0,000
Bastante o mucho	328	39	11,7	289	88,3	
La salud						
Poco o nada	1019	37	4,4	982	95,6	
Regular	489	28	4,2	461	95,8	0,975
Bastante o mucho	876	45	4,5	831	95,5	
Asuntos con la ley						
Poco o nada	1734	78	4,1	1656	95,9	
Regular	312	16	3,9	296	96,1	,425
Bastante o mucho	333	16	6,1	317	93,9	
El terrorismo						
Poco o nada	1001	37	3,8	964	96,2	
Regular	345	16	4,6	329	95,4	,704
Bastante o mucho	1037	57	4,8	980	95,2	
La delincuencia						
Poco o nada	610	16	3,3	594	96,7	
Regular	362	18	4,3	344	95,7	,632
Bastante o mucho	1416	77	4,9	1339	95,1	
El narcotráfico						
Poco o nada	745	24	4,0	721	96,0	
Regular	352	13	4,1	339	95,9	,847
Bastante o mucho	1287	74	4,7	1213	95,3	

Tabla N° 9

Episodio depresivo según trastornos psiquiátricos

Trastornos psiquiátricos	Muestra	Con Episodio depresivo (n=111)		Sin Episodio depresivo (n=2278)		OR	IC(95%)
		N	%	n	%		
Fobia social							
Si	62	18	25,3	44	74,7	8,4	3,7-19,0
No	2323	93	3,9	2230	96,1		
TAG							
Si	111	44	42,9	67	57,1	26,0	13,9-48,7
No	2274	67	2,8	2207	97,2		
Distimia (1 año a más)							
Si	17	7	24,4	10	75,6	7,300	1,9-27,5
No	2364	103	4,3	2261	95,7		
Bulimia nerviosa							
Si	4	2	62,4	2	37,6	37,4	4,1-343,9
No	2381	109	4,3	2272	95,7		

Tabla N° 10

Episodio depresivo en adolescentes según maltrato o abuso

Abuso o Maltrato	Muestra	Con Episodio depresivo (n=111)		Sin Episodio depresivo (n=2278)		OR	IC(95%) para OR
		N	%	N	%		
Abuso sexual							
Si	74	14	14,4	60	85,6	3,981	1,5 -10,5
No	2313	97	4,0	2216	96,0		
Maltrato físico							
Si	966	67	6,2	899	93,8	1,982	0,9 - 4,4
No	1422	44	3,3	1378	96,7		
Maltrato verbal							
Si	1309	86	6,6	1223	93,4	4,585	2,6 - 8,0
No	1079	25	1,5	1054	98,5		
Chantaje							
Si	305	33	12,0	272	88	3,921	2,3 - 6,8
No	2081	78	3,4	2003	96,6		
Abandono							
Si	228	32	12,8	196	87,2	4,100	1,9 - 8,9
No	2158	79	3,5	2079	95,6		

Tabla N° 11

Factores asociados al episodio depresivo actual en adolescentes (Regresión Logística)

Variables	OR	IC 95%	p
Edad por grupos			
De 15 a 17 años	2.03	0.82-5.03	0.126
De 12 a 14 años	1.00		
Sexo			
Femenino	3.63	1.11-11.85	0.033
Masculino	1.00		
Qué tanto te apoya tu papá?			
Nada o poco	0.97	0.42-2.21	0.678
Regular	0.67	0.24-1.78	
Bastante o mucho	1.00		
Qué tanto te apoya tu mamá?			
Nada o poco	1.63	0.58-4.53	0.226
Regular	1.88	0.84-4.19	
Bastante o mucho	1.00		
Maltrato sexual			
Si	0.96	0.33-2.75	0.935
No	1.00		
Maltrato verbal			
Si	5.06	1.73-14.84	0.003
No	1.00		
Maltrato por chantaje			
Si	1.59	0.69-3.66	0.274
No	1.00		
Maltrato por abandono			
Si	1.75	0.56-5.50	0.337
No	1.00		
Fobia social			
Si	5.38	2.19-13.20	0.000
No	1.00		
Trast. Ansiedad Generalizada			
Si	13.53	6.72-27.21	0.000
No	1.00		
Distimia			
Si	1.08	0.12-9.69	0.947
No	1.00		
Bulimia			
Si	6.96	1.71-28.34	0.07
No	1.00		

5. DISCUSIÓN

En el presente trabajo la prevalencia de episodio depresivo resultó ser de de 4,4% (IC: 3,2% - 5.9%); similar a la encontrada en otros estudios^{10,26}. Un metanálisis sobre las estimaciones de la prevalencia del trastorno depresivo (definido como todo trastorno depresivo, episodio depresivo mayor o trastorno depresivo mayor) en los niños y adolescentes nacidos entre 1965 y 1996 mostró una prevalencia de 5.7% (EE 0.3%) para los adolescentes²⁴. El estudio de prevalencia de episodio depresivo en adolescentes, realizado en Lima Metropolitana y Callao⁹ el 2002; revela una prevalencia mayor (8,6%) a la encontrada en este estudio; probablemente porque estas dos ciudades presentan mayor población migrante víctima del terrorismo; así como mayores índices de delincuencia, desempleo y pobreza.

Los factores que presentaron relación con episodio depresivo tanto en el análisis bivariado como en la regresión logística fueron: sexo femenino, haber sido víctima de maltrato verbal, presentar trastorno de ansiedad generalizada, fobia social y bulimia.

En cuanto a la edad, hay estudios epidemiológicos y clínicos que indican que un tercio de las adolescentes y un quinto de los adolescentes, experimentarán la ocurrencia de un desorden depresivo mayor al acercarse a los 19 años y reportarán un episodio depresivo entre el 7% y 9% al acercarse a los 14 años¹⁹. En cuanto al sexo, la mayor prevalencia en el sexo femenino es similar a la encontrada en otros estudios^{9,10, 25,26,27}. En el metanálisis²⁴ sobre estimaciones de la prevalencia del trastorno depresivo, anteriormente mencionado, se encontró una prevalencia estimada de 5.9% (EE: 0.3%) para el sexo femenino y 4.6% (EE: 0.3%) para el sexo masculino. Hay teorías tanto biológicas como psicosociales que pretenden explicar la mayor vulnerabilidad de las mujeres en la etapa adolescente^{21,22}. Entre las teorías psicosociales, se encuentra la

teoría de la intensificación del rol de género y la de la exposición diferencial al estrés y a diversas adversidades. La teoría de la intensificación de rol de género propone una intensificación de conducta congruente con el rol de género en la pubertad (como la pasividad, la dependencia, la impotencia y la emocionalidad para las mujeres) así como una intensificación de la socialización de género por parte de la familia y la sociedad, lo cual podría implicar menor libertad y mayor control sobre la adolescente mujer en una etapa donde buscan mayor autonomía. Esta intensificación del rol de género podría sofocar la autoestima, la percepción de competencia y generar riesgos para desarrollar trastornos afectivos y ansiosos. Por otra parte, existen diversas teorías biológicas que pretenden explicar las diferencias de sexo en relación con la expresión de la psicopatología. Una de ellas propone que una mayor vulnerabilidad al estrés en este grupo está relacionada con el aumento de estrógenos y progesterona en las mujeres durante la etapa adolescente. Dichas hormonas influyen en la reactividad del eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA), y en particular, en el mecanismo de retroalimentación negativa de cortisol haciéndolas más vulnerables al estrés^{10, 21, 22}

No se encontró una relación entre episodio depresivo y psicopatía o tendencias antisociales; en la literatura lo encontrado en relación a este punto es que cuando los adolescentes se involucran con personas con tendencias antisociales pueden sufrir mayor prevalencia de depresión²⁵

En cuanto a relaciones intrafamiliares; se ha encontrado que la depresión en adolescentes emerge y puede ser reforzada dentro del contexto de patrones de relación familiar disruptivos o perturbados, incluyendo pobre comunicación parento-filial, rechazo y desaprobación parental y baja cohesión familiar^{25,26,27}. Justamente, en cuanto

a la sensación de soporte familiar y social, algunas investigaciones han ilustrado consistentemente sobre la importancia de los padres en el funcionamiento psicosocial de sus hijos. Sin embargo, a diferencia de este estudio; la relación entre eventos de vida y comunicación con la madre indica la importante concurrencia del rol materno en la dinámica de la depresión en el adolescente⁹; a diferencia de lo obtenido en el presente estudio, en el cual el apoyo de ambos padres tuvo relación significativa con el episodio depresivo; pero el apoyo paterno tuvo mayor significancia; para dar una explicación más adecuada a este hecho sería importante conocer el comportamiento de esta variable en relación a cada una de las ciudades que comprenden el presente estudio.

En lo que se refiere al maltrato infantil, al igual que el presente estudio; varias investigaciones han mostrado que los niños que crecen en familias maltratadoras reportan con bastante frecuencia síntomas de depresión. Otros estudios han encontrado altos porcentajes de síntomas depresivos, conducta suicida y abuso de sustancias entre adolescentes que viven en las calles, a raíz de haber experimentado abuso físico y/o sexual dentro de su familia^{25,26,27}.

En relación a trastornos clínicos, se ha observado en estudios anteriores, mayor comorbilidad psiquiátrica en niños y adolescentes que en adultos. En un estudio con adolescentes de una población clínica, 90% de los que presentaban depresión experimentó algún trastorno comórbido. En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México¹⁰ se encontró que los deprimidos de inicio temprano tuvieron mayor probabilidad de presentar agorafobia, fobia social, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y dependencia a drogas, que los deprimidos con inicio en la etapa adulta^{9,26,27}.

Es importante mencionar las limitaciones de este estudio: 1) Se ha evaluado la prevalencia actual del episodio depresivo, pero no la prevalencia de vida; 2) No se han explorado antecedentes familiares de enfermedades mentales (sobre todo depresión), 6) Al ser un estudio transversal, es difícil precisar si algunas variables preceden o son posteriores al episodio depresivo.

6. CONCLUSIONES

- La depresión en adolescentes de Piura, Trujillo, Chimbote, Lima, Ica y Arequipa es similar a la encontrada en estudios de otros países.
- Los factores asociados que mejor predijeron el episodio depresivo fueron: sexo femenino, poco o nada apoyo paterno, presentar fobia social y trastorno de ansiedad generalizada; y haber sufrido de maltrato verbal

7. RECOMENDACIONES

- El presente estudio debe servir de base para realizar y mejorar los programas de prevención y abordaje temprano de la depresión y otras enfermedades mentales en nuestro país.
- Determinar la prevalencia de episodio depresivo en relación a las variables estudiadas en la presente investigación nos permitiría tener una mejor visión de los resultados obtenidos de manera general.
- Realizar estudios similares en otras ciudades del país.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Czernik, G Severidad depresiva en adolescentes de una escuela de formación profesional de la ciudad de Resistencia. Chaco, Argentina. CIMEL 2006 VOL. 11 N° 1
2. Medina, E et al Prevalencia de trastornos mentales y Uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica. Salud Mental 2003 ,Vol 26,N° 4
3. Vinaccia,S Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 años del oriente antioqueño a partir del “child depression inventory” -CDI Diversitas 2006v.2 n.2 Bogotá.
4. Restrepo, C et al Prevalencia de depresión y factores asociados en la población colombiana Revista Panamericana de Salud Publica. 16(6), 2004
5. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas, 1998-2001. Washington DC: OPS/OMS. 1998
6. Maddaleno,M et al La Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. Salud Pública de México 2003 Vol 45 supl 1
7. Fonseca P Reyes A Relación entre depresión en el adolescente y rendimiento académico Revista del Postgrado de Psiquiatría 2006
8. Del Barrio, V., Roa, ML., Olmedo, M., Colodron, F.(2002). Primera adaptación del CDI a la población española. *Acción Psicológica*, 3,263272

9. Vargas H, Tovar H, Valverde J Prevalencias y Factores Asociados con el episodio depresivo en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao. Rev Peruana de Epidemiología Vol 14 n° 2. 2010. Lima-Perú
10. Benjet, C Borges G La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento Salud pública de México 2004/ vol.46, no.5
11. Pérez M Depresión en adolescentes. Relaciones con el desempeño académico 2001 Psicol. educ. v.5 n.1
12. Dos Santos Palazzo L, et al Depresión en la adolescencia en centros de atención primaria: importancia de un problema oculto en salud colectiva Aten Primaria 2001. 28 (8)
13. Cova F, Rincòn P Prevalencia de trastornos depresivos e impedimento asociado en adolescentes de sexo femenino Rev Chil Pediatr 2008; 79 (6)
14. Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002. Informe General. Anales de Salud Mental 2002; XVIII (1-2)
15. Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2003. Informe General. Anales de Salud Mental 2003; XIX (1-2)
16. Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2005. Informe General. Anales de Salud Mental 2002; XXI(1-2)

17. Ramírez, F. Sintomatología depresiva en adolescentes mujeres: prevalencia y factores de relación interpersonal asociados. Revista Peruana de Epidemiología. 2010 Vol 14 N° 1
18. Gaviria, S Rodríguez, M Calidad de la relación familiar y depresión en estudiantes de medicina de Medellín, Colombia 2000 Revista chilena de neuropsiquiatría. 2000 v.40 n.1
19. Castro Morales, Jorge. Psiquiatría de Niños y Adolescentes. Primera edición. Ed. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima. 2009 pp.299-308
20. Hales, Robert. Yudofsky, Stuar. Gabbard, Glen. Tratado de Psiquiatría Clínica. Quinta edición. Ed. Elsevier. Barcelona. 2009 pp.437-459
21. Parmelee, Dean. Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Ed. Hacourt Brace. Madrid. 1998. pp. 121-132
22. Soutullo Esperón, César. Mardomingo Sanz, María. Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Ed. Panamericana. Buenos Aires. 2010. pp.145-162
23. Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2006. Informe General. Anales de Salud Mental 2007; XXIII(1-2)
24. Costello JE et al Is there an epidemic of child or adolescent depression? Journal Child Psychol Psychiatry. 2006;47(12):1263-71
25. Morla R. et al Depresión en adolescentes y desestructuración familiar en la ciudad de Guayaquil, Ecuador. Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. XXXV / No. 2 / 2006

26. Leyva, R et al Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social 2007; 45 (3): 225-232
27. Silva H. Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. Revista chilena de neuropsiquiatría. Vol. 40 supl. 1Santiago. 2002