

**Revista de  
Neuro - Psiquiatría**

REVISTA - REVISTA CIENTÍFICA

Revista de Neuro-Psiquiatría

ISSN: 0034-8597

revista.neuro.psiquiatria@oficinas-upch.pe

Universidad Peruana Cayetano Heredia  
Perú

Vargas, Horacio B.; Tovar, Héctor; Valverde, José M.

Prevalencia y factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de la población urbana de  
tres ciudades de la Sierra Peruana 2003.

Revista de Neuro-Psiquiatría, vol. 73, núm. 3, 2010, pp. 84-94

Universidad Peruana Cayetano Heredia

Lima, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372036931005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](http://redalyc.org)

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# Prevalencia y factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de la población urbana de tres ciudades de la Sierra Peruana 2003.

Prevalence and associated factors with a depressive episode in adolescents from the population of three cities of the Peruvian Andes

Horacio B. Vargas<sup>1</sup>, Héctor Tovar<sup>2</sup>, José M. Valverde<sup>3</sup>

## RESUMEN

La depresión en adolescentes constituye un problema de salud pública por su frecuencia creciente y sus consecuencias. **Objetivo:** Determinar las prevalencias y los factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de las ciudades de Cajamarca, Huaraz y Ayacucho. **Material y Métodos:** Estudio epidemiológico de corte transversal, con muestreo probabilístico trietápico por conglomerados. Se usó la base de datos del Estudio Epidemiológico en Salud Mental de la Sierra Peruana 2003. La población estudiada comprendió a los residentes de 12 a 17 años. Se utilizaron cuestionarios para medir variables demográficas y socioeconómicas, aspectos generales de salud mental, trastornos clínicos y relaciones intrafamiliares. Se ajustaron modelos de regresión logística múltiple. **Resultados:** La prevalencia de episodio depresivo en adolescentes fue 5,7% (IC 95%: 4,5%-7,2%), observándose según el análisis multivariado, asociaciones estadísticamente significativas con: sexo femenino (OR: 2,7, IC 95%: 1,4-5,2), haber tenido enamorado(a) (OR: 2,3, IC 95%: 1,2-4,1), síndrome psicótico (OR: 5,3, IC 95%: 2,2-13,2) y deseos de morir (OR: 3,2, IC 95%: 1,8-5,8). **Conclusiones:** La prevalencia de episodio depresivo en adolescentes de las tres ciudades estudiadas fue similar a la encontrada en otros países. Los factores asociados que mejor predijeron el episodio depresivo fueron: sexo femenino, haber tenido enamorado(a), síndrome psicótico y deseos de morir alguna vez en la vida; los cuales podrían ser evaluados como factores de riesgo en estudios posteriores. (*Rev Neuropsiquiatr 2010;73:84-94*).

**PALABRAS CLAVE:** Depresión, adolescencia, prevalencia, factores asociados.

## SUMMARY

Adolescent depression is a public health problem due to its increasing frequency and consequences. **Objective:** To determine the prevalence of depressive episode and associated factors in adolescents from the cities of Cajamarca, Huaraz and Ayacucho. **Material and Methods:** Cross sectional study with three-stage cluster probability sampling.

<sup>1</sup> Psiquiatra de niños y adolescentes. Profesor asociado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia". Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi. Lima, Perú.

<sup>2</sup> Psiquiatra de Niños y Adolescentes. Profesor asociado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Magíster en Docencia Universitaria. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi". Lima, Perú.

<sup>3</sup> Psiquiatra de niños y adolescentes. Profesor asociado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Doctor en Medicina. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi". Lima, Perú.

We used the database of the Mental Health Epidemiological Study from the Peruvian Andes 2003. The population from 12 to 17 years old was assessed. Questionnaires were used to measure demographic and socioeconomic variables, general mental health, mental disorders and domestic relationships. We adjusted multiple logistic regression models. **Results:** Prevalence of depressive episode in adolescents was 5.7% (IC 95%: 4.5%-7.2%). We observed by multivariate analysis, statistically significant associations with: female gender (OR: 2.7, IC 95%: 1.4-5.2), having had a boyfriend or girlfriend (OR: 2.3, IC 95%: 1.2-4.1), psychotic syndrome (OR: 5.3, IC 95%: 2.2-13.2) and the wish to die (OR: 3.2, IC 95%: 1.8-5.8). **Conclusions:** Prevalence of depressive episode in adolescents in these three cities was similar to those reported in adolescents in other countries. Associated factors that best predicted depressive episode were female gender, having had a boyfriend or girlfriend, psychotic syndrome and wish to die, which should be evaluated as risk factors in future studies. (*Rev Neuropsiquiatr 2010;73:84-94*).

**KEY WORDS:** Depression, adolescents, prevalence, associated factors.

## INTRODUCCIÓN

La depresión en adolescentes es una condición común, crónica, recurrente y de tendencia familiar que usualmente persiste en la adultez (1). Se considera la posibilidad de que aquella que se inicia en la infancia o la adolescencia sea una forma más severa del trastorno (2).

Actualmente, la depresión en adolescentes se puede diagnosticar siguiendo los mismos criterios usados en los adultos. Para hacer el diagnóstico se pueden utilizar los sistemas de clasificación más empleados, como el DSM IV – TR (3) y el ICD 10 (4). En términos generales, según el DSM IV-TR, la depresión puede dividirse de acuerdo a sus características clínicas en diferentes trastornos depresivos como: depresión mayor, distimia y otros trastornos depresivos. En el ICD-10, no se emplea el término “depresión mayor” y se describe un cuadro equivalente llamado “episodio depresivo” (cuando hay un sólo episodio) o trastorno depresivo recurrente (cuando hay más de un episodio).

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 que derivan de esta (5). Diferentes estudios a lo largo de los años, han estimado una prevalencia actual de depresión mayor (equivalente al episodio depresivo) en adolescentes que fluctúa entre 0,4% a 8,3% y una prevalencia a lo largo de la vida entre 15% y 20% (1,6-8). Estudios clínicos y epidemiológicos reportan una mayor prevalencia en adolescentes mujeres que en varones (1,9).

La presencia de sintomatología depresiva elevada en adolescentes está asociada con morbilidad

significativa, incluyendo abuso de sustancias psicoactivas (1,10,11), fracaso escolar (1,9,11), alteraciones de la conducta (conductas antisociales, delictivas, agresivas y promiscuas) (11), disfunción psicosocial (1,11,12) e ideación suicida (1,11,13), así como depresión mayor en la adultez (14).

El contexto familiar en el adolescente parece jugar un papel importante en el desarrollo de depresión, siendo los factores asociados más frecuentes: los conflictos conyugales o las dificultades emocionales entre uno de los padres y el adolescente (15-17). Son también factores asociados con la depresión, las distintas formas de maltrato como el abuso físico, emocional, sexual y la negligencia en el cuidado, así como los eventos vitales negativos, el divorcio o separación conflictiva de los padres, la pérdida de amistades y la muerte de un familiar o amigo (15-17).

La depresión en adolescentes se asocia también con la existencia de conflictos interpersonales y de rechazo de diferentes miembros de su entorno social, lo que incrementa los problemas de relación social. De esta manera, los adolescentes con pocos amigos presentan una mayor probabilidad de desarrollar depresión, así como trastornos de conducta y mayor aislamiento social (15). Otros factores también asociados con un número mayor de síntomas depresivos son el vivir en estructuras familiares diferentes de las de los padres biológicos, problemas de salud en los adolescentes, o una mala adaptación a la familia, amigos, escuela, trabajo y pareja (18).

El informe general del Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental (EEMSM), realizado en Lima y Callao el 2002, reportó una prevalencia de episodio depresivo en adolescentes de 8,6% (6,7% a 11,1% IC 95%) (19). Sin embargo, no se presentó un

análisis comparativo con las prevalencias encontradas en otros lugares, ni tampoco se reportó la distribución de las prevalencias del episodio depresivo según variables sociodemográficas, socioeconómicas, psicosociales y clínicas. El informe general del Estudio Epidemiológico en Salud Mental de la Sierra Peruana (EESMSP) 2003, reportó una prevalencia de episodio depresivo en adolescentes de 5,7% (4,5% a 7,2% IC 95%) (20). Sin embargo, tampoco se presentó un análisis comparativo con las prevalencias encontradas en otros lugares, ni tampoco se reportó la distribución de las prevalencias del episodio depresivo según variables sociodemográficas, socioeconómicas, psicosociales y clínicas.

El objetivo de este estudio fue determinar las prevalencias y los factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de la población urbana de tres ciudades de la sierra peruana (Cajamarca, Huaraz y Ayacucho), tomando en cuenta que no se había realizado antes del 2003, un estudio epidemiológico amplio en estas tres ciudades de la sierra, que examine este trastorno en adolescentes. El propósito del estudio fue contribuir con los resultados al desarrollo de proyectos, programas, planes y políticas de salud mental que permitan la detección temprana y el tratamiento precoz del episodio depresivo en adolescentes dentro de grupos vulnerables.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de corte transversal, de muestreo probabilístico trietápico por conglomerados. Este estudio fue parte del EESMSP 2003 (20). La población de estudio comprendió aquella que reside permanente o habitualmente en las viviendas particulares del área urbana de las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz, refiriéndose a sus ocupantes entre las edades de 12 a 17 años. Estas tres ciudades fueron consideradas prototipo para el desarrollo de la investigación considerándolas como tres grupos culturales diferenciados y que han experimentado procesos sociales diferentes en los últimos 25 años.

Los niveles de inferencia, marco muestral, unidades de muestreo, estratificación de las unidades de muestreo, tipo de muestreo y el cálculo del tamaño de la muestra están referidos en el informe general del EESMSP 2003 (20). La unidad de análisis fue el adolescente de 12 a 17 años. Los procedimientos de selección de la muestra también figuran en el documento anteriormente citado.

Se usaron como criterios de inclusión: Adolescentes entre 12 y 17 años con capacidad de comprender el español perfectamente, sin problemas que impidan la comunicación. En caso de problemas mentales moderados o severos que impidieran la comunicación directa con la persona, se procedió a una entrevista indirecta con el jefe del hogar.

Para el presente estudio se utilizaron las siguientes variables: episodio depresivo (medido con una adaptación de la Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) (21), utilizando criterios de Investigación del CIE-10, en una escala nominal), variables demográficas y socioeconómicas (edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, nivel socioeconómico), aspectos generales de salud mental (dinámica familiar, estrés ambiental, estrés psicosocial, tendencias antisociales, salud psicológica, satisfacción laboral, satisfacción personal, uso de sustancias, uso del tiempo libre), trastornos clínicos (trastornos adictivos, trastornos de ansiedad, trastornos de la alimentación y trastornos psicóticos) y relaciones intrafamiliares (estilos parentales, violencia a los niños, violencia física, violencia por abandono, violencia psicológica y violencia sexual). Las definiciones operacionales y las escalas de medición figuran en el informe general del EEMSM 2003 (20).

Se confeccionaron 9 módulos que cubrían las distintas áreas. Estos cuestionarios fueron elaborados a partir de la experiencia de los investigadores de los equipos especializados en las distintas áreas y de los siguientes instrumentos: cuestionario de salud mental de Colombia (22), cuestionario de violencia familiar (utilizado en el Estudio Metropolitano sobre la violencia y los comportamientos asociados en Lima Metropolitana y Callao de Anicama y colaboradores) (23), la Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), elaborada por Lecrubier y colaboradores (21); el Inventory of Trastornos de la Conducta Alimentaria EDI-2, elaborado por Garner y Olmsted (24,25). Las características de estos instrumentos figuran en el informe general del EEMSM 2003 (20). Las propiedades psicométricas de confiabilidad y validez de los instrumentos figuran en el suplemento: Confiabilidad y validez de los cuestionarios de los estudios epidemiológicos de salud mental de Lima y de la Selva Peruana, publicado en la revista de Anales de Salud Mental (26). Los cuestionarios que figuran en esta publicación también fueron usados en el presente estudio.

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”. Los procedimientos y resultados de la operación de campo figuran en el EEMSM 2003 (20).

Dentro del plan de análisis de los resultados, se determinaron las prevalencias actuales del episodio depresivo, para lo cual se usaron estadísticas descriptivas. Para evaluar la diferencia de las prevalencias del episodio depresivo con las variables demográficas, socioeconómicas, psicosociales y clínicas, se utilizaron las pruebas de homogeneidad para muestras complejas. De la misma forma, para evaluar la asociación entre episodio depresivo y los factores demográficos, socioeconómicos, psicosociales y clínicos, se utilizaron las pruebas de independencia para muestras complejas (Prueba F ajustada para ambos casos).

Adicionalmente, se ajustó 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 utilizó el programa estadístico SPSS V13.

## RESULTADOS

La prevalencia del episodio depresivo en adolescentes alcanzó un valor estimado de 5,7% (4,5% a 7,2% IC 95%). En la tabla 1 se aprecia la prevalencia actual de episodio depresivo en adolescentes según variables demográficas y socioeconómicas. Se encontró una mayor prevalencia de episodio depresivo en el grupo etáreo de 15 a 17 años (7,4%), en comparación con el grupo etáreo de 12 a 14 años (4,1%), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,018$ ). De la misma forma, la prevalencia fue mayor en el sexo femenino (8,3%) que en el masculino (2,9%), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $p<0,001$ ).

Se analizaron también otras variables que no se presentan en la tabla, tales como: estado civil, saber leer y escribir y nivel educativo, las cuales no reportaron diferencias estadísticamente significativas.

Por otro lado, se encontró una mayor prevalencia de episodio depresivo en los que trabajaron la semana anterior a la encuesta (7,8%) en comparación con los que no trabajaron (5,5%), pero la diferencia no fue estadísticamente significativa ( $p=0,7$ ). Igualmente los que estuvieron buscando trabajo presentaron una mayor prevalencia de episodio depresivo (6,9%) comparado con aquellos que no estuvieron buscando trabajo (5,5%), pero la diferencia no fue estadísticamente significativa ( $p=0,295$ ). Se analizaron también otras variables sociodemográficas que no se presentan en la tabla, tales como: ingreso mensual y nivel de pobreza,

**Tabla 1.** Prevalencia de episodio depresivo en adolescentes según variables demográficas y socioeconómicas

Variables demográficas y socioeconómicas	Con episodio depresivo (n=87)		Sin episodio depresivo (n=898)		Análisis	
	n	%*	n	%*	F	p
<b>Edad</b>						
12 a 14 años	33	4,1	724	95,9		
15 a 17 años	64	7,4	734	92,6	5,675	0,018
<b>Sexo</b>						
Masculino	26	2,9	709	97,1		
Femenino	71	8,3	749	91,7	16,118	<0,001
<b>Trabajo remunerado</b>						
Trabajó la semana anterior	13	7,8	149	92,2		
No trabajó la semana anterior	84	5,5	1305	94,5	0,149	0,700
<b>Desempleo</b>						
Está buscando trabajo	3	6,9	26	93,1		
No está buscando trabajo	80	5,5	1264	94,5	1,100	0,295

\*Basado sobre datos ponderados.

las cuales no reportaron diferencias estadísticamente significativas.

En lo que se refiere a la prevalencia de episodio depresivo en adolescentes según el 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 4,4% a 11,4%). Esta diferencia fue estadísticamente significativa ( $p=0,01$ ). Otras variables relacionadas con la satisfacción personal, también fueron evaluadas, tales como satisfacción con la (el): inteligencia, relaciones sociales, nivel económico y nivel de instrucción, las cuales mostraron esta misma tendencia, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Igualmente se analizó la satisfacción con: las actividades o funciones que realizan, el ambiente físico donde laboran, relación con los compañeros de trabajo, la carga de trabajo, el trato recibido por los jefes, la remuneración recibida y el reconocimiento recibido. En todas estas variables encontramos que a mayor insatisfacción la prevalencia del episodio depresivo también era mayor, aunque ninguna de las variables mencionadas presentó una relación estadísticamente significativa. Ninguna de las variables relacionadas con satisfacción laboral y recursos recreativos en la comunidad mostraron diferencias estadísticamente significativas.

En cuanto a la prevalencia de episodio depresivo en adolescentes según relaciones intrafamiliares, se encontraron diversos hallazgos. Con respecto a la variable: ser respetado por la familia, se encontró que a medida que el irrespeto por la familia era mayor, la prevalencia del episodio depresivo aumentaba (de 4,2% a 9,6%,  $p=0,009$ ). Una tendencia similar se aprecia con otras variables como: sentir que se apoyan unos a otros (de 4,2% a 11,4%,  $p=0,001$ ), sentir orgullo por la familia (de 4,5% a 17,0%,  $p<0,001$ ), valores y principios similares a los de la familia (de 3,5% a 13,6%,  $p<0,001$ ), reglas y castigos en el hogar (de 4,8% a 12,7%,  $p=0,001$ ), compartir sentimientos y pensamientos con el parent (de 2,9% a 8,4%,  $p<0,001$ ), compartir sentimientos y pensamientos con los hermanos (de 2,3% a 7,6%,  $p=0,026$ ). Todas mostraron diferencias estadísticamente significativas.

Otras variables incluidas en las relaciones intrafamiliares, tales como: compartir domingos o días de fiesta en la familia, importancia de avergonzar a la familia, compartir sentimientos y pensamientos con la madre, compartir sentimientos y pensamientos con la

pareja, compartir sentimientos y pensamientos con las hermanas, mostraron la misma tendencia que las variables anteriormente descritas, pero las diferencias no tuvieron significancia estadística.

En lo que se refiere a relaciones sociales, se evaluaron las variables: compartir sentimientos y pensamientos con amigos, y compartir sentimientos con los vecinos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Con respecto a la prevalencia de episodio depresivo en adolescentes según sensación de soporte familiar y social, se obtuvieron diversos hallazgos. Se encontró en la variable: sensación de soporte paterno, que a medida que la sensación de soporte disminuía, la prevalencia de episodio depresivo aumentaba (de 3,2% a 12%), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $p<0,001$ ). Una tendencia similar se encontró con las variables sensación de: soporte materno (de 5,0% a 11,9%,  $p=0,016$ ), soporte fraternal (de 3,9% a 10,3%,  $p<0,001$ ), soporte de los profesores (de 3,7% a 8,3%,  $p=0,025$ ). Igualmente, la prevalencia de episodio depresivo fue mayor en quienes reportaron haber tenido enamorado(a) (10,1%), en comparación con quienes no habían tenido (3,2%) y en quienes reportaron haber tenido relaciones sexuales (15%), en comparación con quienes no habían tenido (5,1%). Ambas diferencias fueron altamente significativas ( $p<0,001$ ). Otras variables relacionadas al soporte familiar y social, tales como sensación de soporte vecinal y haber tenido un amigo confidante mostraron esta misma tendencia, pero las diferencias no tuvieron significancia estadística.

En cuanto a la prevalencia de episodio depresivo en adolescentes según estresores psicosociales, se obtuvieron diversos hallazgos. Con respecto a la tensión producida por el dinero, se encontró que a medida que la tensión era mayor la prevalencia del episodio depresivo aumentaba (de 4,1% a 8,2%, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,030$ )). Otros estresores psicosociales estudiados, tales como tensión producida por: el trabajo, el estudio, la salud, los hijos o parientes, pareja, la ley o por otros problemas, mostraron esta misma tendencia en la mayoría de los casos, pero las diferencias no tuvieron significancia estadística. En lo que se refiere a la prevalencia de episodio depresivo en adolescentes según estresores ambientales, se encontró que a medida que aumentaba el estresor, la prevalencia de episodio depresivo también aumentaba: ruido (de 6,4% a 15,1%,  $p=0,023$ ), falta

de ventilación (de 5,1% a 17,4%,  $p=0,001$ ), falta de espacio (de 5,3% a 16,4%,  $p<0,001$ ). Estas diferencias tuvieron significancia estadística. Otras variables estudiadas, tales como: mal olor, alto nivel de estrés ambiental y otros estresores ambientales, presentaron la misma tendencia, pero las diferencias no mostraron significancia estadística.

En relación a la prevalencia de episodio depresivo en adolescentes y tendencias antisociales, se encontró que los que reportaron decir mentiras frecuentes presentaron mayor prevalencia de episodios depresivos: (10% frente a 4,4%), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $p<0,001$ ). Otras variables estudiadas, tales como: permisividad frente a las conductas antisociales, permisividad frente al robo en circunstancias difíciles, tener problemas por no pagar, agresión física contra un menor dejándole moretones, participación en más de una pelea que haya acabado a golpes, uso de armas en una pelea, tendencias violentas, participación en un robo y ganar dinero vendiendo cosas de dudosa procedencia, mostraron esta misma tendencia, pero las diferencias no mostraron significancia estadística.

En cuanto a la prevalencia de episodio depresivo en adolescentes según abuso infantil, se encontró que los adolescentes que fueron víctimas de abuso sistemático presentaban una mayor prevalencia de episodio depresivo (11,9%), en comparación con los que no tenían ningún tipo de abuso (5%), teniendo esta diferencia significancia estadística ( $p=0,002$ ). La misma tendencia encontramos en los que presentaron algún tipo de abuso, pero las diferencias no mostraron significancia estadística ( $p=0,557$ ).

En la tabla 2 se aprecia la prevalencia de episodio depresivo en adolescentes según consumo de alcohol y otras sustancias. Se encontró que los adolescentes que presentaron embriaguez alcohólica en el último mes reportaron una mayor prevalencia (22,6%) que aquellos que no presentaron esta conducta (5,4%). La diferencia fue estadísticamente significativa ( $p<0,001$ ). Una tendencia similar se encontró con las variables: conductas vinculadas a abuso de alcohol (para al menos 2 criterios) (18,6% frente a 5,2%,  $p<0,001$ ) y conductas vinculadas a abuso de alcohol (para al menos 3 criterios) (24,8% frente a 5,4%,  $p<0,001$ ). Las diferencias tuvieron significancia estadística. Otras variables estudiadas que no figuran en la tabla, tales como: consumo de alcohol en el último mes, conductas vinculadas al alcohol (al menos un criterio), uso de cualquier sustancia alguna vez en la vida, uso de alguna sustancia legal alguna vez en la vida y uso de alguna sustancia ilegal alguna vez en la vida, mostraron esta misma tendencia, las diferencias no mostraron significancia estadística.

En la tabla 3 se aprecia la prevalencia de episodio depresivo en adolescentes según trastornos clínicos. Se encontró que los adolescentes que padecían de problemas alimentarios, presentaron una mayor prevalencia de episodio depresivo (26,1%), que aquellos que no padecían este trastorno (7,1%). La diferencia fue altamente significativa ( $p<0,001$ ). Esta misma tendencia se encontró en síndrome psicótico (9,9% frente a 4,2%). La diferencia fue también altamente significativa ( $p<0,001$ ). Otros trastornos también mostraron esta misma tendencia: fobia social (9,2% frente a 5,6%,  $p=0,233$ ) y crisis bulímicas (10,9% frente a 5,5%,  $p=0,436$ ), pero las diferencias no fueron

**Tabla 2.** Prevalencia de episodio depresivo en adolescentes según consumo de sustancias

Consumo de sustancias	Con episodio depresivo (n=97)		Sin episodio depresivo (n=1458)		Análisis	
	n	%*	n	%*	F	p
<b>Embriaguez alcohólica en el último mes</b>						
Sí	10	22,6	26	77,4		
No	87	5,4	1430	94,6	19,584	<0,001
<b>Conductas vinculadas al abuso de alcohol (al menos 2 criterios)</b>						
Sí	12	18,6	50	81,4		
No	85	5,2	1407	94,8	18,331	<0,001
<b>Conductas vinculadas al abuso de alcohol (al menos 3 criterios)</b>						
Sí	7	24,8	23	75,2		
No	90	5,4	1434	94,6	16,592	<0,001

\* Basado sobre datos ponderados

**Tabla 3.** Prevalencia de episodio depresivo en adolescentes según trastornos clínicos

Trastornos clínicos	Con episodio depresivo (n=97)		Sin episodio depresivo (n=1458)		Análisis	
	n	%*	n	%*	F	P
<b><i>Fobia social</i></b>						
Sí	7	9,2	44	90,8		
No	90	5,6	1413	94,4	1,427	0,233
<b><i>Trastorno de ansiedad generalizada pura ajustada</i></b>						
Sí	0	0,0	79	100,0		
No	97	6,1	1378	93,9	3,139	0,077
<b><i>Problemas alimentarios</i></b>						
Sí	20	26,1	70	73,9		
No	67	7,1	828	92,9	25,150	<0,001
<b><i>Crisis Bulímicas</i></b>						
Sí	9	10,9	59	89,1		
No	88	5,5	1399	94,5	0,608	0,436
<b><i>Síndrome Psicótico</i></b>						
Sí	48	9,9	420	90,1		
No	49	4,2	1038	95,8	14,011	<0,001

\* Basado sobre datos ponderados

estadísticamente significativas. El trastorno de ansiedad generalizada presentó una tendencia opuesta (9,2% frente a 5,6%,  $p=0,233$ ), sin presentar diferencia estadísticamente significativa.

Hay que tomar en cuenta que los criterios de la MINI no consideran los trastornos psicóticos a nivel de categorías diagnósticas, sino a nivel de síndromes. Se ha asumido como positivo la presencia de por lo menos cinco de los criterios descritos.

En lo que se refiere a la prevalencia de episodio depresivo en adolescentes según conductas suicidas, se encontró que los adolescentes que experimentaron deseos de morir alguna vez en la vida, reportaron mayor prevalencia del episodio depresivo (13,5%) que aquellos que no lo experimentaron (2,5%). La diferencia fue altamente significativa ( $p<0,001$ ). De la misma forma, quienes experimentaron tener por lo menos un intento suicida alguna vez en la vida reportaron mayor prevalencia de episodio depresivo (34,7%) que aquellos que no lo experimentaron (4,9%). La diferencia también fue altamente significativa ( $p<0,001$ ).

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 con significancia estadística, agrupándolas por separado de acuerdo a tipo de variables a la que correspondían (demográficas, socioeconómicas, satisfacción personal, recursos recreativos en la comunidad, relaciones intrafamiliares, sensación de soporte familiar y social, estresores psicosociales, estresores ambientales, tendencias antisociales, abuso infantil, trastornos clínicos e indicadores suicidas). Luego, las que resultaron significativas en cada grupo entraron a un modelo final, donde se realizó el último análisis.

En la tabla 4 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 (OR: 2,707, IC: 1,416-5,173), haber tenido enamorado (a) (OR: 2,267, IC: 1,244-4,132), síndrome psicótico (OR: 5,333, IC: 2,150-13,266) y deseos de morir (OR: 3,187, IC: 1,762-5,76), mostrando diferencias con significancia estadística en los grupos de comparación.

## DISCUSIÓN

La prevalencia del episodio depresivo en adolescentes de las ciudades de Cajamarca, Huaraz y Ayacucho alcanzó un valor estimado de 5,7% (4,5% a 7,2% IC 95%). Algunos autores han encontrado

**Tabla 4.** Factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes en tres ciudades de la sierra peruana 2003 (*modelo final*)

Variables	Odds (95% IC)*	Wald F	p
<b>Variables demográficas</b>			
<b>Sexo</b>			
Femenino	2,707 (1,416-5,173)		
Masculino	1,00	9,146	0,003
<b>Relaciones intrafamiliares</b>			
<b>*Compartir sentimientos y pensamientos con el parent</b>			
Nada o poco	1,485 (0,636-3,472)		
Regular	0,408 (0,118-1,414)	2,451	0,088
Bastante o mucho	1,00		
<b>Sensación de soporte familiar y social</b>			
<b>*Sensación de soporte paterno</b>			
Bastante o mucho	0,461 (0,236-0,901)		
Regular	0,927 (0,442-1,945)	2,933	0,055
Nada	1,00		
<b>*Haber tenido enamorado(a)</b>			
Sí	2,267 (1,244-4,132)		
No	1,00	7,178	0,008
<b>Trastornos clínicos (Comorbilidad)</b>			
<b>*Síndrome psicótico</b>			
Sí	5,333 (2,150-13,226)	13,135	<0,001
No	1,00		
<b>Conductas suicidas</b>			
<b>*Deseos de morir</b>			
Sí	3,187 (1,762-5,766)	14,780	<0,001
No	1,00		

\*Basado sobre datos ponderados.

prevalencias que oscilan entre 2 a 5% (6,7) y otros rangos más amplios entre 0,4 a 8,3% (6,8). 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 adolescentes (5). No se han encontrado datos sobre estudios de prevalencia del episodio depresivo en adolescentes realizados en las

ciudades de Cajamarca, Huaraz y Ayacucho, u otras zonas del Perú, de magnitud epidemiológica, antes del 2003. La prevalencia estimada del episodio depresivo en adolescentes de Cajamarca, Huaraz y Ayacucho, se encuentra dentro del rango de prevalencias encontradas en la literatura mundial. Esta diversidad de resultados puede deberse como mencionan algunos autores (5,27) a: poblaciones diferentes de estudio y empleo de diferentes métodos de evaluación.

Los factores que mejor predijeron el episodio depresivo, según el análisis multivariado fueron: sexo femenino, haber tenido enamorado, síndrome psicótico y deseos de morir alguna vez en la vida.

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 (8) y reportarán un episodio depresivo entre el 7% y 9% al acercarse a los 14 años (9). En cuanto al sexo, la mayor prevalencia en el sexo femenino es similar a la encontrada en otros estudios (1,5,9). En el metanálisis 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 (5).

Respecto a relaciones intrafamiliares, algunos estudios han 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 (28,29).

En relación a la sensación de soporte familiar y social, algunas investigaciones han ilustrado consistentemente la importancia de los padres en el funcionamiento psicosocial de sus hijos directamente (30). Sabatelli y Anderson encontraron que las influencias familiares y de los pares fueron igualmente predictores fuertes de depresión entre adolescentes (31). Otro estudio ha mostrado que el soporte social disminuye el riesgo de síntomas depresivos (32).

Llama la atención el haber encontrado una mayor prevalencia de episodio depresivo en los adolescentes que reportaron haber tenido enamorado (a), salvo que esta relación haya sido conflictiva, lo que no puede saberse a través de la encuesta realizada. Como se mencionó en la introducción, la mala adaptación a la pareja puede asociarse con una mayor sintomatología depresiva (15). Ante la ocurrencia de eventos vitales estresantes, características cognitivas asociadas a la afectividad negativa, como sentimientos de abandono o pérdida y/o de baja autoestima, así como un estilo cognitivo rumiativo, pueden dificultar el afrontamiento y aumentar la probabilidad de sufrir depresión en comparación con aquellos individuos sin estas características (18).

En cuanto al abuso infantil, varias investigaciones han mostrado que los niños que crecen en familias maltratadoras reportan con bastante frecuencia síntomas de depresión (33,34). Otros estudios han encontrado altos porcentajes de síntomas depresivos, conducta suicida y abuso de sustancias entre adolescentes que han fugado del hogar o que viven en las calles, a raíz de haber experimentado abuso físico y/o sexual dentro de su familia (35-37). Otro estudio realizado en adolescentes que han fugado del hogar o que viven en las calles, encontró que mientras el soporte de los amigos en la calle reduce la depresión, la asociación con pares antisociales la incrementa (38).

Respecto al consumo de alcohol y otras sustancias, diversos estudios han revelado la relación entre abuso de sustancias psicoactivas y depresión en adolescentes (1,11). Algunos adolescentes pueden presentar conductas maladaptativas, como el uso de sustancias para enfrentar el desconfort asociado con los rápidos cambios que experimentan (39,40) y otros desarrollan una patología definida.

En relación a los trastornos clínicos, se ha observado en diversos estudios, mayor comorbilidad psiquiátrica en niños y adolescentes que en adultos (2). En un estudio con adolescentes de una población clínica, 90% de los que presentaban depresión experimentó algún trastorno comórbido (41). En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México (6) 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.

No se estableció en este estudio la relación con trastornos de conducta alimentaria (anorexia nerviosa y bulimia nerviosa) debido a que los porcentajes eran muy bajos, sin embargo; la alta prevalencia de problemas alimentarios y crisis bulímicas nos revelan la posibilidad de cuadros clínicos que recién estén empezando y que no hayan sido identificados adecuadamente.

No es posible establecer si el síndrome psicótico corresponde a un trastorno psicótico o a una depresión psicótica, debido a que el cuestionario utilizado no permite hacer esta diferenciación. Algunos estudios revelan una presencia importante de síntomas psicóticos en adolescentes deprimidos (42).

En cuanto a conductas suicidas, hay diversos

estudios que han encontrado relación entre ideación suicida y depresión en adolescentes (1,11,13). La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica realizada en México (6) entre el 2001 y 2002, reveló que los individuos con inicio temprano de depresión tuvieron 50% mayor probabilidad de haber cometido un intento suicida. Algunos adolescentes pueden experimentar depresión o ideación suicida asociados con la habilidad para hacer frente a los cambios biológicos y psicosociales que ocurren durante su crucial período de desarrollo (43,44), y otros como parte de un trastorno definido.

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 (sobretodo depresión), así como otros trastornos mentales comórbidos frecuentes en adolescentes deprimidos como: trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y trastorno por déficit de atención con hiperactividad, entre otros, 3) Ha faltado explorar a fondo la relación con los diversos tipos de maltrato infantil y tendencias violentas y han quedado pendientes los datos de acceso a servicios de salud, 4) Al ser un estudio transversal, es difícil precisar si algunas variables preceden o son posteriores al episodio depresivo.

En base a lo encontrado, podemos establecer las siguientes conclusiones: 1) La prevalencia de episodio depresivo en adolescentes de las ciudades de Cajamarca, Huaraz y Ayacucho es similar a la encontrada en otros países; y 2) Los factores asociados que mejor predijeron el episodio depresivo fueron: sexo femenino, haber tenido enamorado(a), síndrome psicótico y deseos de morir; los cuales podrían ser evaluados como factores de riesgo en estudios futuros.

#### **Correspondencia:**

Dr. Horacio Vargas Murga.  
Jr. Eloy Espinoza 709. Urbanización Palao, San Martín de Porres,  
Lima, Perú.  
Correo electrónico: hovamu2002@yahoo.es.

#### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. American Academy Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescent with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46:11: 1503-1526.
2. Harrington R, Rutter M, Weissman M, Fudge H, Groothues C, Bredenkamp D, et al. Psychiatric disorders in the relatives of depressed probands. I. Comparison of prepuberal, adolescent and early adult onset cases. *J Affect Disord* 1997; 42: 9-22.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR. 4th edition. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
4. World Health Organization. The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnosis guidelines. Ginebra: World Health Organization; 1992.
5. Costello JE, Erkanli A, Angold A. Is there an epidemic of child or adolescent depression. *J Child Psychol Psychiatry* 2006; 47(12):1263-71.
6. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Zambrano-Ruiz J. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública Mex* 2004; 46: 417-424.
7. McGee R, Feehan M, Williams S, Partridge F, Silva PA, Kelly J. DSM-III disorders in a large sample of adolescent. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 1990;29:611-619.
8. Kessler RC, Walters EE. Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the National Comorbidity Survey. *Depress Anxiety* 1998;7:3-14.
9. Garrison CZ, Schluchter MD, Schoenbach VJ, Kaplan BK. Epidemiology of depressive symptoms in young adolescent. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;28:343-351.
10. Kandell DB, Davies M. High school students who use crack and other drugs. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:71-80.
11. Parmelee D, David R. Trastornos del estado de ánimo. En: Parmelee D. *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid, España: HarcourtBrace de España S.A.;1998.
12. Gotlib IH, Lewinsohn PM, Seeley JR. Symptoms versus a diagnosis of depression: difference in psychosocial functioning. *J Consult Clin Psychol* 1995;63:90-100.
13. Kandell DE, Raveis VH, Davies M. Suicidal ideation in adolescent: depression, substance use and other risk factors. *J Youth Adolesc* 1991;20:289-309.
14. Pine DS, Cohen P, Jonson JG, Brook JS. Adolescent life events as predictors of adult depression. *J Affect Disord* 2002;68:49-57.
15. National Collaborating Centre for Mental Health. *Depression in children and young people. Identification and management in primary, community and secondary care*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2005. URL disponible

- en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cg028fullguideline.pdf>. (fecha de acceso: 8 ene 2008).
16. Richardson LP, Katzenellenbogen R. Childhood and adolescent depression: The role of primary care providers in diagnosis and treatment. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2005;35(1):6-24.
  17. Le HN, Boyd RC. Prevention of major depression: Early detection and early intervention in the general population. *Clin Neuropsychiatry* 2006; 3(1): 6-22.
  18. Ministerio de Ciencia e Innovación. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t). Guía Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia; Madrid, España: Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
  19. Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002. Informe General. *Anales de Salud Mental* 2002; 18 (1-2):1-197.
  20. Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana 2003. Informe General. *Anales de Salud Mental* 2004; 19 (1-2):1-216.
  21. Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Amorim P, Bonora LI, Lépine JP, et al. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en Español 5.0. Madrid, España: Sheehan DV & Lecrubier Y; 2001.
  22. Perales A, Sogi C, Salas RE. Salud mental en adolescentes del distrito de Magdalena. En: Series Monográficas de Investigación No 4. Lima: Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”; 1996.
  23. Anicama J, Vizcarro S, Carrasco J, Mayorga E. Estudio Epidemiológico. Violencia y comportamientos asociados en Lima Metropolitana. Lima: Oficina General de Epidemiología. Universidad Nacional Federico Villareal; 1999.
  24. Garner DM, Olmsted MP, Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord* 1983;2:15-34.
  25. Garner DM. Inventario de trastornos de la conducta alimentaria 2. Madrid: Tea Ediciones SA; 1998.
  26. Instituto Nacional de Salud Mental. Confiabilidad y validez de los cuestionarios de los estudios epidemiológicos de salud mental de Lima y de la Selva Peruana. *Anales de Salud Mental* 2009; 25 (S1).
  27. Adrianzen C. Trastornos depresivos en niños y adolescentes. En: Castro-Morales J. (editor). Niñas, niños y adolescentes. Exclusión y desarrollo psicosocial. Lima: Save the Children; 2001.
  28. Burbach DJ, Borduin CM. Parent-child relations and the etiology of depression: A review of methods and findings. *Clin Psychol Rev* 1986;6:133-153.
  29. Forehand R, Brody G, Slotkin J, Fauber R, McCombs A, Long N. Young adolescent and maternal depression: Assessment, interrelations, and family predictors. *J Consult Clin Psychol* 1988;56: 422-426.
  30. Lamb ME. The role of the father in child development. New York: Wiley; 1981.
  31. Sabatelli RM, Anderson RM. Family system dynamics, peer relationships, and adolescents' psychological adjustment. *Fam Relat* 1991;40:363-369.
  32. Unger JB, Kipke MD, Simon TR, Johnson ChJ, Montgomery SB, Iverson E. Stress, coping and social support among homeless youth. *J Adolesc Res* 1998;13:134-137.
  33. Downey G, Walter E. Distinguishing family-level and child-level influences on the development of depression and aggression in children at risk. *Dev Psychopathol* 1992; 4: 81-95.
  34. Kessler RC, Magee WJ. Childhood family violence and adult recurrent depression. *J Health Soc Behav* 1994;35:13-27.
  35. Smart RG, Walsh GW. Predictors of depression in street youth. *Adolescence* 1993;28: 41-53.
  36. Yates G, Mackenzie R, Pennbridge J, Cohen E. A risk profile comparison of runaway and non-runaway youth. *Am J Public Health* 1988;78:820-821.
  37. Yoder K, Hoyt DR, Whitbeck LB. Suicidal behavior among homeless and runaway adolescents. *J Youth Adolesc* 1998;27:753-771.
  38. Wan-Ning B, Whitbeck LB, Hoyt DR. Abuse, support and depression among homeless and runaway adolescents. *J Health Soc Behav* 2000;41,4:408-420.
  39. Kandel DB, Raveis VH, Davies M. Suicidal ideation in adolescence: depression, substance use, and other risk factors. *J Youth Adolesc* 1991;20:289-309.
  40. Newcomb MD, Bentler PM. Impact of family context, deviant attitudes, and emotional distress on adolescent drug use. Longitudinal latent-variable analyses of mothers and their children. *J Res Personal* 1988;22: 154-176.
  41. De la Peña F, Ulloa RE, Páez F. Comorbilidad del trastorno depresivo mayor en los adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial. *Salud Ment* 1999; 22: 88-92.
  42. Mundy P, Robertson M, Robertson J, Greenblatt M. The prevalence of psychotic symptoms in homeless adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29:724-731.
  43. Aneshensel CS, Huba GJ. An integrative causal model of the antecedents and consequence of depression over one year. In: Greenley JR (editor). *Research in Community and Mental Health*. Greenwich, CT:JAI Press; 1984.
  44. Beck A. Depresión: Causes and treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press;1972.