

# Sintomatología depresiva en adolescentes mujeres: prevalencia y factores de relación interpersonal asociados\*

## Depressive symptoms in adolescent women: prevalence and interpersonal relation associated factors

Fernando Ramírez <sup>A</sup>

### RESUMEN

**Objetivo:** Estimar la prevalencia e identificar los factores de relación interpersonal asociados a sintomatología depresiva en alumnas adolescentes del quinto grado de educación secundaria de un colegio nacional. **Material y método:** Estudio transversal. La muestra fue de 176 alumnas (entre 15 y 19 años), el instrumento utilizado constó de dos partes, la primera: recogió datos sociodemográfico; la segunda: estuvo conformada por la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR). Se utilizó el paquete estadístico SPSS.15.0, se aplicaron estadísticas descriptivas como distribución de frecuencias y porcentajes, para evaluar la asociación de las variables seleccionadas se utilizó la prueba chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) y un modelo de regresión logística para determinar factores asociados. **Resultados:** Del total de alumnas: 28 (15.9%) tenían 15 años, 125 (71.0%) tenían 16 años y 23 (13.1%) tenían 17 años. La prevalencia encontrada de depresión fue del 29.5%. El análisis bivariado de presencia de depresión con las características sociodemográficas muestran: que la edad, las horas extras de estudio fuera de las clases, antecedente de violencia sexual y violencia escolar estuvieron estadísticamente asociadas ( $p < 0,05$ ). En la regresión logística el antecedente de agresión escolar (OR ajustado 4,5, IC95%: 2,0-10,1), el tener 16 años de edad (OR ajustado: 3,6, IC95%: 1,4-9,1) y el antecedente de agresión sexual (OR ajustado: 2,6, IC95%: 1,1-7,0) estuvieron asociadas para desarrollar síntomas depresivos en la adolescencia. **Conclusiones:** EL antecedente de agresión escolar y el antecedente de agresión sexual son factores de relación interpersonal que están asociadas a que una adolescente tenga más riesgo de presentar sintomatología depresiva. La identificación temprana de estos factores de riesgo contribuirá a reducir el impacto de esta patología en la familia, la sociedad y el desempeño académico además de contribuir a reducir el riesgo para el suicidio, el abuso de sustancias, y la persistencia de desórdenes depresivos en la edad adulta.

**PALABRAS CLAVE:** Depresión, Mujeres adolescentes, Factores de relación interpersonal

### INTRODUCCIÓN

Algunos de los trastornos psiquiátricos son considerados importantes problemas de salud pública en el mundo y, a pesar de los progresos en el control de la morbilidad y mortalidad en diferentes enfermedades físicas, los trastornos mentales aumentan en frecuencia generando sufrimiento, discapacidad y deterioro de la calidad de vida de las personas. Los datos aportados sobre episodio depresivo mayor por el último estudio comunitario del National Comorbidity Survey de EEUU (NCS-R EEUU 2001) le dan una prevalencia a lo largo de la vida de 17.1% (21.3% para las mujeres y 12.7% para los varones). Dicha patología se sitúa ya en el cuarto lugar entre las 10 causas principales de la carga mundial de morbilidad y si las predicciones son correctas en los próximos 20 años llegará a ocupar el segundo lugar.<sup>1</sup>

Los trastornos depresivos en la práctica médica se asocian al aumento en la morbilidad y mortalidad y aumento en las estancias hospitalarias. Se asocia además al no cumplimiento del tratamiento instaurado, a la incapacidad laboral o educacional y al aumento de costos directos e indirectos del padecimiento.<sup>2</sup>

Según el Plan Nacional de Salud Mental (2005) en el Perú no existe información epidemiológica de carácter nacional consistente y organizada sobre la prevalencia de trastornos mentales. El Instituto Especializado en Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi muestra para el año 2002, en Lima Metropolitana y Callao, una prevalencia de 8.6% para episodio depresivo en adolescentes. Otro estudio epidemiológico realizado por la misma institución en la sierra peruana (Ayacucho, Cajamarca y Huaraz) muestra una prevalencia de vida de trastornos depresivos de 17%, siendo los valores para varones y mujeres de 13.3% y 20.5%, respectivamente.<sup>3</sup>

(A) Escuela de Medicina Humana de la Facultad de Medicina de San Fernando de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima-Perú.

Correspondencia a Fernando Ramírez: ferfilosofal@hotmail.com

Recibido el 10 de marzo de 2010 y aprobado el 05 de abril de 2010.

\* Trabajo presentado como tesis para obtener el título profesional de médico cirujano, Facultad de Medicina, UNMSM.

Cita sugerida: Ramírez F. Sintomatología depresiva en adolescentes mujeres: prevalencia y factores de relación interpersonal asociados. Rev. peru. epidemiol. 2010; 14 (1) [p. 7]

Entre los trastornos afectivos la depresión mayor es una patología psiquiátrica frecuente y tiene a menudo su inicio entre la mitad y el final de la adolescencia.<sup>4</sup> La mayoría de adolescentes que sufren esta patología consultan por primera vez a médicos en el nivel primario de atención. Sin embargo, este tipo de trastornos no es reconocido fácilmente por el médico o por el equipo de salud y no siempre son tratados de forma correcta.<sup>5</sup> La prevalencia del episodio depresivo mayor en niños y adolescentes se estima aproximadamente entre 4% a 8%, con una relación masculino/ femenino de 1: 1 durante la niñez y de 1: 2 durante la adolescencia.<sup>6</sup> El riesgo para la depresión aumenta de dos a cuatro veces después de la pubertad particularmente en las mujeres. La incidencia acumulativa para los 18 años es de aproximadamente del 20% además los estudios han sugerido que cada generación sucesiva desde 1940 está en mayor riesgo para desarrollar desórdenes depresivos y que estos desórdenes tienen su inicio en una edad más joven.<sup>7</sup>

En una encuesta realizada por el Substance Abuse and Mental Health Services Administration, se estimó para el año 2004 que el 14% de los adolescentes con edades comprendidas entre 12 a 17 años habían experimentado al menos un episodio depresivo mayor en su vida y que el 9% había experimentado al menos un episodio depresivo mayor en el último año. Los porcentajes de episodio depresivo mayor en el último año variaron por grupos de edad: los adolescentes entre 15 y 17 años de edad tenían más del doble de probabilidades de padecer un episodio depresivo mayor durante el último año en relación a los adolescentes comprendidos entre los 12 y 13 años de edad (12.3% frente a 5.4%), también se observó que las mujeres tenían más probabilidades que los hombres a tener un episodio depresivo mayor (13.1% vs. 5.0%).<sup>8</sup>

En la población peruana se calcula que existen 2.7 millones de personas entre 15 y 19 años de las cuales 1.3 millones son mujeres.<sup>9</sup> Por tener un alto riesgo de presentar sintomatología depresiva, un grupo de interés comprendido entre esas edades es la de las estudiantes que cursan el quinto grado de educación secundaria pues las presiones parentales y amicales, el estrés, los conflictos personales y de adaptación social propios de la edad aumentan en este grupo, ya que próximas a terminar el colegio, pondrán en juego sus esperanzas y expectativas para tomar la mejor decisión sobre el derrotero de sus vidas.<sup>10-12</sup>

La identificación de factores de riesgo ha demostrado ser especialmente útil en el terreno de los problemas de salud mental del adolescente. Ciertas condiciones promueven que un adolescente tenga más riesgo de presentar sintomatología depresiva. Entre los antecedentes de esta patología se pueden considerar diversos factores. Para efectos del presente trabajo consideraremos las características socio-demográficas, tales como: edad;<sup>5</sup> estructura familiar;<sup>13,14</sup> inicio de las relaciones sexuales cuando éstas ocurren sin una adecuada preparación e información;<sup>15,16,18</sup> escolaridad, ya que en el quinto grado de educación secundaria las adolescentes son sometidas a grandes presiones (académicas, laborales y familiares);<sup>17</sup> presentar alguna discapacidad;<sup>18</sup> trabajo en adolescentes que estudian<sup>19</sup> y religión, pues se ha observado que adolescentes con férreas creencias religiosas (especialmente si pertenecen a grupos religiosos fuertemente cohesionados), tienen menos probabilidades de presentar sintomatología depresiva que las adolescentes que no tienen esta condición.<sup>20</sup> La adolescencia está ligada a procesos de interacción social, de definición de identidad y de toma de responsabilidades y es la etapa donde los síntomas depresivos se hacen más evidentes, sobretodo en mujeres.<sup>21,22</sup>

En las dos últimas décadas el interés por parte de los clínicos e investigadores por abordar y ahondar en el examen de la depresión en adolescentes ha sido creciente. Es importante no catalogar la sintomatología de la depresión como un aspecto normal del

desarrollo del adolescente, los síntomas depresivos no son equiparables a los conceptos difusos de las alteraciones comunes en adolescentes. La depresión en los adolescentes constituye un desorden psicológico que si no es tratado eficazmente puede persistir por mucho tiempo (meses, años) y en su forma más severa puede amenazar la vida.<sup>23</sup>

La depresión en adolescentes hace referencia a un cuadro clínico unitario para cuyo diagnóstico se requiere la presencia de un conjunto completo de síntomas y de criterios de inclusión y exclusión. El DSM-IV-TR (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision), describe al episodio depresivo mayor como un periodo de al menos dos semanas en el que se da un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. El adolescente también debe de experimentar al menos cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte, planes o intentos suicidas.

Para indagar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del adolescente antes del episodio. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día durante al menos dos semanas consecutivas. En algunos adolescentes la actividad puede ser normal pero a costa de un esfuerzo muy importante.<sup>24</sup>

El trastorno depresivo es multifactorial, estudios recientes han revelado que los familiares de primer grado (padres, hijos, hermanos) de sujetos con trastorno depresivo mayor tienen alrededor de tres veces más probabilidades de enfermar de depresión que la población general. No obstante, dichos estudios no pueden distinguir en un sujeto determinado si su depresión es principalmente "genética" o "ambiental". Esto es sólo parcialmente posible. La evidencia limitada sugiere que los factores genéticos influyen parcialmente el riesgo total de enfermar.<sup>25</sup> Estudios acerca del funcionamiento endocrínológico en pacientes depresivos han revelado anormalidades del funcionamiento del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA). El hallazgo más consistente es un trastorno en la secreción de cortisol y resistencia de los receptores de glucocorticoides sobretodo en la región del hipocampo.<sup>26,27</sup> Existen también una serie de teorías psicológicas, puntos de vista del psicoanálisis y modelos conductuales que intentan sustentar una explicación etiológica.<sup>23,28,29</sup>

Dada la carencia de estudios en población adolescente, este trabajo busca determinar la prevalencia de síntomas depresivos, así como de los factores sociodemográficos (edad, estructura familiar, sexualidad, religión, trabajo, discapacidad) asociados. De esta forma, podemos contribuir a reducir su impacto en la familia, la sociedad y el desempeño académico mediante el cambio de estilos de vida, hábitos y exposición a ciertos factores así se podría reducir el riesgo de suicidio, abuso de sustancias y persistencia de desórdenes depresivos en la edad adulta.

## MATERIAL y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional y transversal. La muestra estuvo conformada por 176 alumnas adolescentes (15 a 19 años) del quinto grado de educación secundaria del Colegio Nacional de Mujeres (CNM) "Nuestra Señora de Montserrat", matriculadas en el año académico 2009. Se consideró como variable dependiente los síntomas depresivos, definidos como el auto-reconocimiento de la presencia de síntomas a partir de las respuestas dadas por las

adolescentes a la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds.

Los factores sociodemográficos estudiados fueron:

- Edad (variable cuantitativa en años).
- Características de estructura familiar: presencia del padre y la madre en el hogar, familiar responsable del hogar (madre, padre u otro), nivel educativo del responsable del hogar (primaria, secundaria y superior).
- Antecedentes familiares de enfermedad mental diagnosticada: (sí/no).
- Características relacionadas a la sexualidad: inicio de relaciones sexuales (sí/no), antecedente de violencia sexual (sí/no), antecedente de aborto (sí/no) y maternidad (sí/no).
- Aspecto referidos a la escolaridad: tiempo dedicado al estudio (0 a 2; 2 a 4; 4 a 6 y de 6 a más horas).
- Antecedente de violencia escolar (sí/no).
- Religión: Católica, evangelista y otra.
- Trabajo en horas fuera del colegio (sí/no).
- Existencia de alguna discapacidad (sí/no).

### Instrumento de recolección de datos

Se diseñó un instrumento de recolección de datos que constó de dos partes. La primera recogió datos socio-demográficos, los cuales permitieron obtener información que delimitaron en un contexto real y actual a la población en estudio. La segunda estuvo conformada por la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR). EDAR es un instrumento estandarizado, adaptado y validado a nuestro medio por Ugarriza y col. el año 2002.<sup>30,31</sup> La consistencia interna de esta escala obtenida mediante el coeficiente *alfa de Cronbach* es de 0.87; mientras que la confiabilidad determinada por el método de división por mitades es de 0.85.<sup>30</sup> No tiene tiempo límite de aplicación, pero en promedio nos tomó entre cinco a siete minutos.

Es una prueba breve de fácil aplicación, desarrollada para evaluar sintomatología depresiva en adolescentes cuyas edades fluctúan entre los 13 y 19 años, aunque puede ser usado en personas fuera de ese rango de edades. A partir de un punto de corte permite determinar los niveles clínicos relevantes de la sintomatología depresiva en adolescentes y es útil para identificar a las personas que denotan depresión dentro de las poblaciones escolares. La escala contiene 30 ítems y utiliza un formato de respuesta tipo Likert de cuatro alternativas: casi nunca, rara vez, algunas veces y casi siempre. La adolescente debe elegir y marcar la alternativa con cuyo contenido se siente más identificada. Los ítems están escritos en tiempo presente para identificar síntomas actuales. El formato de respuesta evalúa la frecuencia de los síntomas que son psicopatológicamente positivos del desorden depresivo. De los treinta ítems, siete son inconsistentes con la depresión: 1, 5, 10, 12, 23, 25 y 29; estos reactivos se califican de modo inverso, es decir la respuesta "casi nunca" recibe un puntaje de 4; "rara vez": 3 puntos; "algunas veces": 2 puntos y "casi siempre": 1 punto.

Al calificar la prueba se debe tener en cuenta el punto de corte (76 puntos), pues éste se usa para discriminar la presencia (puntajes mayores al corte) o no (puntajes menores al corte) de sintomatología depresiva.

Existen seis ítems críticos: 6, 14, 20, 26, 29, 30; que al ser respondidos cuatro o más de éstos positivamente, alertan que un adolescente (aún con puntuación por debajo del punto de corte) pudiera estar experimentando un importante nivel de sintomatología depresiva. Estos ítems corresponden a presencia de aislamiento social, daño a sí mismo, auto-desaprobación, preocupación, desórdenes del apetito y desesperanza.

### Procedimientos y análisis de datos

Se solicitó el permiso respectivo a la dirección del CNM Nuestra Señora de Montserrat. En presencia de las alumnas, antes de iniciar la encuesta, se absolvieron todas las dudas que surgieron al momento de la explicación sobre la finalidad de la investigación así como del llenado del instrumento. Luego, se les pidió que firmen la ficha de consentimiento informado dando así su aprobación para la aplicación de la encuesta. Por último, se procedió a repartir los cuestionarios y recolectar los datos. La información obtenida mediante la encuesta fue introducida en una base de datos en el programa SPSS® versión 15.0 para Windows. Se aplicaron estadísticas descriptivas como distribución de frecuencias y porcentajes. Para evaluar la asociación de las variables seleccionadas se utilizó la prueba Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) y un modelo de regresión logística para determinar factores asociados.

### Aspectos éticos

Las encuestas tomadas no implicaron riesgo alguno para las participantes y no requirieron de operaciones complejas de raciocinio para su desarrollo, así que se consideró a las adolescentes encuestadas como individuos con capacidad de proveer correctamente la información. Además, se les brindó a las alumnas la información necesaria sobre el estudio que se iba a realizar para que conozcan y estén conscientes de lo que iban a revelar; se respetó la autonomía, pues se dejó abierta la posibilidad de participación y se protegió la confidencialidad de las participantes pues las encuestas tomadas fueron anónimas.

## RESULTADOS

La tasa de respuesta del cuestionario fue del 100%. Fueron en total 176 alumnas encuestadas, de las cuales 28 (15.9%) tenían 15 años, 125 (71.0%) tenían 16 años y 23 (13.1%) tenían 17 años. Ninguna de las adolescentes tuvo 18 ni 19 años al momento de ser encuestadas. La prevalencia encontrada de síntomas depresivos fue del 29.6%. El 10.8% obtuvieron valores en la escala de Reynolds superiores al punto de corte establecido y el 18.8%, si bien puntuó por debajo del nivel establecido, respondió positivamente a cuatro o más de los ítems considerados como críticos (ver Tabla 1).

Al realizar el análisis bivariado de la presencia de síntomas depresivos con las variables sociodemográficas estudiadas, encontramos que la edad, el tener antecedente de violencia sexual, las horas de estudio fuera de clases y el antecedente de haber sufrido violencia escolar estuvieron asociadas en forma estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ). (Tabla 2)

TABLA 1. Distribución de casos de depresión (según respondieron ítems críticos o no) en relación a la edad

Edad	Tipos							
	Depresivos		Depresivos (Ítems críticos)		No depresivos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
15	5	17.9	9	32.1	14	50	28	100
16	12	9.6	18	14.4	95	76	125	100
17	2	8.7	6	26.1	15	65.2	23	100
Total	19	10.8	33	18.8	124	70.4	176	100

TABLA 2. Análisis bivariado de las variables de relación interpersonales frente al diagnóstico de depresión según La Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR).

Variable	Depresión		p valor
	Presencia	Ausencia	
	N (%)	N (%)	
<b>Edad</b>			
15	14 (50)	14 (50)	<b>0.02</b>
16	30 (24)	95 (76)	
17	8 (34.8)	15 (65.2)	
<b>Presencia de madre y padre</b>			
Ambos padres	33 (27.3)	88 (72.7)	0.62
Sólo madre	15 (34.9)	28 (65.1)	
Sólo padre	2 (50)	2 (50)	
Otros familiares	2 (25)	6 (75)	
<b>Familiar responsable</b>			
Padre	28 (28.3)	71 (71.7)	0.2
Madre	20 (30.8)	45 (69.2)	
Otro	4 (33.3)	8 (66.7)	
<b>Nivel educativo del responsable del hogar</b>			
Primaria	10 (45.5)	12 (54.5)	0.15
Secundaria	23 (24.7)	70 (75.3)	
Superior	19 (31.1)	42 (68.9)	
<b>Antecedente familiar de enfermedad mental</b>			
Si	16 (40)	24 (60)	0.09
No	36 (26.5)	100 (73.5)	
<b>Inicio de relaciones sexuales</b>			
Si	13 (34.2)	25 (65.8)	0.47
No	39 (28.3)	99 (71.7)	
<b>Antecedente de violencia sexual</b>			
Si	13 (54.2)	11 (45.8)	0.007
No	39 (25.7)	113 (74.3)	
<b>Antecedente de aborto</b>			
Si	3 (42.9)	4 (57.1)	0.43*
No	49 (29)	120 (71)	
<b>Tiene hijos</b>			
Si	0	1 (100)	1.00*
No	52 (29.7)	123 (70.3)	
<b>Horas de estudio fuera de clases</b>			
0-2 horas	19 (37.3)	32 (62.7)	0.03
2-4 horas	19 (23.5)	62 (76.5)	
4-6 horas	7 (21.9)	25 (78.1)	
Más de 6 horas	7 (58.3)	5 (41.7)	
<b>Ha sido víctima de violencia escolar</b>			
Si	24 (54.5)	20 (45.5)	<b>&lt;0.001</b>
No	28 (21.2)	104 (79.8)	
<b>Religión</b>			
Católica	38 (27.9)	98 (72.1)	0.83
Evangélica	6 (33.3)	12 (66.7)	
Otra	3 (33.3)	6 (66.7)	
Ninguna	5 (38.5)	8 (61.5)	
<b>Realiza actividades laborales</b>			
Si	8 (30.8)	18 (69.2)	0.88
No	44 (29.3)	106 (70.7)	
<b>Discapacidad física</b>			
Si	10 (27)	27 (73)	0.7
No	42 (30.2)	97 (69.8)	

\* Prueba Exacta de Fisher

Se realizó una regresión logística incluyendo en el modelo todas las variables socio-demográficas encontrándose que sólo el tener antecedente de ser víctima de violencia física o psicológica por parte de los compañeros de clase estuvo estadísticamente asociado (OR ajustado: 4.8; IC: 2.0-11.6). Además, se aplicó otro modelo incluyendo sólo las variables que resultaron significativas en el análisis bivariado (edad, horas de estudio extra fuera de clases, antecedente de ser víctima de violencia escolar y antecedente de agresión sexual) resultando que las mujeres con antecedente de agresión escolar tuvieron 4 veces mayor probabilidad de sufrir de depresión (OR ajustado: 4.5; IC: 2.0-10.1). También estuvieron asociados el tener 16 años de edad (OR ajustado: 3.6; IC: 1.4-9.1) y el antecedente de agresión sexual (OR ajustado: 2.6; IC: 1.1-7.0).

## DISCUSIÓN

El presente estudio ha permitido identificar, en las adolescentes del quinto grado de educación secundaria de un colegio público de Lima, algunas características sociodemográficas y de relación interpersonal asociadas a sintomatología depresiva.

Se encontró que la prevalencia de sintomatología depresiva entre las alumnas encuestadas es del 29.6%; dicho resultado se encuentra en los rangos reportados en investigaciones internacionales donde también se emplearon encuestas de autoaplicación. Por ejemplo, en Chile (comuna de Concepción, 2007),<sup>33</sup> se usó para evaluar la sintomatología depresiva en adolescentes la versión actualizada del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y se encontró una prevalencia del 32.6%. En México (2006), se usó para evaluar la sintomatología depresiva en adolescentes la escala de Birleson (en



su versión en español). En dicho estudio, la frecuencia de depresión fue del 29.8%.<sup>34,35</sup> En el Perú, Doregaray en el año 2005, utilizando la escala autoaplicada de Zung en alumnos del quinto grado de educación secundaria de un colegio nacional, encontró que la prevalencia en mujeres fue del 23%; Perales y col.,<sup>36</sup> el año 2001 en una encuesta aplicada a adolescentes en dos distritos de Moche, Trujillo, encontró que la prevalencia de depresión fue significativamente mayor en el área que estaba en proceso de urbanización (39.1%) que en el área rural (12.5%). De todas las edades comprendidas en el rango a estudiar, se encontró que fue significativa la relación entre el tener 16 años y el presentar sintomatología depresiva; dato a tener en cuenta porque en el Perú existen aproximadamente 800 mil mujeres con esa edad.<sup>9</sup>

La literatura reconoce como un factor protector el pertenecer a una familia fuertemente cohesionada, con acceso a redes de apoyo donde la adolescente se sienta segura de desarrollarse plenamente y donde tenga la imagen clara de una autoridad que regule su comportamiento.<sup>37</sup> En el presente trabajo se evaluaron factores familiares como: presencia de los padres en el hogar; costumbres y estilo de vida de la madre, el padre u otro familiar como jefe de familia y el nivel educativo que alcanzó éste. Estas variables no mostraron relación estadísticamente significativa con la sintomatología depresiva. Tampoco se halló relación con el antecedente de algún familiar con depresión u otra enfermedad mental diagnosticada; sin embargo, este aspecto debe tomarse en cuenta ya que el ambiente familiar se ve diezmado por la presencia de un miembro con cuadro de depresión, aún se deteriora más si este es el jefe de familia y, como lo explica Brent y col, si se suma la diátesis al estrés de algunas adolescentes, entonces sus probabilidades de padecer sintomatología depresiva se acrecientan.<sup>38,39</sup>

Los antecedentes de agresión sexual fueron referidos por 24 alumnas (13.6%), dichos resultados se conciden con las estadísticas nacionales sobre violencia sexual contra las mujeres, ya que en nuestra sociedad, éstas son más vulnerables a padecerlo. De este grupo se encontró que 13 alumnas (25%) padecían de sintomatología depresiva, existiendo relación estadísticamente significativa entre estas dos variables. Diversas investigaciones señalan como factor común que las edades entre 16 y 24 años son estadísticamente las de mayor riesgo para la agresión sexual. El último año de colegio y el primero de universidad son potencialmente las épocas de mayor riesgo.<sup>16</sup> Encontramos además que las probabilidades de padecer depresión al haber sufrido algún tipo de violencia sexual es casi el triple de las que no tuvieron esta experiencia, comprensible por los efectos sobre el psiquismo que genera este tipo de agresión.

En contraste al mito de que la violación es perpetrada por desconocidos, los estudios estadísticos demuestran que en el caso de las adolescentes entre las edades de 15 y 19 años los ofensores son frecuentemente familiares, amigos, compañeros o novios.<sup>15,40</sup>

En relación al aborto, la investigación muestra que siete alumnas ya habían hecho uso de esta práctica, si bien la relación directa con la depresión no fue estadísticamente significativa, se encontró que dicho síndrome (post aborto) tiene una probabilidad, de casi el doble, de condicionar la aparición de sintomatología depresiva en relación a las que no abortan. Fergunsson y col.<sup>15</sup> en un estudio realizado en Nueva Zelanda sobre depresión y aborto en mujeres entre 15 y 18 años, encontró que el 78% de adolescentes que habían abortado presentaban sintomatología depresiva.

El terminar satisfactoriamente el colegio exige a la alumna dedicar más tiempo al estudio fuera del horario habitual de clases,<sup>10,11</sup> en este trabajo se encontró que 26 alumnas (50%) con sintomatología

depresiva le dedicaban al estudio entre 2 a 6 horas adicionales a las del colegio existiendo una relación estadísticamente significativa entre ambas, esto puede explicarse porque al encontrarse en quinto grado de educación secundaria cierra para las adolescentes un ciclo académico que trae consigo dificultades en el proceso adaptativo dadas las exigencias, ya que tiene que decidir sobre sus proyectos de vida en un ambiente lleno de incertidumbre y exigencias, el estrés que genera esta situación guarda relación con la aparición de sintomatología depresiva.<sup>41</sup>

Las implicancias que tienen las relaciones sociales en el contexto escolar, para la adaptación de la adolescente, son tan importantes como las que se derivan del contexto de la familia, la influencia de las compañeras va a determinar en parte como la adolescente construye sus propios esquemas de sociabilización.<sup>37</sup> Las relaciones de agresión y victimización entre compañeras de clase, lejos de ser una forma esporádica e intrascendente de interacción entre iguales, toma relevancia por las consecuencias que de ella se derivan, sobre todo las que corresponden al campo de la salud mental. En la investigación se encontró que el 46.2% de las alumnas había sido víctima de violencia física o psicológica por parte de sus compañeras, además se encontró que existe una relación altamente significativa con la variable depresión, se evidenció que las probabilidades de presentar sintomatología depresiva eran cuatro veces mayor (OR: 4.5; IC: 2.0-10.1) en las que sufrían de acoso por parte de sus pares. Dichos datos guardan relación con los resultados obtenidos el año 2008 por Oliveros y col. que en un estudio sobre violencia escolar en colegios estatales peruanos,<sup>42</sup> encontró que el 47% de los alumnos encuestados habían sido agredidos por sus compañeros de clases.

Se sabe que la religión profesada por las adolescentes podría actuar como factor protector,<sup>20</sup> sin embargo una encuesta de abril de 2009 realizada por el Instituto de Opinión Pública de la Universidad Católica (PUCP-IOP) informa que el 75% de limeños se declaran católicos y un 11% declara ser evangélicos, además, sólo un 62% considera ser poco religioso;<sup>43</sup> similares resultados se obtuvieron entre las alumnas encuestadas puesto que el 77.3% profesa la religión católica, el 10.2% la evangélica y llama la atención que el 7.4% se considere atea. Si bien no se encontró relación estadísticamente significativa con la presencia de sintomatología depresiva es importante considerar que la religión, vista como mecanismo de soporte social, no tiene actualmente la misma influencia positiva (inclusión y de valores) entre las adolescentes.

Las preocupaciones y el estrés que generan en el adolescente las actividades laborales extracurriculares muchas veces se comportan como factores condicionantes para la aparición de sintomatología depresiva; Weissman y col. el año 1999, en EEUU, encontró que 13.1% de adolescentes que trabajaban fuera del horario de clases padecían de depresión;<sup>14</sup> similares resultados se encontraron en este estudio donde el 15.4% de las alumnas que presentaban sintomatología depresiva trabajaban, si bien no se encontró relación estadísticamente significativa entre estas dos variables queda explicitada la exposición estresante de la adolescente que labora fuera del horario de clases y que dicho estado se acrecienta mientras mayores sean las horas que dedica a esta actividad. El cuerpo es un medio de relación, de comunicación con el entorno, el cuerpo y el movimiento son la expresión del mundo interno. Según el INEI, en el último censo nacional (2007) de población y vivienda, existen en Lima 21 526 (7.5%) adolescentes discapacitados entre los 15 y 19 años de edad, de los cuales 9 771 (45.3%) son mujeres;<sup>9</sup> Los resultados obtenidos en la investigación arrojan que el 21% el total de alumnas encuestadas refiere tener alguna alteración física que no le permite realizar adecuadamente sus actividades diarias. Este número es relativamente alto en comparación con las estadísticas

nacionales, quizá se deba a la no comprensión por parte de las alumnas del concepto de discapacidad. De las adolescentes que presentaban sintomatología depresiva, sólo el 19.2% refieren tener alguna alteración física. En los adolescentes con discapacidad hay padecimientos psíquicos que se manifiestan en este periodo como consecuencia del mayor esfuerzo para el proceso de adaptación. Si bien los resultados no muestran una relación estadísticamente significativa entre sintomatología depresiva y discapacidad, se ha de tener en cuenta que muchos de estos adolescentes no vivencian su cuerpo como una unidad armónica, produciéndose situaciones que condicionan la aparición de sintomatología depresiva.<sup>44</sup>

### Recomendaciones

Por su importancia creciente como problema de salud pública, la depresión en adolescentes merece mayores estudios en nuestro medio que provean de mejores sistemas de identificación y prevención. Es necesario implementar programas de entrenamiento en el personal docente y administrativo del colegio para el

reconocimiento de los factores de riesgo entre las adolescentes. El abordaje de las variables asociadas con depresión debe hacerse mediante reforzamiento directo con las adolescentes. Por lo tanto, se deben brindar charlas con personal calificado sobre temas específicos como aborto, violencia sexual y violencia escolar.

Se deben reforzar las políticas de orden interno, sobre todo las referidas a la violencia entre compañeras, creando canales de comunicación y apoyo que reciban (de preferencia manteniendo la confidencialidad de la alumna) las denuncias de cualquier tipo de abuso, venga ésta de sus pares, del personal docente y/o del administrativo. Por último, recomendamos ampliar la investigación a otras muestras significativas, además de abordar otras variables y grupos muestrales.

\*\*\*\*\*

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. INFORME SOBRE LA SALUD EN EL MUNDO 2001-SALUD MENTAL: NUEVOS CONOCIMIENTOS, NUEVAS ESPERANZAS. GINEBRA, 2001. DISPONIBLE EN: [HTTP://WWW.WHO.INT/WHR/2001/EN/WHR01\\_ES.PDF](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf)
2. HELMUT R, MYRON B. MENTAL HEALTH CARE FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS WORLDWIDE: A REVIEW. *WORLD PSYCHIATRY*. 2005 OCT; 4(3): 147-153.
3. INSTITUTO PERUANO DE SALUD MENTAL "HONORIO DELGADO-HIDEYO NOGUCHI". MINISTERIO DE SALUD. MINSAL. DISPONIBLE EN PÁGINA WEB: [HTTP://WWW.INISM.GOB.PE/OEAIDE.HTM](http://www.inism.gob.pe/oeaide.htm)
4. CUNNINGHAM S. ANXIETY, DEPRESSION AND HOPELESSNESS IN ADOLESCENT: A STRUCTURAL EQUATION MODEL [A THESIS SUBMITTED TO THE SCHOOL OF GRADUATE STUDIES OF THE UNIVERSITY OF LETHBRIDGE IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE REQUIREMENTS FOR THE DEGREE MASTER OF EDUCATION] 2006. UNIVERSITY OF CALGARY, LETHBRIDGE, ALBERTA.
5. MINISTERIO DE SALUD CHILE. GUÍA CLÍNICA: DEPRESIÓN EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS. SERIE GUÍAS CLÍNICAS MINSAL, 1ª EDICIÓN. SANTIAGO: MINSAL. 2006. 42 PÁG.
6. ADRIANZÉN C. DEPRESIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. *REVISTA DIAGNÓSTICO*. 1998 OCT; 37(5). DISPONIBLE EN: [HTTP://WWW.FIHU-DIAGNOSTICO.ORG.PE/REVISTA/NUMEROS/1998-99/SETOCT98/280-293.HTML](http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/1998-99/setoct98/280-293.html)
7. BIRMAHER B, BRENT D. AACAP WORK GROUP ON QUALITY ISSUES. PRACTICE PARAMETER FOR THE ASSESSMENT AND TREATMENT OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH DEPRESSIVE DISORDERS. WASHINGTON (DC): AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY (AACAP); 2007. 36 P.
8. OFFICE OF APPLIED STUDIES. (2005). RESULTS FROM THE 2004 NATIONAL SURVEY ON DRUG USE AND HEALTH: NATIONAL FINDINGS (DHHS PUBLICATION NO. SMA 05-4062, NSDUH SERIES H-28). ROCKVILLE, MD: SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION. DISPONIBLE EN: [HTTP://WWW.OAS.SAMHSA.GOV/P0000016.HTM#2K4](http://www.oas.samhsa.gov/p0000016.htm#2k4)
9. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. CENSOS NACIONALES 2007: XI POBLACIÓN VI VIVIENDA, PERFIL SOCIO DEMOGRÁFICO DEL PERÚ. LIMA, 2007
10. COMISIÓN NACIONAL PARA LA SEGUNDA REFORMA UNIVERSITARIA. DIAGNÓSTICO DE LA UNIVERSIDAD PERUANA: RAZONES PARA UNA NUEVA REFORMA UNIVERSITARIA. LIMA, 2002. DISPONIBLE EN: [HTTP://WWW.SCRIBD.COM/DOC/13129336/DIAGNOSTICO-DE-LA-UNIVERSIDAD-PERUANA-RAZONES-PARA-UNA-NUEVA-REFORMA-UNIVERSITARIA](http://www.scribd.com/doc/13129336/DIAGNOSTICO-DE-LA-UNIVERSIDAD-PERUANA-RAZONES-PARA-UNA-NUEVA-REFORMA-UNIVERSITARIA)
11. MINISTERIO DE EDUCACIÓN (2006), OFICINA DE COORDINACIÓN UNIVERSITARIA. LA UNIVERSIDAD EN EL PERÚ: RAZONES PARA UNA REFORMA UNIVERSITARIA; INFORME 2006. LIMA. SERIE: CUADERNOS DE REFLEXIÓN Y DEBATE VII. LIMA. OFICINA DE COORDINACIÓN UNIVERSITARIA, MINISTERIO DE EDUCACIÓN
12. FORTUNE S; HAWTON K. DELIBERATE SELF-HARM IN CHILDREN AND ADOLESCENTS: A RESEARCH UPDATE. *REV. CURRENT OPINION IN PSYCHIATRY*. 2005 NOV [CITADO 2008 OCT 15]; 2005;18(4):401-406. DISPONIBLE EN: [HTTP://WWW.MEDSCAPE.COM/VIEWARTICLE/507655](http://www.medscape.com/viewarticle/507655)
13. CENTRO INTERAMERICANO PARA EL DESARROLLO DEL CONOCIMIENTO EN LA FORMACIÓN PROFESIONAL. JÓVENES, FORMACIÓN Y EMPLEO. CARTAGENA DE INDIAS. 1995. DISPONIBLE EN: [HTTP://WWW.CINTERFOR.ORG.UY/PUBLIC/SPANISH/REGI ON/AMPRO/CINTERFOR/TEMAS/YOUTH/DOC/NOT/LIBRO30/INDEX.HTM](http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/regi on/ampro/cinterfor/temas/youth/doc/not/libro30/index.htm)
14. WEISSMAN M, WOLK S, WICKRAMARATNE P, GOLDSTEIN R, ADAMS P, GREENWALD S, ET AL. CHILDREN WITH PREPUBERTAL-ONSET MAJOR DEPRESSIVE DISORDER AND ANXIETY GROW UP. *ARCH GEN PSYCHIATRY*. 1999;56:794-801.
15. D'AGOSTINO J. EFECTOS PSICOLÓGICOS DAÑINOS DEL ABORTO. POPULATION RESEARCH INSTITUTE. BOLETÍN N° 32, FEBRERO 2006. DISPONIBLE EN: [HTTP://WWW.LAPOP.ORG/BOLETIN/BOLETIN32.HTML](http://www.lapop.org/boletin/boletin32.html)
16. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. PROGRAMA MUJER, SALUD Y DESARROLLO, SERIE GÉNERO Y SALUD PÚBLICA, COSTA RICA, OCTUBRE. 2001. DISPONIBLE EN: [HTTP://WWW.PAHO.ORG/SPANISH/HDP/HDW/INTEGRATEDMODELSPDF](http://www.paho.org/spanish/HDP/HDW/INTEGRATEDMODELSPDF)
17. GONZÁLES J. EL ACOSO ESCOLAR-BULLYING: UNA PROPUESTA DE ESTUDIO DESDE EL ANÁLISIS DE REDES SOCIALES. *REVISTA D'ESTUDIS DE LA VIOLENCIA*. 2008. DISPONIBLE EN: [HTTP://WWW.ICEV.CAT/BULLYING\\_JOAN\\_MERINO.PDF](http://www.icev.cat/bullying_joan_merino.pdf)
18. THOMPSON K. DEPRESIÓN Y DISCAPACIDAD: GUÍA PRÁCTICA. THE NORTH CAROLINA OFFICE ON DISABILITY AND HEALTH. 2002. DISPONIBLE EN: [HTTP://WWW.SCRIBD.COM/DOC/23676491/DEPRESION-Y-DISCAPACIDAD](http://www.scribd.com/doc/23676491/DEPRESION-Y-DISCAPACIDAD)
19. RUEDA G, CAMACHO P, NAVARRO A. PREVALENCIA DE TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO Y LA COMORBILIDAD CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN ADOLESCENTES. *VERTEX*. 2008 COLOMBIA. MAR-APR;19(78):5-9.
20. PÉREZ A, SANDINO C, GÓMEZ V. RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y PRÁCTICA RELIGIOSA: UN ESTUDIO EXPLORATORIO. *SUMA PSICOLÓGICA*. COLOMBIA, MAY 2005; 12(1): 76-86.
21. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. PLAN DE ACCIÓN DE DESARROLLO Y SALUD DE ADOLESCENTES Y JÓVENES EN LAS AMÉRICAS 1998-2001. PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD. OPS. WASHINGTON. 1998. P:25-27,35.
22. TORNEL S. ¿POR QUÉ LA MEDICINA DE LA ADOLESCENCIA?: FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN. MADRID, MARZO 2009. DISPONIBLE EN: [HTTP://WWW.ADOLESCENCIASEMA.ORG/FICHEROS/CURS O\\_ADO\\_2009/A2\\_APROXIMACION\\_AL\\_ADOLESCENTE\\_POR\\_QUÉ\\_LA\\_MEDICINA\\_DE\\_LA\\_ADOLESCENCIA\\_FACTORES\\_DE\\_RIESGO\\_Y\\_PROTECCION\\_RESILIENCIA.DOC](http://www.adolescenciasema.org/ficheros/cursos_ado_2009/A2_APROXIMACION_AL_ADOLESCENTE_POR_QUÉ_LA_MEDICINA_DE_LA_ADOLESCENCIA_FACTORES_DE_RIESGO_Y_PROTECCION_RESILIENCIA.DOC)
23. CASULLO M. ADOLESCENTES EN RIESGO: IDENTIFICACIÓN Y ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA. 1º ED. 2º REIMP. BUENOS AIRES: PAIDOS, 2005. 160P.
24. DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDER FOURTH EDITION TEXT REVISION (DSM-IV-TR) [MANUAL EN LINEA] 2000. DISPONIBLE EN: [HTTP://WWW.DSMIVTR.ORG/INDEX.CFM](http://www.dsmivtr.org/index.cfm)
25. FANNÁS L. BASES GENÉTICAS DE LA VULNERABILIDAD A LA DEPRESIÓN. *ANALES DEL SISTEMA SANITARIO DE NAVARRA (ESPAÑA)* 2002; 25 (3): 21- 42.
26. HERNÁN S. NUEVAS PERSPECTIVAS EN LA BIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN. *REVISTA CHILENA DE NEUROPSIQUIATRÍA*. 2002; 40 (1): 9 - 20.
27. ZERMEÑO T. LA DEPRESIÓN: MODELOS CLÍNICO-EXPERIMENTALES Y EN SU MANEJO TERAPÉUTICO. ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA. 1982. 8(2): 107-134.
28. SORIA M, OTAMENDI A, BERROCAL C, CAÑO A, RODRIGUEZ C. LAS ATRIBUCIONES DE INCONTRABILIDAD EN EL ORIGEN DE LAS EXPECTATIVAS DE DESESPERANZA EN ADOLESCENTES. *PSICOTHEMA*. 2004;16(3): 476-480.
29. BECK A, RUSH J, SHAW B. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN. 3º ED. NEW YORK: THE GUILFORD PRESS.

30. UGARRIZA N, ESCURRA M. ADAPTACIÓN PSICOMÉTRICA DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN PARA ADOLESCENTES DE REYNOLDS (EDAR) EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE LIMA METROPOLITANA. REV. PERSONA (U. DE LIMA). 2002; 4 (5): 83-130.
31. FIGUERAS A, AMADOR J, PERÓ M. CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DE LA REYNOLDS ADOLESCENT DEPRESSION SCALE EN POBLACIÓN COMUNITARIA Y CLÍNICA. INTERNATIONAL JOURNAL OF CLINICAL AND HEALTH PSYCHOLOGY. 2008. 8(1): 247-266
32. VÉLEZ L. ÉTICA MÉDICA: INTERROGANTES ACERCA DE LA MEDICINA, LA VIDA Y LA MUERTE. 3º ED. COLOMBIA: CORPORACIÓN PARA INVESTIGACIONES BIOLÓGICAS (CIB), 2003. 306p.
33. COVA F, MELIPILLÁN R, VALDIVIA M, BRAVO E. SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y ANSIOSA EN ESTUDIANTES DE ENSEÑANZA MEDIA. REV. CHIL. PEDIATR. 2007. 78(2):151-159. DISPONIBLE EN: [HTTP://WWW.SCIELO.CL/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI\\_ARTTEXT&PID=S037041062007000200005&LNG=ES](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S037041062007000200005&lng=es).
34. MARTINEZ J, FELIX A, FLORES P. PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO PARA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE ESCUELA PREPARATORIA. ARCHIVOS DE INVESTIGACIÓN PEDIÁTRICA DE MÉXICO. 2006 DIC. 9(3):5-8
35. NAIR M, PAUL M, JHON R. PREVALENCE OF DEPRESSION AMONG ADOLESCENTS. INDIAN JOURNAL OF PEDIATRICS. 2004 JUN. 71: 523-528
36. PERALES A, SOGI C, MORALES R. SALUD MENTAL EN ADOLESCENTES DE LAS DELICIAS (TRUJILLO-PERÚ). AN. FAC. MED. (PERÚ); OCT. 2001; 62 (4):301-311.
37. BHUGRA D, SINGH J, SMITH E, BAYLISS C. CONDUCTAS AUTOLÍTICAS EN LOS ADOLESCENTES. ESTUDIO REALIZADO A DOS COLECTIVOS ÉTNICOS. EUR.J. PSYCHIAT, 2002; 16(3): 149-156
38. BRENT D, MANN J. FAMILIAL PATHWAYS TO SUICIDAL BEHAVIOR-UNDERSTANDING AND PREVENTING SUICIDE AMONG ADOLESCENTS. N ENGL J MED. 2006; 355; 26: 2719-2721.
39. MUÑOZ J, PINTO V. ET AL. IDEACIÓN SUICIDA Y COHESIÓN FAMILIAR EN ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS ENTRE 15 Y 24 AÑOS, LIMA 2005. REV PERU MED EXP SALUD PUBLICA, 2006; 23(4): 239-246.
40. PERFIL DE LOS CASOS ATENDIDOS EN LOS CENTROS EMERGENCIA MUJER EN EL AÑO 2002. PROGRAMA NACIONAL CONTRA LA VIOLENCIA FAMILIAR Y SEXUAL. MINSA. DISPONIBLE EN: [HTTP://WWW.MIMDES.GOB.PE/FILES/PROGRAMAS%20NACIONALES/PNCVFS/CASOS\\_ATENDIDOS\\_CEM\\_2002.PDF](http://www.mimdes.gob.pe/files/PROGRAMAS%20NACIONALES/PNCVFS/CASOS_ATENDIDOS_CEM_2002.PDF)
41. GONZALES F, VILLATORO V. INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE RIESGO DE ESTRÉS PSICOSOCIAL EN LOS ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN MEDIA Y MEDIA SUPERIOR EN LA REPÚBLICA MEXICANA. SALUD MENT 1997; 20(4): 1-7
42. MIGUEL O, ARMANDO B. INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE LA INTIMIDACIÓN (BULLYING) EN UN COLEGIO PARTICULAR DE LIMA-PERÚ, 2007. REV.PERU.PEDIATR. 60 (3):50-54.
43. PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ- INSTITUTO DE OPINIÓN PÚBLICA (PUCP-IOP). SONDEO DE OPINIÓN: RELIGIÓN, LIMA ABRIL 2009; [HTTP://WWW.PUCP.EDU.PE/IOP/SONDEOS.PHP](http://www.pucp.edu.pe/iop/sondeos.php)
44. SZWARC L. ABORDAJE KINÉSICO PSICOMOTRIZ DEL ADOLESCENTE CON DISCAPACIDAD. FIRST INTERNATIONAL CONGRESS ON NEUROPSYCHOLOGY IN INTERNET. 1999. DISPONIBLE EN: [HTTP://WWW.UNINET.EDU/UNION99/CONGRESS/CONFES/REH/07LILIANA.HTML](http://www.uninet.edu/union99/congress/confes/REH/07LILIANA.HTML)

## ABSTRACT

DEPRESSIVE SYMPTOMS IN ADOLESCENT WOMEN:PREVALENCE AND INTERPERSONAL RELATION ASSOCIATED FACTORS

**Objectives:** To estimate the prevalence of depressive symptoms in teenagers senior students from a public college and to identify interpersonal relationship factors associated with it. **Methods:** Cross-sectional study. The sample was 176 students (15 to 19 years), the instrument consisted of two parts, the first one collected demographic data and the second one was the Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS). We used SPSS.15.0, we calculated descriptive statistics such as frequency distributions and percentages; in order to assess the association of variables selected, chi-square was used and a logistic regression model was performed. **Results:** Of all students 28 (15.9%) were 15 years old, 125 (71.0%) were 16 and 23 (13.1%) 17. The prevalence of depression was 29.5%. Bivariate analysis of depression with sociodemographic characteristics showed that age, overtime study outside the classroom, history of sexual violence and school violence were statistically associated ( $p < 0.05$ ). In the logistic regression, history of school aggression (adjusted OR 4.5, IC95%: 2.0 -10.1), having 16 years (adjusted OR 3.6, IC95%: 1.4-9.1) and history of sexual assault (adjusted OR 2.6, 95% CI: 1.1-7.0) were associated to the presence of depressive symptoms in the adolescence. **Conclusions:** History of school aggression and history of sexual aggression are interpersonal relationship factors associated with a higher risk of depressive symptoms in a teenager. Early identification of these risk factors will help reduce the impact of this disease in the family, society and the academic performance; it would also contribute to the reduction of the suicide risk, substance abuse, and persistence of depressive disorders in adulthood.

**KEY WORDS:** Depressive symptoms, Teenagers, Interpersonal relation factors.



Artículo terminado de editar el  
jueves, 15 de abril de 2010