

Prevalencia y factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao

Prevalence and associated factors with depressive episode in teenagers from Lima Metropolitana and Callao

Horacio Vargas^{A,B}, Héctor Tovar^{A,B} y José Valverde^{A,B}

RESUMEN

La depresión en adolescentes constituye un problema de salud pública por su frecuencia creciente y sus consecuencias. **Objetivo:** Determinar la prevalencia y los factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao. **Métodos:** Estudio de corte transversal, con muestreo probabilístico trietápico por conglomerados. Se usó la base de datos del Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002. 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 actual del episodio depresivo en adolescentes fue 8.6% (IC 95%: 6.7-11.1%), observándose según el análisis multivariado, asociaciones estadísticamente significativas con: edad de 15 a 17 años (OR: 2.03; IC 95%: 1.08-3.98), sexo femenino (OR: 2.24; IC 95%: 1.16-4.29), nada o poca satisfacción con las relaciones sociales (OR: 2.69; IC 95%: 1.33-5.46), reglas y castigos en el hogar injustos (OR: 4.22; IC 95%: 2.15-8.26), problemas alimentarios (OR: 3.0; IC 95%: 1.39-6.45) y deseos de morir (OR: 2.88; IC 95%: 1.51-5.51). **Conclusiones:** La prevalencia del episodio depresivo en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao fue similar y en algunos casos mayor a la encontrada en adolescentes de otros países. Los factores asociados que mejor predijeron el episodio depresivo fueron: edad de 15 a 17 años, sexo femenino, nada o poca satisfacción con las relaciones sociales, reglas y castigos en el hogar injustos, problemas alimentarios y deseos de morir; los cuales podrían ser evaluados como factores de riesgo en estudios posteriores.

PALABRAS CLAVE: Depresión, Adolescencia, Prevalencia, Factores asociados.

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-TR³ y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-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 la CIE-10 no se emplea el término “depresión mayor” y se describe un cuadro equivalente llamado “episodio depresivo” (cuando hay un solo 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 derivadas de ésta.^{5,6}

Diferentes estudios a lo largo de los años, han estimado 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%.^{1,7-10} Estudios clínicos y epidemiológicos reportan una mayor prevalencia en adolescentes mujeres que en varones.^{1,11} La presencia de sintomatología depresiva elevada en adolescentes está asociada con morbilidad significativa, incluyendo abuso de sustancias psicoactivas,^{1,12-15} fracaso escolar,^{1,11,16} alteraciones de la conducta (conductas antisociales, delictivas, agresivas y promiscuas), disfunción psicosocial^{1,17} e ideación suicida,^{1,18} así como depresión mayor en la adultez.¹⁹

(A) Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada de Niños y Adolescentes, Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”.

(B) Facultad de Medicina Humana Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima-Perú.

Correspondencia a Horacio Vargas: hovamu2002@yahoo.es

Recibido el 30 de junio de 2010 y aprobado el 05 de agosto de 2010.

Cita sugerida: Vargas H, Tovar H, Valverde J. Prevalencias y factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao.

Rev. peru. epidemiol. 2010; 14 (2) [p. 8]

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% (IC 95%: 6.7%-11.1%).²⁰ Sin embargo, no se presentó un análisis comparativo con las prevalencias encontradas en otros lugares, ni tampoco se reportó la distribución de la prevalencia del episodio depresivo según variables demográficas, socioeconómicas, psicosociales y clínicas.

El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia y los factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de Lima y Callao en el 2002, considerando que no habían estudios epidemiológicos previos en las provincias de Lima y Callao, que estudien 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. Se usó la base de datos del EEMSM 2002.²⁰ La población de estudio comprendió adolescentes entre las edades de 12 a 17 años que residían permanente o habitualmente en las viviendas particulares del área urbana de Lima Metropolitana y el Callao. Se excluyeron del estudio a las viviendas colectivas tales como hospitales, hoteles, cuarteles, conventos, etc. Lima Metropolitana se divide en 43 distritos de Lima propiamente dicha y seis distritos de la provincia constitucional del Callao. Fueron excluidos los distritos balnearios: Punta Negra, Punta Hermosa, Pucusana, San Bartolo, Santa María del Mar y Santa Rosa, que representan el 0.3% de la población total del área de Lima y Callao.

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 EEMSM 2002. 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 impidieron 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), utilizando criterios de Investigación de la 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 2002.²⁰

Se confeccionaron nueve 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 col.),²³ la Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), elaborado por Lecrubier y colaboradores;²¹ el inventario de 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 2002.²⁰

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 Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002.²⁰

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 el 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 los programas estadísticos de SPSS V13.

RESULTADOS

La prevalencia actual del episodio depresivo en adolescentes fue 8.6% (IC 95%: 6.7%-11.1%). 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 etario de 15 a 17 años (12.1%), en comparación con el grupo etario de 12 a 14 años (5.4%). De la misma forma, la prevalencia fue mayor en el sexo femenino (13.4%), que en el masculino (3.9%). Estas diferencias reportadas fueron estadísticamente significativas ($p=0.002$ para ambas variables). Se analizaron también otras variables que no se presentan en la tabla, tales como: estado civil, saber leer y escribir y nivel educativo; en las cuales no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Por otro lado, se encontró una mayor prevalencia de episodio depresivo en los que trabajaron la semana anterior a la encuesta (16.2%) en comparación con los que no trabajaron (7.9%). Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p=0.016$). Igualmente los que estuvieron buscando trabajo presentaron una mayor prevalencia de depresión (23.5%) comparados con aquellos que no estuvieron buscando trabajo (8.2%). Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p=0.01$). Otra variable sociodemográfica como *ingreso mensual* no fue estadísticamente significativa.

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
Edad						
12 a 14 años	32	5.4	477	94.6	9.975	0.002
15 a 17 años	55	12.1	421	87.9		
Sexo					28.783	0.002
Masculino	20	3.9	461	96.1		
Femenino	67	13.4	437	86.6		
Trabajo remunerado					5.832	0.016
Trabajó la semana anterior	14	16.2	73	83.8		
No trabajó la semana anterior	73	7.9	825	91.7		
Desempleo					6.669	0.010
Está buscando trabajo	5	23.5	22	76.5		
No está buscando trabajo	82	8.2	876	91.8		

* Basado sobre datos ponderados

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 y las relaciones sociales era mayor, la prevalencia del episodio depresivo aumentaba (de 6.1% a 13.5% en la insatisfacción con el aspecto físico y de 5.8% a 19.6% en la insatisfacción con las relaciones sociales). Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p=0.038$ y $p<0.001$; respectivamente).

Otras variables relacionadas con la satisfacción personal, también fueron evaluadas, tales como satisfacción con: la inteligencia, el nivel económico y el 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 en ninguna de las variables mencionadas se encontró diferencias estadísticamente significativas.

En lo que se refiere a la prevalencia de episodio depresivo en adolescentes según el 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 ($p=0.003$). Se analizaron también otras variables como el acceso a: cancha de fútbol, cancha de voleibol, piscina, biblioteca, clubes, parques y/o áreas verdes, que mostraron tendencias variadas y cuyas diferencias no tuvieron significancia estadística.

La prevalencia de episodio depresivo en adolescentes según relaciones intrafamiliares, mostró resultados diversos. A medida que 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%; $p<0.001$).

Otras variables relacionadas con las relaciones intrafamiliares, tales como: 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 fueron estadísticamente significativas.

Las relaciones sociales, contemplaron las variables: compartir sentimientos y pensamientos con amigos, compartir sentimientos con los vecinos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

En cuanto a la prevalencia de episodio depresivo en adolescentes según sensación de soporte familiar y social, se encontró en la variable *soporte paterno* 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 ($p=0.011$). En lo que se refiere a la variable: amigo confidente, los que respondieron tener un amigo confidente reportaron una mayor prevalencia de episodio depresivo (10.3%), frente a los que reportaron no tenerlo (5.5%), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0.018$). 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 ($p=0.018$). Otras variables relacionadas al soporte familiar y social, tales como soporte: materno, sentimental, fraternal, amical, vecinal y haber tenido relaciones sexuales mostraron esta misma tendencia, pero las diferencias no tuvieron significancia estadística.

La prevalencia de episodio depresivo en adolescentes según estresores psicosociales reveló resultados diversos. 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. Otros estresores psicosociales estudiados, tales como tensión producida por 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%; $p<0.001$) y alto nivel de estrés ambiental (de 4.9% a 13.7%; $p<0.001$), diferencias que tuvieron significancia estadística. Otras variables estudiadas, tales como mal olor ambiental y otros estresores ambientales, presentaron la misma tendencia, pero las diferencias no mostraron significancia estadística.

TABLA 2. Prevalencia de episodio depresivo en adolescentes y consumo de alcohol y otras sustancias.

Consumo de alcohol y otras sustancias	Con episodio depresivo (n=87)		Sin episodio depresivo (n=898)		Análisis	
	n	%*	n	%*	F	p
<i>Conductas vinculadas al abuso de alcohol (al menos 2 criterios)</i>						
Sí	12	19.9	41	80.1	7.398	0.007
No	75	8.0	857	92.0		
<i>Conductas vinculadas al abuso de alcohol (al menos 3 criterios)</i>						
Sí	6	21.3	18	78.7	4.136	0.043
No	81	8.4	880	91.6		
<i>Uso de cualquier sustancia alguna vez en la vida</i>						
Sí	71	10.1	621	89.9	6.877	0.009
No	16	5.0	277	95.0		
<i>Uso de alguna sustancia legal alguna vez en la vida</i>						
Sí	71	10.1	621	89.9	6.877	0.009
No	16	5.0	277	95.0		

* Basado sobre datos ponderados

Con respecto a la prevalencia de episodio depresivo en adolescentes y tendencias antisociales, se encontró que los que presentaban estas tendencias antisociales reportaron mayor prevalencia de episodios depresivos que aquellos que no la presentaban, por ejemplo: decir mentiras frecuentes (15.1% frente a 6.7%; $p<0.001$), permisividad frente a las conductas antisociales (14.7% frente a 8%, $p=0.044$), permisividad frente al robo en circunstancias difíciles (19,6% frente a 8%; $p=0.044$) y tener problemas por no pagar (13.6% frente a 7.6%; $p=0.021$); teniendo éstas diferencias significancia estadística. Otras variables estudiadas, tales como: 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.

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 ($p=0.516$).

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 conductas vinculadas a abuso de alcohol (para al menos dos) 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: conductas vinculadas a abuso de alcohol (para al menos tres) (21.3% frente a 8.4%; $p=0.043$), 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. Otras variables estudiadas que no figuran en la tabla, tales como: consumo de alcohol en el último mes, embriaguez alcohólica en el último mes, conductas vinculadas al alcohol (al menos un criterio) y uso de alguna sustancia ilegal alguna vez en la vida mostraron esta misma tendencia, pero 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 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 ($p<0.001$ en todos los casos). El trastorno de ansiedad generalizada mostró esta misma tendencia, pero la diferencia no mostró significancia estadística. 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.

La prevalencia de episodio depresivo en adolescentes según conductas suicidas, reveló hallazgos importantes. Los adolescentes que experimentaron deseos de morir alguna vez en la vida, reportaron mayor prevalencia del episodio depresivo (19.5%) que aquellos que no lo experimentaron (4.2%). La diferencia fue estadísticamente significativa ($p<0.001$). De la misma forma, quienes reportaron tener por lo menos un intento suicida alguna vez en la vida reportaron mayor prevalencia del episodio depresivo (48.2%) que aquellos que no lo intentaron (7.21%). La diferencia también fue estadísticamente 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 estadísticamente significativas ($p<0.05$), agrupándolas por separado de acuerdo a tipo de variables a la que correspondían (sociodemográficas, 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 y conductas 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: edad ($p=0.028$), sexo ($p=0.016$), satisfacción con las relaciones sociales ($p=0.023$), reglas y castigos en el hogar ($p=0.001$), compartir sentimientos y pensamientos con los hermanos ($p=0.015$), problemas alimentarios ($p=0.005$) y deseos de

TABLA 3. Prevalencia de episodio depresivo en adolescentes y trastornos clínicos

Trastornos clínicos	Con episodio depresivo (n=87)		Sin episodio depresivo (n=898)		Análisis	
	n	%*	n	%*	F	p
Fobia social						
Si	22	32.6	50	67.4		
No	65	6.8	848	93.2	45.164	<0.001
Problemas alimentarios						
Si	20	26.1	70	73.9		
No	67	7.1	828	92.9	25.150	<0.001
Crisis Buílicas						
Si	17	20.9	57	79.1		
No	79	7.7	841	92.3	12.840	<0.001
Síndrome Psicótico						
Si	6	39.8	8	60.2		
No	80	8.0	887	92.0	14.005	<0.001

* Basado sobre datos ponderados

morir ($p=0.001$), mostrando diferencias con significancia estadística en los grupos de comparación. Además podemos apreciar que los adolescentes de 15 a 17 años, tuvieron alrededor de dos veces la probabilidad de presentar episodio depresivo que los adolescentes de 12 a 14 años (OR: 2.08; IC 95%: 1.084-3.984), las adolescentes mujeres tuvieron alrededor de dos veces la probabilidad de presentar episodio depresivo que los adolescentes varones (OR: 2.24; IC 95%: 1.164-4.292), los adolescentes que tenían ninguna o poca satisfacción con sus relaciones sociales mostraban alrededor de dos veces más probabilidad de presentar episodio depresivo que los que tenían bastante o mucha insatisfacción (OR: 2.691; IC 95%: 1.326-5.460), los que consideraban injustas las reglas y castigos en el hogar tuvieron 4 veces la probabilidad de presentar episodio depresivo que los que consideraban que eran justos (OR: 4.215; IC 95%: 2.151-8.260), los que compartían poco o nada sus sentimientos y pensamientos con sus hermanos tuvieron alrededor de dos veces la probabilidad de presentar episodio depresivo que los que compartían bastante o mucho, aunque el intervalo de confianza incluía el número 1 (OR: 1.701; IC 95%: 0.701-4.127) y los que reportaron deseos de morir tuvieron alrededor de tres veces la

probabilidad de presentar episodio depresivo que los que no reportaron deseos de morir (OR: 2.88; IC 95%: 1.505-5.511).

DISCUSIÓN

La prevalencia del episodio depresivo en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao alcanzó un valor estimado de 8.6% (IC 95%: 6.7-11.1%). Algunos autores han encontrado prevalencias que oscilan entre 2 a 5%⁷ y otros rangos más amplios entre 0.4 a 8.3%.^{7,8} 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.⁶ No se han encontrado datos sobre estudios de prevalencia del episodio depresivo en adolescentes, realizados en Lima Metropolitana, Callao u otras zonas del Perú, de magnitud epidemiológica, antes de 2002. La prevalencia estimada del episodio depresivo en adolescentes de Lima y Callao, se encuentra aproximadamente en el límite superior

TABLA 4. Factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes (modelo final).

Variables	Beta	OR	IC 95%*	p
Edad				
15 a 17 años	-0.731	2.08	(1.084-3.984)	0.028
12 a 14 años		1.00		
Sexo				
Femenino	-0.805	2.24	(1.164-4.292)	0.016
Masculino		1.00		
Satisfacción personal				
Relaciones sociales				
Nada o poco	0.990	2.691	(1.326-5.460)	0.023
Regular	0.328	1.389	(0.730-2.691)	
Bastante o mucho		1.00		
Relaciones intrafamiliares				
Reglas y castigos en el hogar				
Injustos	1.439	4.215	(2.151-8.260)	0.001
Justos		1.00		
Compartir sentimientos y pensamientos con los hermanos				
Nada o poco	0.531	1.701	(0.701-4.127)	0.015
Regular	-1.002	0.367	(0.092-1.469)	
Bastante o mucho		1.00		
Trastornos clínicos (Comorbilidad)				
Problemas alimentarios				
Si	1.099	3.000	(1.394-6.454)	0.005
No		1.00		
Conductas suicidas				
Deseos de morir				
Si	1.058	2.880	(1.505-5.511)	0.001
No		1.00		

* Basado sobre datos ponderados

del rango de prevalencias encontradas en la literatura mundial y por encima de lo encontrado en el metaanálisis citado, aunque el intervalo de confianza obtenido incluye valores similares al de otros estudios. Esta diversidad de resultados puede deberse como mencionan algunos autores^{6,26} a poblaciones diferentes de estudio y empleo de diferentes métodos y criterios de evaluación.

Los factores que mejor predijeron el episodio depresivo, según el análisis multivariado fueron: edad de 15 a 17 años, 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 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^{27,28} y reportarán un episodio depresivo entre el 7% y 9% al acercarse a los 14 años.¹¹ En cuanto al sexo, la mayor prevalencia en el sexo femenino es similar a la encontrada en otros estudios.^{1,6,11,29,30} En el metaanálisis 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.⁶ Uno de los más consistentes hallazgos en la literatura sobre adolescentes es la alta prevalencia de depresión entre mujeres comparada con varones.³¹⁻³⁵

En cuanto 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.³⁶⁻³⁸ Aunque las investigaciones indican una relación entre la sintomatología depresiva en adolescentes y los factores familiares (ejemplo: estabilidad familiar, dinámica familiar y estilos parentales), limitan su atención a lo cuantitativo y no a los procesos familiares.^{37,39,40} Investigaciones sobre factores familiares han sido basadas en muestras clínicas pequeñas, diseños atóxicos y/o han confiado en variables estructurales o demográficas estáticas.^{37,41}

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 directamente⁴² e indirectamente a través de la provisión de soporte a la esposa.⁴³ Sin embargo, la relación entre eventos de vida y comunicación con la madre además indica la importante concurrencia del rol materno en la dinámica de la depresión en el adolescente. Un estudio en población rural encontró que la relación entre pares podría haber sido un predictor importante de depresión entre adolescentes.⁴⁴ Sabatelli y Anderson encontraron que las influencias familiares y de los pares fueron igualmente predictores fuertes de depresión entre adolescentes.⁴⁵ Otro estudio ha mostrado que el soporte social disminuye el riesgo de síntomas depresivos.⁴⁶

En cuanto a abuso infantil, varias investigaciones han mostrado que los niños que crecen en familias maltratadoras reportan con bastante frecuencia síntomas de depresión.⁴⁷⁻⁵¹ 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.⁵²⁻⁵⁴ 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 incrementa la depresión.⁵⁵

En cuanto a consumo de alcohol y otras sustancias, diversos estudios

han revelado la relación entre abuso de sustancias psicoactivas y depresión en adolescentes.^{1,12-15} Algunos adolescentes pueden presentar conductas maladaptativas, como el uso de sustancias para enfrentar el disconfort asociado con los rápidos cambios que experimentan⁵⁶⁻⁵⁸ y otros desarrollan una patología definida.

En relación a trastornos clínicos, se ha observado en estudios anteriores, 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.⁵⁹ En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México⁷ 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.

En cuanto a conductas suicidas, hay diversos estudios que han encontrado relación entre ideación suicida y depresión en adolescentes.^{1,18} La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica realizada en México 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,^{60,61} 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 (sobretudo 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) Los instrumentos utilizados no permiten detectar los casos que corresponden a depresión bipolar; 5) Los instrumentos empleados no son los mismos que los utilizados en otros estudios epidemiológicos de otros países; 6) 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 del episodio depresivo en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao, fue similar y en algunos casos mayor a la encontrada en adolescentes de otros países.
2. Los factores asociados que mejor predijeron el episodio depresivo fueron: edad de 15 a 17 años, sexo femenino, nada o poca satisfacción con las relaciones sociales, reglas y castigos en el hogar injustos, problemas alimentarios y deseos de morir; los cuales podrían ser evaluados en estudios de cohortes, para determinar si constituyen factores de riesgo en esta población.

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):1503-26.
2. HARRINGTON R, RUTTER M, WEISSMAN M, 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(1):9-22.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS: DSM-IV-TR. 4TH ED, TEX REV. WASHINGTON, D.C: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION; 2000.
4. WORLD HEALTH ORGANIZATION. THE ICD-10 CLASSIFICATION OF MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS: CLINICAL DESCRIPTIONS AND DIAGNOSIS GUIDELINES. GINEBRA; 1992.
5. RUTTER M. THE DEVELOPMENT OF PSYCHOPATHOLOGY OF DEPRESSION: ISSUES AND PERSPECTIVES. IN: M. RUTTER, C. E. IZARD, & P.B. READ (EDS), DEPRESSION IN YOUNG PEOPLE. NEW YORK: GUILFORD PRESS; 1986.
6. COSTELLO JE, ERKANLI A, ANGOLD A. IS THERE AN EPIDEMIC OF CHILD OR ADOLESCENT DEPRESSION? *J CHILD PSYCHOL PSYCHIATRY*. 2006;47(12):1263-71.
7. BENJET C, BORGES G, MEDINA-MORA ME, ET AL. LA DEPRESIÓN CON INICIO TEMPRANO: PREVALENCIA, CURSO NATURAL Y LATENCIA PARA BUSCAR TRATAMIENTO. *SALUD PÚBLICA MEX*. 2004;46(5):417-24.
8. LEWINSOHN PM, ROHDE P, SEELEY JR. MAJOR DEPRESSIVE DISORDER IN OLDER ADOLESCENTS: PREVALENCE, RISK FACTORS AND CLINICAL IMPLICATIONS. *CLIN PSYCHOL REV*. 1998;18(7):756-94.9. OLSSON GI, VON KNORRING AL. ADOLESCENT DEPRESSION: PREVALENCE IN SWEDISH HIGH-SCHOOL STUDENTS. *ACTA PSYCHIATR SCAND*. 1999;99(5):324-31.
10. OLDEHINKEL AJ, WITTCHEN HU, SCHUSTER P. PREVALENCE, 20-MONTH INCIDENCE AND OUTCOME OF UNIPOLAR DEPRESSIVE DISORDERS IN A COMMUNITY SAMPLE OF ADOLESCENT. *PSYCHOL MED*. 1999;29(3):655-68.
11. GARRISON CZ, SCHLUCHTER MD, SCHOENBACH VJ, ET AL. EPIDEMIOLOGY OF DEPRESSIVE SYMPTOMS IN YOUNG ADOLESCENT. *J AM ACAD CHILD ADOLESC PSYCHIATRY*. 1989;28(3):343-51.
12. ROBERTS RE, ANDREWS JA, LEWINSOHN PM, ET AL. ASSESSMENT OF DEPRESSION IN ADOLESCENT USING THE CENTER FOR EPIDEMIOLOGIC STUDIES DEPRESSION SCALE. *PSYCHOL ASSESS*. 1990;2(2):122-8.
13. KANDELL DB, DAVIES M. HIGH SCHOOL STUDENTS WHO USE CRACK AND OTHER DRUGS. *ARCH GEN PSYCHIATRY*. 1996;53(1):71-80.
14. WU LT, ANTHONY JC. TOBACCO SMOKING AND DEPRESSED MOOD IN LATE CHILDHOOD AND EARLY ADOLESCENCE. *AM J PUBLIC HEALTH*. 1999;89(12):1837-40.
15. ROJAS NL, KILLEN JD, HOYDEL KF, ET AL. NICOTINE DEPENDENCE AMONG ADOLESCENT SMOKERS. *ARCH PEDIATR ADOLESC MED*. 1998;152(2):151-6.
16. FLEMING JE, OFFORD DR, BOYLE MH. PREVALENCE OF CHILDHOOD AND ADOLESCENT DEPRESSION IN THE COMMUNITY. ONTARIO CHILD HEALTH STUDY. *BR J PSYCHIATRY*. 1989;155:647-54.
17. GOTLIB IH, LEWINSOHN PM, SEELEY JR. SYMPTOMS VERSUS A DIAGNOSIS OF DEPRESSION: DIFFERENCE IN PSYCHOSOCIAL FUNCTIONING. *J CONSULT CLIN PSYCHOL*. 1995;63(1):90-100.
18. KANDELL DB, RAVEIS VH, DAVIES M. SUICIDAL IDEATION IN ADOLESCENT: DEPRESIÓN, SUBSTANCE USE AND OTHER RISK FACTORES. *J YOUTH ADOLESC*. 1991;20(2):289-309.
19. PINE DS, COHEN P, JOHNSON JG, ET AL. ADOLESCENT LIFE EVENTS AS PREDICTORS OF ADULT DEPRESSION. *J AFFECT DISORD*. 2002;68(1):49-57.
20. INSTITUTO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL "HONORIO DELGADO - HIDEYO NOGUCHI". ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO METROPOLITANO EN SALUD MENTAL 2002. INFORME GENERAL. ANALES DE SALUD MENTAL. 2002;18(1-2):1-197.
21. LECRUBIER Y, WEILLER E, HERGUETA T, AMORIM P, BONORA LI, LÉPINE JP, ET AL. MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW. VERSIÓN EN ESPAÑOL 5.0; 2001.
22. PERALES A, SOGI C, SALAS RE. SALUD MENTAL EN ADOLESCENTES DEL DISTRITO DE MAGDALENA. EN: SERIES MONOGRÁFICAS DE INVESTIGACIÓN No 4. LIMA: INSM "HONORIO DELGADO - HIDEYO NOGUCHI", 1996.
23. ANICAMA J, VIZCARDO S, CARRASCO J, MAYORGA E. ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO. VIOLENCIA Y COMPORTAMIENTOS ASOCIADOS EN LIMA METROPOLITANA. LIMA: OFICINA GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA. UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLAREAL, 1999.
24. GARNER DM., OLMSTED MP. Y POLIVY J. DEVELOPMENT AND VALIDATION OF A MULTIDIMENSIONAL EATING DISORDER INVENTORY FOR ANOREXIA NERVOSA AND BULIMIA. *INTERNACIONAL JOURNAL OF EATING DISORDERS* 1983;2:15-34.
25. GARNER DM. INVENTARIO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA 2. MADRID: TEA EDICIONES, SA; 1998.
26. ADRIANZÉN C. TRASTORNOS DEPRESIVOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. EN: CASTRO-MORALES J, NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES. EXCLUSIÓN Y DESARROLLO PSICOSOCIAL, SAVE THE CHILDREN, LIMA, PERÚ; 2001.
27. LEWINSOHN PM, HOPS H, ROBERTS RE, SEELEY JR, ANDREWS JA. ADOLESCENT PSYCHOPATHOLOGY. I. PREVALENCE AND INCIDENCE OF DEPRESSION AND OTHER DSM-III-R DISORDERS IN HIGH SCHOOL STUDENTS. *J ABNORM PSYCHOL*. 1993; 102: 133-144.
28. KESSLER RC, WALTERS EE, WORTHMAN CM. PUBERTY AND DEPRESSION: THE ROLES OF AGE, PUBERTAL ATATUS AND PUBERTAL TIMING. *PSYCHOLOGICAL MEDICINE* 1998; 29: 51-61.
29. KANDEL DB, DAVIES M. EPIDEMIOLOGY OF DEPRESSIVE MOOD IN ADOLESCENT. *ARCH GEN PSYCHIATR* 1982;39:1205-1212.
30. SCHRAEDLEY PK, GOTLIB IH, HAYWARD C. GENDER DIFFERENCES IN CORRELATES OF DEPRESSIVE SYMPTOMS IN ADOLESCENT. *J ADOLESC HEALTH* 1999;25:98-108.
31. WINCHSTROM L. THE EMERGENTE OF GENDER DIFFERENCE IN DEPRESSED MOOD CHURING ADOLESCENTE: THE ROLE OF INTENSIFIED GENDER SOCIALIZATION. *DCE PSYCHOL* 1999;232-245.
32. RUTTER M. THE DEVELOPMENTAL PSYCHOPATHOLOGY OF DEPRESSION: ISSUES AND PERSPECTIVES. IN: RUTTER M, IZARD CE, READ PB, EDS. DEPRESSION IN YOUNG PEOPLE. NY: GUILFORD PRESS; 1986:3-30 CLINICAL AND DEVELOPMENTAL PERSPECTIVES. NEW YORK.
33. KANDELL DB, DAVIES M. EPIDEMIOLOGY OF DEPRESSED MOOD IN ADOLESCENTS. AN EMPIRICAL STUDY. *ARCH GEN PSYCHIATRY* 1982;39:1205-1212.
34. VERHULST FC, PRINCE J, VERVOURT-POOT C, DE JONGE J. MENTAL HEALTH IN DUTCH ADOLESCENTS: SELF-REPORTED COMPETENCIES AND PROBLEMS FOR AGES 11-18. *ACTA PSYCHIATR SCAND* 1989; 80 (SUPPL 356):1-47.
35. COMPAS B, OPPEDISANO G, CONNOR JK, ET AL. GENDER DIFFERENCES IN DEPRESSIVE SYMPTOMS IN ADOLESCENCE: COMPARISON OF NATIONAL SAMPLES OF CLINICALLY REFERRED AND NONREFERRED YOUTHS. *J CONSULT CLIN PSYCHOL*. 1997; 617-626.
36. BURBACH DJ, BORDUIN CM. PARENT-CHILD RELATIONS AND THE ETIOLOGY OF DEPRESIÓN: A REVIEW OF METHODS AND FINDINGS. *CLINICAL PSYCHOLOGY REVIEW*. 1986;6:133-153.
37. FOREHAND R, BRODY G, SLOTKIN J, FAUBER R, MCCOMBS A, LONG N. YOUNG ADOLESCENT AND MATERNAL DEPRESSION: ASSESSMENT, INTERRELATIONS, AND FAMILY PREDICTORS. *JOURNAL OF CONSULTING AND CLINICAL PSYCHOLOGY*. 1988;56: 422-426.
38. OSTER GD, CARO JE. UNDERSTANDING AND TREATING DEPRESSED ADOLESCENTS AND THEIR FAMILIES. NEW YORK: WILEY 1990.
39. COHEN LH, BURT CE, BJORCK JP. LIFE STRESS AND ADJUSTMENT: EFFECTS OF LIFE EVENTS EXPERIENCED BY YOUNG ADOLESCENTS AND THEIR PARENTS. *DEVELOPMENTAL PSYCHOLOGY*. 1987;23:583-592.
40. FRIEDRICH W, REAMS R, JACOBS J. DEPRESSION AND SUICIDAL IDEATION IN EARLY ADOLESCENTS. *JOURNAL OF YOUTH AND ADOLESCENTS*. 1982;11:403-407.
41. SIEGEL SJ, GRIFFIN NJ. CORRELATES OF DEPRESSIVE SYMPTOMS IN ADOLESCENTS. *JOURNAL OF YOUTH AND ADOLESCENCE*. 1984;13:475-487.
42. LAMB ME. THE ROLE OF THE FATHER IN CHILD DEVELOPMENT. NEW YORK: WILEY 1981.
43. BRONSTEIN P. MARITAL AND PARENTING ROLES IN TRANSITION: AN OVERVIEW. IN: BRONSTEIN P, COWAN CP (EDS). FATHERHOOD TODAY: MEN'S CHANGING ROLE IN THE FAMILY. NEW YORK: WILEY; 1988. p. 3-12.
44. STEWART ER, MCKENRY PC, RUDD NM, GAVAZZI SM. FAMILY PROCESSES AS MEDIATORS OF DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY AMONG RURAL ADOLESCENTS. *FAMILY RELATIONS* 1994;43:38-45.
45. SABATELLI RM, ANDERSON RM. FAMILY SYSTEM DYNAMICS, PEER RELATIONSHIPS, AND ADOLESCENTS' PSYCHOLOGICAL ADJUSTMENT. *FAMILY RELATIONS* 1991;40:363-369.
46. UNGER JB, KIPKE MD, SIMON TR, JOHNSON CHJ, MONTGOMERY SB, IVERSON E. "STRESS, COPING AND SOCIAL SUPPORT AMONG HOMELESS YOUTH". *JOURNAL OF ADOLESCENT RESEARCH* 1998;13:134-137.
47. ALLEN DM, TARNOWSKI KJ. DEPRESSIVE CHARACTERISTICS OF PHYSICALLY ABUSED CHILDREN. *JOURNAL OF ABNORMAL CHILD PSYCHOLOGY* 1989;17:1-11.
48. DOWNEY G, WALTER E. DISTINGUISHING FAMILY-LEVEL AND CHILD-LEVEL INFLUENCES ON THE DEVELOPMENT OF DEPRESSION AND AGGRESSION IN CHILDREN AT RISK. *DEVELOPMENTAL AND PSYCHOPATHOLOGY* 1992; 4: 81-95.
49. FINKELHOR D. CHILD SEXUAL ABUSE: NEW THEORY AND RESEARCH. NEW YORK: FREE PRESS; 1984.
50. MUNDT P, ROBERTSON M, ROBERTSON J, GREENBLATT M. THE PREVALENCE OF PSYCHOTIC SYMPTOMS IN HOMELESS ADOLESCENTS. *JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD/ ADOLESCENT PSYCHIATRY* 1990;29:724-731.
51. KESSLER RC, MAGEE WJ. CHILDHOOD FAMILY VIOLENCE AND ADULT RECURRENT DEPRESSION. *JOURNAL OF HEALTH AND SOCIAL BEHAVIOR* 1994;35:13-27.
52. SMART RG, WALSH GW. PREDICTORES OF DEPRESSION IN STREET YOUTH. *ADOLESCENCE* 1993;28: 41-53.
53. YATES G, MACKENZIE R, PENNBRIDGE J, COHEN E.

A RISK PROFILE COMPARISON OF RUNAWAY AND NON-RUNAWAY YOUTH. AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH 1988;78:820-821.

54. YODER K, HOYT DR, WHITBECK LB. SUICIDAL BEHAVIOR AMONG HOMELESS AND RUNAWAY ADOLESCENTS. JOURNAL OF YOUTH AND ADOLESCENT 1998;27:753-771.

55. WAN-NING B, WHITBECK LB, HOYT DR. ABUSE, SUPPORT AND DEPRESSION AMONG HOMELESS AND RUNAWAY ADOLESCENTS. JOURNAL OF HEALTH AND SOCIAL BEHAVIOR 2000;41,4:408-420.

56. KANDELL DB ET AL. SUICIDAL IDEATION IN ADOLESCENCE: DEPRESSION, SUBSTANCE USE, AND

OTHER RISK FACTORS. J YOUTH ADOLESC 1991;20:289-309.

57. MILLER D. AFFECTIVE DISORDERS AND VIOLENCE IN ADOLESCENTS. HOSP. COMMUN. PSYCHIAT 1986;37:591-596.

58. 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.

59. 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.

60. ANESHENSEL CS, HUBA GJ. AN INTEGRATIVE CAUSAL MODEL OF THE ANTECEDENTS AND CONSEQUENCE OF DEPRESSION OVER ONE YEAR. IN: GREENLEY, JR (ED). RESEARCH IN COMMUNITY AND MENTAL HEALTH. JAI, GREENWICH, CT; 1984.

61. BECK A. DEPRESIÓN: CAUSES AND TREATMENT. UNIVERSITY OF PENNSYLVANIA PRESS, PHILADELPHIA;1972.

ABSTRACT

PREVALENCE AND FACTOR ASSOCIATED WITH DEPRESSIVE EPISODE IN TEENAGERS FROM LIMA METROPOLITANA AND CALLAO

Objective: To determine the prevalence and factors associated with depressive episode in adolescents from Lima Metropolitana and Callao. **Methods:** Cross sectional study with three-stage cluster probability sampling. We used the database from the Metropolitan Epidemiological Study on Mental Health 2002. Study population comprised residents of 12-17 years. 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 8.6% (CI 95%: 6.7-11.1%), we observed, by multivariate analysis, statistically significant associations with age of 15-17 years (OR: 2.028; CI 95%: 1.084-3.984), female gender (OR: 2.24; CI 95% 1.164-4.292), nothing or little satisfaction with social relationships (OR: 2.691; CI 95%: 1.326-5.460), unjust rules and punishment at home (OR: 4.215; CI 95%: 2.151-8.26), eating disorders (OR: 3.0; CI 95%: 1.394-6.454) and death wishes (OR:2.88; CI 95%: 1.505-5.511). **Conclusions:** Prevalence of depressive episode in adolescents in Lima and Callao was similar and in some cases greater than prevalence reported in adolescents in other countries. Associated factors that best predicted depressive episode were age 15 to 17 years, female gender, nothing or little satisfaction with social relationships, unjust rules and punishment at home, eating disorders and wishes to die, which could be evaluated as risk factors in future studies.

KEY WORDS: Depression, Adolescents, Prevalence, Associated factors.

