



Revista Peruana de Investigación en Salud

ISSN: 2616-6097

ISSN: 2616-6097

repisunheval@gmail.com

Universidad Nacional Hermilio Valdizán

Perú

Bustillos-Cotrado, Anthony; Laguna-León, Edgard

**DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN ADOLESCENTES
DE UN COLEGIO DE LA CIUDAD DE HUÁNUCO, PERÚ.**

Revista Peruana de Investigación en Salud, vol. 2, núm. 2, 2018, Julio-Diciembre, pp. 10-15

Universidad Nacional Hermilio Valdizán

Perú

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=635767693002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UNEN
redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN ADOLESCENTES.

Bustillos-Cotrado, Anthony^{1,a}, Laguna-León, Edgard^{2,a}

ABSTRACT

Introduction: The objective of the present study was to determine the relationship between depression and three associated factors (family dysfunction, distorted body image and bullying) in adolescents from a school of Huánuco City in Peru, October 2016. **Methods:** Cross-sectional analytic study in a stratified random sample of 169 adolescents who were in third to fifth grades of high school. Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS) was applied to measure dependent variable and other questionnaires were applied for associated factors. **Results:** 18,9% of the students presented depression; family dysfunction was observed in 75,7%; 68% presented distorted body image; 18,9% showed bullying; 5,7% of the men and 22,4% of the women evidenced depression. The following associated factors presented a meaningful connection with depression: family dysfunction ($p=0,037$), distorted body image ($p=0,020$) and gender ($p=0,028$). **Conclusions:** This study showed that an important percentage of adolescents suffer depression. The most outstanding associated factors were distorted body image and family dysfunction. No significant relationship between depression and bullying was found.

Key words: Depression, Adolescent, Family conflict, Body image, Bullying.

RESUMEN

Introducción: El objetivo del presente estudio fue Determinar la relación entre depresión y tres factores asociados (disfunción familiar, imagen corporal distorsionada y acoso escolar) en los adolescentes de un colegio secundario de la Ciudad de Huánuco en Perú, en octubre del 2016. **Métodos:** Estudio analítico transversal en una muestra aleatoria estratificada de 169/203 adolescentes del tercero al quinto grado de secundaria. Se aplicó la Escala de Depresión en Adolescentes de Reynolds (EDAR) para medir la variable dependiente y otros cuestionarios, para los factores asociados. **Resultados:** El 18,9% de los estudiantes presentó depresión; la disfunción familiar se encontró en 75,7%; el 68% presentó imagen corporal distorsionada; el 18,9% manifestó Bullying; se evidenció depresión en 5,7% de los varones y en 22,4% de las mujeres. Los siguientes factores asociados presentaron relación significativa con depresión: disfunción familiar ($p=0,037$), imagen corporal distorsionada ($p=0,020$) y género ($p=0,028$). **Conclusiones:** El estudio identificó un porcentaje importante de adolescentes que padecen depresión. Sobresalieron la imagen corporal distorsionada y la disfunción familiar como factores asociados. No se encontró ninguna relación entre depresión y acoso Escolar.

Palabras Claves: Depresión, Adolescente, Conflicto familiar, Imagen corporal, Acoso Escolar.

¹Centro de Salud Utao. Churubamba, Huánuco.

²Centro de Salud Santa Lucia. Tocache, San Martín.

^a Médico Cirujano

Correspondencia a:

Edgard Laguna León

edd_183@gmail.com

Fecha de recepción: 10 de junio del 2018.

Fecha de aprobación: 20 de noviembre del 2018.

Citar como:

Bustillos-Cotrado, A., Laguna-León, E.

Depresión y Factores Asociados en

Adolescentes. Rev Peru Investig Salud.

2018;2(2):10-15



2616-6097/©2018. Revista Peruana de Investigación en Salud. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Permite copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato. Usted debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia incluye al grupo etario de 10 a 19 años y presenta múltiples cambios fisiológicos, psicológicos y sociales. La depresión representa un problema de salud pública por sus repercusiones a nivel familiar, social y escolar. Los trastornos depresivos surgen con mayor frecuencia en esta población, afectan la calidad de vida y producen pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, entre otras alteraciones¹.

La capacidad de la familia para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis emergentes, determina su funcionalidad². Algunas investigaciones disponibles reportan mayor riesgo de síntomas depresivos en hogares disfuncionales³.

Una imagen corporal distorsionada no coincide con la complejidad real y puede desencadenar depresión, ansiedad, trastornos alimentarios y trastorno dismórfico corporal^{4,5}.

El Bullying o maltrato entre pares, expresa intimidación, acoso, agresión o violencia interpersonal en aulas de estudio; los adolescentes agredidos presentan mayor prevalencia de trastornos psicosomáticos, síndrome depresivo, ideación e intento suicidas⁶.

A pesar de las recientes investigaciones en génesis de la depresión, aún quedan incógnitas por resolver⁷.

El propósito del presente estudio fue determinar la relación entre depresión y tres factores asociados: disfunción familiar, imagen corporal distorsionada y bullying en los adolescentes de la Institución Educativa Emblemática Nuestra Señora de las Mercedes de la Ciudad de Huánuco.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, analítico de corte transversal, recolectándose datos de la Institución Educativa Nuestra Señora de las Mercedes, ciudad de Huánuco, Perú, durante octubre del año 2016.

El estudio fue aprobado por el comité de ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, en Huánuco, Perú.

Los padres y/o apoderados firmaron el consentimiento informado para que sus hijos puedan ser incluidos en el estudio. La población fue de 735 estudiantes que cursaban los grados tercero, cuarto y quinto del nivel secundario. 169

adolescentes, de 13 a 19 años de edad, fueron seleccionados mediante muestreo aleatorio estratificado por grado escolar.

La asistencia regular al colegio fue consignada como criterio de inclusión. La respuesta parcial e incompleta de los instrumentos se estableció como criterio de exclusión.

Cuestionario. El instrumento construido se proporcionó a cuatro expertos en psiquiatría y psicología para conocer su opinión y obtener sugerencias. La encuesta, anónima y autoadministrada, incluía 52 ítems dispuestos en cinco secciones: datos generales y cuatro pruebas para valorar la funcionalidad familiar, la percepción de imagen corporal, el entorno escolar y el estado de ánimo en los participantes; el último apartado emplea la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR).

El APGAR familiar (Smilkstein, 1978) incorpora cinco ítems y evalúa la percepción del funcionamiento familiar. La versión peruana presentó una moderada validez interna (alfa de Cronbach de 0,785)⁸. Un puntaje menor a 17 define un hogar disfuncional⁹.

La escala de siluetas (Thompson y Gray, 1995), integrada por nueve figuras masculinas y nueve figuras femeninas con un incremento progresivo de la complexión, presenta una confiabilidad test-retest (coeficiente de Pearson) de 0,78. Se considera imagen corporal distorsionada con al menos una silueta subestimada o dos siluetas sobreestimadas¹⁰.

La escala de bullying es la adaptación de un instrumento peruano previo (Oliveros, 2007) con una consistencia interna (coeficiente de Kuder y Richardson) de 0,73.¹¹ Para el diagnóstico de bullying fueron necesarias al menos dos respuestas afirmativas de los nueve ítems seleccionados, extraídos y modificados¹².

La EDAR (Reynolds, 2002) contiene 30 ítems y determina los niveles clínicos relevantes de sintomatología depresiva en adolescentes. Los coeficientes alfa obtenidos por encima de 0,87, demostraron la consistencia interna en la adaptación peruana¹³. El punto de corte para establecer depresión es 66 en la versión española¹⁴.

Procedimiento. Se aplicó la encuesta, con indicaciones y recomendaciones verbales, durante 20 minutos en promedio; luego se registraron el peso y la estatura de los participantes mediante una báscula electrónica y una barra graduada en centímetros.

Análisis estadístico. Los datos recolectados fueron almacenados y procesados en el programa Microsoft Excel versión 2013 y para su análisis respectivo se utilizó el programa estadístico SPSS versión 15. Se realizó el análisis univariado calculándose proporciones, porcentajes, media y desviación estándar en función del tipo de variable. Para establecer la relación entre variables (Análisis bivariado) se utilizó la prueba **de Chi cuadrado, con un nivel de significancia estadística de $\alpha = 0.05$** . Se utilizaron los programas estadísticos SPSS versión 15.0, EPIDAT versión 3.1 y STATA versión 12.

RESULTADOS

Los resultados corresponden a 169 adolescentes escolares. De los cuales 134 (79%) eran mujeres, con una edad promedio de 14,42 años (13 a 19 años), las características demográficas pueden encontrarse en la [Tabla 1](#).

Tabla 1. Características demográficas.

Característica	Frecuencia	Porcentaje	\bar{x}	D.S.
EDAD (años)				
13 a 15	72	42,6	14,32	0,60
16 a 19	97	57,4	16,46	0,66
PESO (kilogramos)				
30,0 a 49,9	56	33,1	45,56	3,38
50,0 a 59,9	90	53,3	54,24	2,92
60,0 a 79,9	23	13,6	64,71	4,49
TALLA (metros)				
1,40 a 1,59	122	72,2	1,52	0,04
1,60 a 1,79	47	27,8	1,65	0,04
IMC (kg/m²)				
16,0 a 18,4	15	8,9	17,45	0,69
18,5 a 24,9	137	81,1	21,61	1,69
25,0 a 29,9	16	9,5	26,71	1,35
Mayor a 30	1	0,6	32,53	0,00
GÉNERO				
Femenino	134	79,3		
Masculino	35	20,7		
GRADO				
Tercero	46	27,2		
Cuarto	60	35,5		
Quinto	63	37,3		

Las características de estado de ánimo y sus factores se encuentran en la [Tabla 2](#).

Tabla 2. Características clínicas.

Característica	Frecuencia	Porcentaje
ESTADO DE ÁNIMO		
No deprimido	137	81,1
Deprimido	32	18,9
FUNCIONALIDAD FAMILIAR		
Normal	41	24,3
Disfuncional	128	75,7
PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL		
Normal	54	32,0
Distorsionada	115	68,0
ENTORNO ESCOLAR		
Normal	137	81,1
Bullying	32	18,9

Tabla 3. Análisis bivariado.

Variables	ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO				
	Si	No	Chi	RP	p
PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL					
Normal	16	38	4,934	0,470	0,0204 IC 95% 0,25-0,87
	29,6%	70,4%			
Distorsionada	16	99			
	13,9%	86,1%			
FUNCIONALIDAD FAMILIAR					
Normal	3	38	3,813	3,096	0,0376 IC 95% 0,99-9,64
	7,3%	92,7%			
Disfuncional	29	99			
	22,7%	77,3%			
GÉNERO					
Masculino	2	33	3,999	3,918	0,0280 IC 95% 0,98-15,61
	5,7%	94,3%			
Femenino	30	104			
	22,4%	77,6%			
ENTORNO ESCOLAR					
Normal	23	114	1,496	1,675	0,2078 IC 95% 0,86-3,27
	16,8%	83,2%			
Bullying	9	23			
	28,1%	71,9%			

La relación entre el género y la depresión en adolescentes fue estadísticamente significativa ($p=0,028$). En relación a la disfunción familiar y la depresión en adolescentes se encontró 41 (24,3%) adolescentes sin disfunción familiar y 128 (75,5%) adolescentes con disfunción familiar. Entre estas variables se encontró asociación estadísticamente significativa ($p=0,037$). Con respecto a la percepción de imagen corporal y la depresión en adolescentes se encontró 54 (32%) adolescentes sin alteración de la percepción y 115 (68%) adolescentes con alteración de la percepción de imagen, con asociación estadísticamente significativa ($p=0,020$), el resto de asociación puede encontrarse en la [Tabla 3](#).

DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó en adolescentes del tercero al quinto nivel de educación secundaria de la institución educativa Nuestra Señora de las Mercedes de Huánuco en octubre del 2016 con el objetivo de hallar asociación entre la disfunción familiar, la imagen corporal y el bullying en la depresión de los adolescentes.

La asociación entre depresión y disfunción familiar en los adolescentes evaluados en el presente estudio ha sido significativa. Manczak¹⁵ realizó un estudio en 261 padres de adolescentes en el cual encontró que ser padre o madre única y una familia disfuncional son factores de riesgo para que el adolescente desarrolle depresión. Laukkanen¹⁶ y Guile¹⁷ estudiaron el rol que juega la estructura familiar en el desarrollo del tratamiento de adolescentes hospitalizados por depresión concluyendo que un hogar disfuncional es un factor de riesgo para depresión en adolescentes. Katie Cry y colaboradores¹⁸ realizaron un estudio en el cual la victimización de los adolescentes por parte de sus padres hace que estos desarrollen depresión en la adultez joven. Por otro lado, Stapinski¹⁹ y Rice²⁰ también estudiaron de forma similar los factores de riesgo entre ellos la disfunción familiar y concluyeron en sus respectivos estudios que un hogar disfuncional está asociado a desarrollar ansiedad y depresión en edad adulta y menciona que hay una sobreestimación de depresión en la adolescencia.

La asociación entre depresión e imagen corporal en los adolescentes evaluados en el presente estudio ha sido significativa. You et al.²¹ investigaron la asociación entre imagen corporal y depresión en una muestra de 3658 adolescentes de Korea del Sur (varones 53,4%), encontrando

efectos significativos y recomendaron enfocar futuros estudios según los resultados. Huas y su equipo²² realizaron un estudio en 39 542 adolescentes de 17 años de edad en Francia y concluyeron que a mayor depresión hay mayor distorsión entre el Índice de masa corporal y la percepción del peso, los adolescentes obtuvieron puntajes más altos en depresión.

Por otro lado, Brausch²³ investigó los factores de riesgo para ideación suicida en una muestra de 392 adolescentes (varones 51.9%, mujeres 48%) y entre sus resultados, la satisfacción corporal no guarda asociación con la depresión.

La asociación entre depresión y bullying en los adolescentes evaluados en nuestro estudio no fue significativa. Maria Tfofi²⁴ en su estudio de bullying y desarrollo de depresión concluyó que ser víctima de bullying en la adolescencia está asociado con el desarrollo de depresión en la edad de adulto joven, en otro estudio esta misma autora²⁵ buscó las posibles consecuencias de sufrir de bullying durante la adolescencia concluyendo que el padecer de bullying en la adolescencia tienen 2 veces más riesgo de desarrollar depresión en una edad adulta. Ryoo y colaboradores²⁶ realizaron un estudio longitudinal donde encontraron que padecer de bullying en la adolescencia está asociado a desarrollar depresión 6 años después del incidente. Estos estudios demuestran que el padecer de bullying no está desarrollado con depresión adolescente, pero si en una edad adulta.

Brunstein Klomek et al.²⁷ realizaron un estudio multicéntrico en 10 países de Europa en el cual los adolescentes con bullying severo están asociados con depresión de grado mayor en el cual se pueden auto infligir daño. Kaltiala-Heino et al.²⁸ realizaron una revisión sistemática en la cual demostraron asociación concurrente entre el bullying y depresión en ese mismo lapso de tiempo. Wen CW et al.²⁹ realizó en Taiwan un estudio transversal en el que encontró que las víctimas de bullying tenían mayor frecuencia de comportamientos defensivos que los espectadores, un mayor comportamiento de defensa se asoció con mayor ansiedad social y síntomas depresivos.

CONCLUSIONES

Nuestro estudio identificó un porcentaje importante de adolescentes que padecen depresión, encontrando que la imagen corporal distorsionada y la disfunción familiar son importantes factores asociados para el desarrollo de depresión en adolescentes.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno declarado por los autores.

AGRADECIMIENTO

A la Institución Educativa Emblemática Nuestra Señora de las Mercedes de Huánuco.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rivera-Rivera L, Rivera-Hernández P, Pérez-Amezcu B, Leyva-López A, de Castro F. Factores individuales y familiares asociados con sintomatología depresiva en adolescentes de escuelas públicas de México. *Salud Publica Mex*; 2015, 57:219-26.
2. Zapata-Gallardo JN, Figueroa-Gutiérrez M, Méndez-Delgado N, Miranda-Lozano VM, Linares-Segovia B, Carrada-Bravo T, et al. Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia. *Bol Med Hosp Infant Mex*; 2007, 64(5):295-301.

3. Cogollo Z, Gómez E, De Arco O, Ruiz I, Campo-Arias A. Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia. *Rev Colomb Psiquiat*; 2009, 38(4):637-44.
4. Rueda-Jaimes G, Camacho P, Flórez S, Rangel A. Validez y confiabilidad de dos escalas de siluetas para valorar la imagen corporal en estudiantes adolescentes. *Rev Colomb Psiquiat*; 2012; 41(1):101-10.
5. Prieto A, Muñoz-Najar A. Bienestar subjetivo e imagen corporal en estudiantes universitarias de Arequipa. *Liberabit. Revista de Psicología*; 2015, 21(2):321-8.
6. Romaní F, Gutiérrez C, Lama M. Auto-reporte de agresividad escolar y factores asociados en escolares peruanos de educación secundaria. *Rev Peru Epidemiol*; 2011, 15(1):118-25.
7. González-Forteza C, Hermosillo AE, Vacio-Muro MA, Peralta R, Wagner FA. Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Bol Med Hosp Infant Mex*; 2015, 72(2):149-55.
8. Castilla HA, Caycho TP, Shimabukuro M, Valdivia AA. Percepción del funcionamiento familiar: Análisis psicométrico de la Escala APGAR-familiar en adolescentes de Lima. *Propósitos y Representaciones*; 2014, 2(1):49-63.
9. Suarez MA, Alcalá M. APGAR familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Rev Med La Paz*; 2014, 20(1):53-7.
10. Escoto M, Camacho EJ, Rodríguez G, Mejía J. Programa para Modificar Alteraciones de la Imagen Corporal en Estudiantes de Bachillerato. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*; 2010, 1(2):112-8.
11. Oliveros M, Barrientos A. Incidencia y factores de riesgo de la intimidación (bullying) en un colegio particular de Lima-Perú, 2007. *Rev peru pediatri*; 2007, 60(3):150-5.
12. Amemiya I, Oliveros M, Barrientos A. Factores de riesgo de violencia escolar (bullying) severa en colegios privados de tres zonas de la sierra del Perú. *An Fac med*; 2009, 70(4):255-8.
13. Ugarriza N, Escurra M. Adaptación psicométrica de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) en estudiantes de secundaria de Lima metropolitana. *Persona*; 2002, (5):83-130.
14. Figueras-Masip A, Amador-Campos JA, Perú-Cebollero M. Características psicométricas de la Reynolds Adolescent Depression Scale en población comunitaria y clínica. *International Journal of Clinical and Health Psychoogy*; 2008, 8(1):247-66.
15. Manczak E, Williams D, Chen E. The Role of Family Routines in the Intergenerational Transmission of Depressive Symptoms between Parents and their Adolescent Children. *J Abnorm Child Psychol* 2016.
16. Laukkanen M, Hakko H, Riipinen P, Riala K. Does Family Structure Play a Role in Depression in Adolescents Admitted to Psychiatric Inpatient Care? *Child Psychiatry Hum Dev*; 2016, 47(6):918-924.
17. Guilé J, Huynh C, Breton J, De La Rivière S, Berthiaume C, St-Georges M, et al. Familial and clinical correlates in Depressed adolescents with Borderline Personality Disorder Traits. *Front Pediatr*; 2016; 2016(4):87.
18. Cry K, Clément M. and Chamberland C. Lifetime prevalence of multiple victimizations and its impact of children's Mental Health. *J interpers violence* 2014 29:616
19. Stapinski L, Bowes L, Wolke D, Pearson R, Mahedy L, Button K, et al. Peer victimization during adolescence and Risk for anxiety disorders in adulthood: A prospective cohort study. *Depress Anxiety*. 2014 31(7):574-582.
20. Rice S, Halperin S, Blaikie S, Monson K, Stefaniak R, Phelan M, et al. Integrating family work into the treatment of young people with severe and complex depression: a developmentally focused model. *Early Interv Psychiatry*. 2018 Apr;12(2):258-266.
21. You S, Shin K, Kim A. Body Image, Self-Esteem, and Depression in Korean Adolescents. *Child Ind Res* (2017) 10: 231.
22. Huas C, Speranza M, Barry C, Hassler C, Moro M, Falissard B, Revah-Levy A. Being or Feeling the Right Weight: A Study of Their Interaction with Depression among Adolescents. *Adolescent Psychiatry*, 2014, 4, 177-184.
23. Brausch A, Decker K. Self-Esteem and Social Support as Moderators of Depression, Body Image, and Disordered Eating for Suicidal Ideation in Adolescents. *J Abnorm Child Psychol*. 2014;42(5):779-89.
24. Tfofi M. Adolescent bullying linked to depression in early adulthood. *BMJ* 2015; 350.
25. Tfofi M, Farrington D, Losel F and Loeber R. Do the victims of school bullies tend to become depressed later in life? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of aggression, conflict and peace research*.2011; 3(2):63-73.
26. Ryoo J, Wang C and Swearer S. Examination of the Change in Latent Statuses in Bullying Behaviors Across Time. *School Psychology Quarterly*; 2015, 30(1): 105-22.

27. Brunstein Klomek A, Snir A, Apter A, Carli V, Wasserman C6, Hadlaczky G et al. Association between victimization by bullying and direct self-injurious behavior among adolescence in Europe: a ten-country study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*; 2016. 25(11):1183-93.
28. Kaltiala-Heino R and Fröjd S. Correlation between bullying and clinical depression in adolescent patients. *Adolesc Health Med Ther*; 2011, 25(2):37–44.
29. Wu W, Luu S and Luh L. Defending behaviors, bullying roles, and their associations with mental health in junior high school students: a populationbased study. *BMC Public Health* ;2016.16(1):1066.