

Epidemiología, Coordinadora Médico-Administrativa, Centro de Salud Mental de Envigado.

3. Bacteriólogo, Especialista en Epidemiología, Gestor de Atención Integral, Organización Internacional para las migraciones.

4. Médico, Especialista en Estadística Magister en Epidemiología. Universidad CES

in about a 3-8 % of adolescents. In Colombia there have been several analyzes of the prevalence of depression from the data obtained in the first national survey of Mental Health. **Methods:** using a secondary database compiled Study of Mental Health of Colombia for 2003, a total of 1520 records corresponding to the total population of adolescents between 13 and 17 years was taken. The collected information was provided by the Center for Research in Mental Health at the University of Medellin CES. This information was processed through the SPSS 21.0 program statistics and univariate analysis was performed, bivariate and multivariate analyzes, the latter using an explanatory model. **Results:** the overall prevalence for major depression in adolescents in 2003 in Colombia was 7.1 % equivalent to 108 young people from a total sample of 1520 female Variable PTO having a score of 2,122; so we can say that was twice the risk of depression for women. As spirituality variable, was found not to have a religious belief behaves as a risk factor. The variable consumption of illegal substances can say is the variable with the greatest explanatory power to take Depression. The Domestic Violence and loss of a relationship variables are considered explanatory variables of the model with adjusted ORs greater than 1. **Conclusions:** the factors that explain the risk of depression in adolescents are: sex, spirituality, family history, consumption of illegal substances, domestic violence and the loss of a relationship.

Keywords: Depression, adolescent, risk factors.

Resumo

Introdução: mental transtornos são considerados um problema de saúde pública em quase todos. Estudos epidemiológicos indicam que esta doença ocorre em cerca de 3 a 8 % de adolescentes. Na Colômbia, houve várias análises da prevalência de depressão a partir dos dados obtidos na primeira pesquisa nacional de Saúde Mental **Método:** usando um banco de dados secundário compilado Estudo de Saúde Mental da Colômbia para 2003, um total de 1520 registros para a população total de adolescentes entre 13 e 17 anos tomou. A informação recolhida foi facilitada pelo Centro de Pesquisa em Saúde Mental na CES Universidade de Medellín. As informações foram processadas através do programa SPSS 21.0 e correu uma análise univariada, bivariada e multivariada, este último usando um modelo explicativo. **Resultados:** a prevalência global de depressão em adolescentes, em 2003, na Colômbia foi de 7,1 % equivalente a 108 jovens de uma amostra total de 1520. A fêmea PTO variável tendo um resultado de 2122; por isso podemos dizer que foi o dobro do risco de depressão para as mulheres. Como espiritualidade variável, verificou-se não ter uma crença religiosa comporta-se como um fator de risco. O consumo variável de substâncias ilegais pode dizer é a variável com maior poder explicativo para ter depressão. violência doméstica e a perda de um relacionamento variáveis são consideradas variáveis explicativas do modelo com OR ajustadas superiores a 1. **Conclusões:** os fatores que explicam o risco de depressão em adolescentes são: sexo, espiritualidade, história familiar, o consumo de substâncias ilícitas, violência doméstica e a perda de um relacionamento.

Palavras-chave: Depressão, adolescente, fatores de risco.

Introducción

Los desórdenes mentales se consideran un problema de salud pública en casi todo el mundo. El trastorno depresivo, también conocido, como depresión clínica, es un desorden mental caracterizado por largos periodos de tristeza, afectando la conducta, así como, la manera de pensar del individuo. La ocurrencia de depresión en niños y adolescentes se ha incrementado en los últimos cincuenta años. Cualquier persona puede sufrir depresión, sin importar su edad, grupo étnico o género, estudios epidemiológicos indican que este desorden se presenta en alrededor de un 3 a 8 % de los adolescentes, mientras que en los adultos se presenta en aproximadamente un 4.5 % de la población. Esta enfermedad produce aislamiento social y puede, en casos muy severos, culminar en el suicidio. Los factores de riesgo, para la depresión, incluyen: antecedentes familiares, el género, así como situaciones de alto estrés (1).

El criterio de diagnóstico para la depresión está bien establecido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM-IV-TR). Un tratamiento efectivo y seguro requiere de un diagnóstico exacto, sin embargo, existe el riesgo de que la depresión en la población infantil pueda ser subdiagnosticada debido a que algunos niños y adolescentes pueden tener dificultad para identificar y describir los síntomas (1).

En la actualidad, la depresión se considera un problema de salud pública (Posada et al., 2010 (2)) tanto a nivel mundial como en nuestro país. Además, se sabe que sus consecuencias y manifestaciones afectan no solo al individuo sino a todo su grupo familiar y social, ya que involucran alteraciones emocionales graves y duraderas, en este caso referidas a un estado de ánimo bajo o irritable acompañado de pérdida de placer en las actividades diarias, el aumento o la pérdida del apetito y del sueño, sentimientos de inutilidad, entre otros síntomas (2). Estos cuadros clínicos tienen diferentes repercusiones que alteran la dinámica de interacción en donde se desarrolla el individuo, asociándose con problemas psicológicos y sociales, e incrementando el riesgo de conductas violentas, de consumo de sustancias y de suicidio tanto en esta etapa como en la adultez (2).

Según el informe elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y titulado Health for the world's adolescents, la depresión es la principal causa de enfermedad y discapacidad entre los adolescentes de ambos sexos de edades comprendidas entre los 10 y los 19 años. Las tres principales causas de mortalidad entre los adolescentes a nivel mundial son los traumatismos causados por el tránsito, el VIH/sida y el suicidio. Se estima que en 2012 fallecieron 1,3 millones de adolescentes en todo el mundo (3).

A nivel mundial, la depresión es la primera causa de enfermedad y discapacidad en este grupo de edad, y el suicidio ocupa el tercer lugar entre las causas de mortalidad. Según varios estudios realizados, una de cada dos personas que desarrollan trastornos mentales presenta los primeros atención que precisan, se pueden evitar muertes y un sufrimiento de por vida (3). En los países en desarrollo, esta enfermedad constituye el cuarto problema de salud más importante, con una morbilidad total de 3,4 % (4).

Ahora bien, algunas tendencias en los comportamientos de los adolescentes relacionados con la salud están mejorando. Así, por ejemplo, el consumo de cigarrillos entre los adolescentes más jóvenes está disminuyendo en la mayor parte de países de elevados ingresos, así como en algunos países de bajos y medianos ingresos (3).

Muchos problemas de salud mental surgen al término de la infancia y principios de la adolescencia. El hecho de potenciar la sociabilidad, la capacidad para resolver problemas y la confianza en uno mismo ayuda a prevenir problemas de salud mental como los trastornos del comportamiento, la ansiedad, la depresión o los trastornos ligados a la comida, junto con otras conductas de riesgo como las ligadas a la vida sexual, el consumo de sustancias o las actitudes violentas. Los profesionales de la salud deben contar con las competencias necesarias para relacionarse con gente joven, detectar con prontitud problemas de salud mental y proponer tratamientos que incluyan asesoramiento, terapia cognitiva conductual y, cuando convenga, medicación psicotrópica (5).

Además de las leyes que restringen la disponibilidad de sustancias ilícitas, tabaco y alcohol, las intervenciones para reducir la demanda de tales productos generan condiciones más propicias a un desarrollo saludable. Para que los adolescentes estén menos predispuestos a consumir sustancias es eficaz informarlos de los peligros que ello entraña y capacitarlos para resistir a las presiones de los amigos y manejar el estrés de forma sana (5).

Se estima que entre 1960 y 1990, el número de adolescentes de 10 a 19 años de edad aumentó 138 % en la Región. Datos de la Comisión Económica para América Latina (Cepal) estiman que en 1999, la población de 10 a 19 años representaba 21 % de la población total de la Región, siendo la distribución homogénea por sexo. Por otra parte, se estima que en el año 2000, 80 % de la población joven (10 a 24 años) vive en áreas urbanas (4). El deterioro de las condiciones de vida de la población ha afectado en mayor medida los hogares donde existen niños y adolescentes tanto en áreas urbanas como rurales (6).

El uso de drogas ilícitas ha estado asociado con la depresión, en estudios la edad de inicio de consumo de drogas ilícitas se encuentra en los 13 años. Sin embargo, en algunos países se encuentra en descenso: en Costa Rica la edad de inicio de consumo de tabaco era de 11 años en 1999. En los países de El Caribe, el alcohol es la principal droga de consumo; 54 % de adolescentes encuestados y 40 % de las adolescentes había consumido alcohol alguna vez en su vida. Aunque el consumo de tabaco es escaso en El Caribe, países como Perú o Cuba tienen índices más altos. Por otra parte, en Argentina, se hizo en 1997 una encuesta en alumnos de 12-18 años de edad demostrando que 30 % había fumado un cigarrillo en los 30 días previos a la encuesta, siendo similar el consumo en ambos sexos (6).

Entre 11 y 33 % de jóvenes de la Región de México refiere tener algún problema de salud mental. Es difícil establecer comparaciones entre los países ya que las encuestas utilizadas difieren de país a país. Los síntomas depresivos y las conductas suicidas son los más frecuentes. Canadá, Cuba, El Salvador, Trinidad y Tobago, Estados Unidos de América (EUA), Uruguay y Venezuela tienen tasas de suicidio en varones de 15 a 24 años de edad que superan los 10 por 100.000 habitantes. En una encuesta de adolescentes escolarizados de nueve países de El Caribe se evidenció que 12 % de los encuestados había intentado suicidarse y que 50 % había tenido síntomas de depresión. En casi todos los países, las tasas de suicidio de los varones son el doble que las de las mujeres (6).

El Ministerio de Protección Social de Colombia es consciente, de que las investigaciones epidemiológicas han demostrado sistemáticamente a nivel mundial que los trastornos mentales y del comportamiento afectan entre 10 % y 15 % de los niños,

las niñas y los adolescentes. En América Latina y el Caribe, según algunos estudios seleccionados, la prevalencia puntual (en el momento de la investigación) de cualquier trastorno varía de 12,7 % a 15 % (5). Y que además estas son las primeras manifestaciones de afecciones que, en ocasiones, van a durar toda la vida adulta y brindan una oportunidad única para intervenir de manera temprana y eficaz.

Se calcula que 25 % de las personas (una de cada cuatro) padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida. En 1990 se calculaba que las afecciones psiquiátricas y neurológicas explicaban un 8,8 % de los años de vida ajustados en función de la discapacidad en América Latina y el Caribe; en el 2000 esa carga había ascendido a 22 (7).

En América Latina y el Caribe, según algunos estudios seleccionados, la prevalencia puntual (en el momento de la investigación) de cualquier trastorno varía de 12,7 % a 15 % (5). Y que además estas son las primeras manifestaciones de afecciones que, en ocasiones, van a durar toda la vida adulta y brindan una oportunidad única para intervenir de manera temprana y eficaz. El Ministerio de Protección Social de Colombia es consciente, de que las investigaciones epidemiológicas han demostrado sistemáticamente a nivel mundial que los trastornos mentales y del comportamiento afectan entre 10 % y 15 % de los niños, las niñas y los adolescentes (8).

En Colombia se han realizado diversos análisis de la prevalencia de la depresión a partir de los datos obtenidos en la primera encuesta nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias psicoactivas a partir de los datos obtenidos aplicada a 25.135 personas de todo el país en 1993 donde se demostró que 11,8 % de la población encuestada mostraba depresión leve y que 4 % sufría de depresión mayor (moderada o grave) lo que indica que en Colombia había una elevada prevalencia de síndrome depresivo en 1993 (8).

La salud mental es un pilar de gran importancia dentro de los programas de atención integral al del adolescente, a pesar de que en el país se han realizado importantes estudios sobre la salud mental de la población adulta, el grupo de adolescentes no ha sido suficientemente estudiado lo cual ha traído como consecuencia la preocupación de los encargados de la toma de decisiones, ya que los indicadores sobre ésta problemática tales como suicidio en jóvenes, percepción de riesgo psicosocial, participación de este grupo como actores y víctimas de la violencia social, embarazo en adolescentes y consumo de sustancias psicoactivas, han sido motivo de preocupación a nivel nacional (8).

En el caso particular de los adolescentes se deben tener en cuenta los siguientes elementos cuando se diagnóstica un trastorno depresivo: (a) la forma y gravedad del episodio depresivo, (b) la funcionalidad del adolescente en su medio y las actividades que realiza, (c) la conciencia del trastorno y, (d) su capacidad para enfrentar los contenidos depresivos particulares en su mente. De igual manera, contribuyen a la evaluación y al tratamiento del trastorno variables como la capacidad de la familia para ofrecer apoyo, las relaciones con el grupo de pares y la existencia de otros recursos en la red social. (8).

Nuestro estudio busca conocer la prevalencia de la depresión en adolescentes entre los 13 y 17 años en Colombia en el año 2003 e identificar los factores asociados a la depresión en esta población específica.

Materiales y métodos

El estudio realizado es observacional de prevalencia de tipo analítico, también llamado *cross sectional*, en el cual se hace medición simultánea de Depresión mayor en adolescentes y de algunos de sus posibles factores de riesgo buscando asociación, lo anterior usando una base de datos secundaria utilizada en el año 2003, en el Estudio Nacional de Salud Mental donde se investigó sobre los casos de trastornos afectivos que presentaron los adolescentes entre los 13 y los 17 años de edad. Para el desarrollo de dicho estudio, el instrumento utilizado fue la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (Composite International Diagnostic Interview), en su versión computarizada (CIDI-CAPI, versión certificada 15), suministrada por la Universidad de Harvard (9).

Esta versión de adolescentes es un instrumento de diagnóstico que se aplica por medio de una entrevista estructurada, que ha sido validado mediante diversas pruebas, incluyendo un cuidadoso examen a su traducción y adaptación al español y del que se aplicó la versión computarizada asistida (CAPI) a través del uso de computadoras portátiles con el software Blaise. La etapa de recolección de la información fue contratada con la Fundación FES Social, institución con amplia experiencia en estudios de salud. Se llevó a cabo mediante una encuesta de hogares en una muestra probabilística polietápica aplicada a 1.520 adolescentes de 13-17 años residentes en la el área urbana de los 25 principales departamentos de Colombia. Este proceso fue acorde con los lineamientos dados por la OMS y cuyos criterios básicos fueron no cambiar el sentido de ninguna de las preguntas y no alterar el código de identificación asignado a cada una de ellas (9).

En el documento se presentan los diagnósticos de acuerdo con el DSM-IV. El instrumento contiene, además, módulos que investigan características sociodemográficas, empleo, finanzas, factores del matrimonio y los hijos, redes sociales, carga familiar, condiciones médicas crónicas, fármaco epidemiología, discapacidad y uso de servicios. Mediante la metodología de estudios trasversales se utilizó el instrumento de diagnóstico CIDI-OMS versión para adolescentes aplicado mediante una entrevista estructurada, en una muestra probabilística de 1.520 adolescentes entre los 13 y los 17 años residentes en la el área urbana de los 25 principales departamentos de Colombia (9).

Usando una base de datos secundaria recopilada del Estudio del Salud Mental de Colombia para el año 2003, se tomó un total de 1520 registros correspondientes a la población total de adolescentes entre los 13 y 17 años (10).

La información recolectada fue facilitada por el Centro de Investigación en Salud Mental de la Universidad CES de Medellín. Dicha información fue procesada y se ejecutó un análisis univariado para la descripción de las características sociodemográficas de la población adolescente mediante el cálculo de medidas de frecuencia relativas. Para la relación entre la depresión y los factores asociados se realizó un análisis bivariado obteniendo la razón de disparidad, el valor de p con los intervalos de confianza del 95 %.

Para evaluar cómo influye en la probabilidad de aparición de la depresión, la presencia de los factores asociados estudiados, se usó un modelo de regresión logística también realizado con el programa IBM SPSS Statistics 22.

Teniendo en cuenta la Resolución 8430 de 1993, Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Es un estudio sin riesgo, dado que es descriptivo secundario y solo se analizará una base de datos. Además de que se garantizará el cumplimiento de los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

Resultados

La prevalencia total de Depresión Mayor en adolescentes en el año 2003 de Colombia y donde se observa que fue de 7,1 % equivalente a 108 jóvenes de una muestra total de 1520 adolescentes. (Tabla 1).

Tabla 1. Prevalencia de Depresión Mayor entre adolescentes año 2003

Depresión Mayor en adolescentes		n (%)
	Si	108 (7,1)
Depresión mayor	No	1412 (92,9)
	Total	1520

En cuanto a las características sociodemográficas y su relación con la depresión, se observa que del total de adolescentes con depresión, el 66,7 % eran mujeres. Los dos grupos de edad estudiados no tienen diferencia entre los porcentajes de los adolescentes que sufren de depresión y se asemejan ambos resultados. (Tabla 2).

Tabla 2. Características socio demográficas de los adolescentes

Variables		Depresión mayor en la vida	
		N= 1520	
		Si (108)	No (1412)
		n (%)	n (%)
Sexo	Mujer	72 (66,7)	713 (50,5)
	Hombre	36	699
Edad (años)	13 a 15	55 (50,9)	861 (60,9)
	16 - 17	53	551
Actualmente estudia	Si	76 (70,4)	1131 (80,1)
	No	32	281
Religiosidad	Si	88 (81,5)	1287 (91,1)
	No	20	125

El Trastorno Depresivo Mayor en adolescentes presentó asociación estadísticamente significativa con todas las variables socio demográficas analizadas ($P < 0.05$), siendo dicha asociación mayor en la Variable Sexo, en cuyo caso ser mujer se comporta como factor de riesgo ($RD = 1.047$) para tener Depresión $P = 0.001$ (1.019-1.076).

En cuanto a la Edad se dividió la población de adolescentes en dos grupos de edad, para la cual se evidencia mayor riesgo de tener depresión ($RD = 1.030$) en el grupo de edad que comprende entre los 16 y 17 años $P = 0.26$ (1.00-1.061).

Por otro lado el hecho de estar estudiando al momento de realizar la encuesta se comporta como factor protector para los adolescentes ($RD = 0.464$). La escuela cumple factor importante tanto en el acompañamiento al menor como en el aprovechamiento del tiempo libre, como se discutirá más adelante.

Para la variable Religiosidad se encontró que más del 80 % (88 jóvenes) de los adolescentes que tenían Depresión tenían algún tipo de creencia religiosa o espiritualidad, pero que esta variable a su vez se comportaba como factor protector (RD=0.464) lo cual se convierte en un dato importante a la hora de generar estrategias para combatir factores de riesgo de la enfermedad mental, $P=0.002$ (0.295-0.731). Es importante tener en cuenta que solo se incluyen en la regresión logística los factores psicosociales asociados a depresión ampliamente definidos en otros estudios a nivel mundial.

En la identificación de los factores asociados a la depresión en los adolescentes en Colombia, las variables resultantes son las expuestas en la [tabla 3](#), evidenciando por lo tanto los siguientes resultados a los cuales en general se toman como protectores y como de riesgo.

De los adolescentes que se detectaron con depresión, el 37 % manifestaron haber tenido relaciones sexuales, evidenciándose por lo tanto como un factor de riesgo para los adolescentes con RD: 1,78

Los adolescentes que indicaron tener antecedentes familiares de enfermedad mental y que según los resultados de la tabla tienen depresión, equivalen a un 19,4 %, con un RD: 2,3 lo que en términos generales nos permite indicar que tienen un riesgo mayor de sufrir depresión de los que no tienen antecedentes familiares.

En la entrevista realizada a los adolescentes, se generó la pregunta de consumo de sustancias en la cual se dividieron los resultados tanto para sustancias legales como ilegales, del cual se arrojó un RD: 2,4 para los que consumen activamente sustancias legales y un RD: 3,56 para los que consumen activamente sustancias ilegales, siendo en ambos casos factores de riesgo para sufrir depresión comparado con los que no consumen ningún tipo de sustancias. ([Tabla 3](#)).

Se realizó una regresión logística con las variables que presentaron asociación con la variable dependiente depresión, en el bivariado, para las cuales se excluyeron del primer análisis las variables con $P > 0,05$ para favorecer el reforzamiento del modelo, por esta razón del actual modelo se excluyen las variables edad, educación, inicio de relaciones sexuales y consumo de sustancias legales (cigarrillo y alcohol).

Analizando el OR podemos ver que el sexo femenino en el bivariado fue de 1,047, ahora para el modelo multivariado con OR ajustado la variable sexo femenino toma fuerza teniendo un resultado de 2,122; por lo que podemos decir que fue dos veces mayor el riesgo de tener depresión para las mujeres. En cuanto la variable espiritualidad, se encontró que no tener una creencia religiosa se comporta como factor de riesgo, según el modelo explicativo para la variable depresión. Para el análisis bivariado este tiene un OR de 1,086 y en el modelo multivariado aumenta a 2,155. De igual manera se comporta la variable antecedentes familiares de depresión. La variable consumo de sustancias ilegales para los adolescentes en Colombia en el año 2003 no modificó considerablemente su resultado del modelo bivariado al multivariado pero se puede decir que es la variable con mayor poder explicativo para tener depresión. Las variables violencia intrafamiliar y pérdida de una relación se consideran variables explicativas del modelo con OR ajustados mayores a 1. ([Tabla 4](#)).

Tabla 3. Factores asociados a la depresión en adolescentes Colombia año 2003

Variables		Depresión mayor en la vida		RD	Intervalo de confianza		Valor p
		SI (%)	NO (%)		LI	LS	
Sexo	Hombre	33,3	49,5	1,047	1,019	1,076	0,001*
	Mujer	66,7	50,5				
Edad (años)	13 a 15	6,0	94,0	1,030	1,000	1,061	0,026
	16 - 17	8,8	91,2				
Actualmente estudia	Si	70,4	80,1	1,044	1,003	1,086	0,013
	No	29,6	19,9				
Religiosidad	Si	81,5	91,1	1,086	1,016	1,160	0,002*
	No	18,5	8,9				
Alguna vez ha tenido relaciones sexuales?	Si	37,9	24,5	1,788	1,222	2,615	0,003*
	No	62,1	75,5				
Antecedentes familiares	Si	19,4	8,4	2,379	1,527	3,708	0,000
	No	80,6	91,6				
Consumo de sustancias	Si	93,5	83,1	2,773	1,305	5,891	0,002
	No	6,5	16,9				
Consumo de sustancias legales	Si	92,6	83,1	2,425	1,196	4,919	0,004
	No	7,4	16,9				
Consumo de sustancias ilegales	Si	18,5	5,0	3,569	2,306	5,524	0,000
	No	81,5	95,0				
Violencia intrafamiliar o factores estresantes en la convivencia	Si	88,0	75,0	2,318	1,314	4,088	0,001
	No	12,0	25,0				
Pérdida de una relación	Si	61,1	40,6	2,167	1,492	3,147	0,000
	No	38,9	59,4				
Cohesión familiar	Si	0,0	3,2	1,079	1,064	1,095	0,034
	No	100,0	96,8				

Tabla 4. Modelo ajustado por Análisis Multivariado tipo explicativo para Depresión en adolescentes año 2003 en Colombia

Variables	OR	Intervalo de confianza 95 %	
		Inferior	Superior
Sexo	2,122	1,384	3,255
Espiritualidad	2,155	1,247	3,725
Antecedentes Familiares	2,108	1,231	3,610
Sustancias Ilegales	3,176	1,788	5,641
Violencia Intrafamiliar	2,076	1,136	3,795
Pérdida de una relación	1,871	1,234	2,837

Discusión

En el estudio nacional en población general de salud mental realizado en el año 2003 (10) y de donde se obtuvo la información para este trabajo, se observaba un porcentaje de depresión en adolescentes del 2,4 %, por esta razón es el mismo porcentaje para el actual estudio.

Los resultados obtenidos en los indicadores demográficos, hablan de una homogeneidad de la muestra, al obtener datos similares en las variables de edad y género. Los adolescentes que participaron en el estudio se encontraban en todos los rangos escolares, presentando mayoría en el grado octavo. Estudios posteriores al estudio nacional en salud mental, como el desarrollado por Torres (15), en donde se estudia la salud mental en población adolescente se obtienen resultados similares en el ámbito de las variables socio demográficas.

La religión estuvo presente en la mayoría de los adolescentes encuestados, esto se podría tomar como un factor de protección a la hora de tener depresión mayor resultado corroborado en la RLS en donde no tener una creencia religiosa se considera variable explicativa para depresión.

Entre los factores que se pueden asociar a la presencia o no de depresión mayor, se observó que la falta del Padre en el hogar está en el 12 % de los adolescentes encuestados, la falta de esta figura de autoridad, podría desencadenar trastornos en el comportamiento del adolescente que más adelante podrían generar depresión mayor. Lo anterior se entendería desde el punto de vista de la pérdida de alguna relación, en este caso familiar variable que se considera explicativa para el modelo (9).

Los trastornos mentales familiares en el ámbito cercano del adolescente son desencadenantes de síntomas de depresión (11). Esta situación se ve en diversos estudios donde se demuestra que la intranquilidad en los hogares, dificulta la salud mental sana de los adolescentes (12).

El consumo de sustancias entre los adolescentes dio información sobre la gran problemática que se tiene con el consumo de alcohol, cigarrillo y mariguana, siendo en este orden los que más consumen los adolescentes encuestados con una diferencia significativa en cuanto al consumo de alcohol. Este resultado es mucho mayor que el obtenido en otros estudios sobre depresión en adolescentes (13). Finalmente para el actual estudio el consumo de sustancias legales no presenta asociación directa a depresión, situación que cambia en cuanto al consumo de ilegales las cuales según el modelo de RLS tiene mayor OR con respecto a las otras variables incluidas en esta, por lo tanto son altamente explicativas para el modelo (4).

En el ámbito de la violencia intrafamiliar, el adolescente se ve presionado con la aparición de casos de maltrato físico y psicológico entre los padres, el adolescente siente un alto grado de maltrato psicológico por parte de la madre, que contrasta con el de que recibe por parte del padre, el cual es mucho menor. Esto podría deberse principalmente, a que es la madre quien está pendiente de resultados del colegio, salidas con los amigos y quien la figura autoritaria quien más llama la atención al adolescente (14).

La cohesión familiar parece ser un factor protector en cuanto al riesgo de sufrir depresión. La cohesión familiar afecta positivamente al adolescente lo que evita que

caiga en diferentes enfermedades de salud mental, entre ellas la depresión. Este resultado fue similar al obtenido en el estudio realizado en la ciudad de Medellín Factores de riesgo y de protección de la Depresión en los adolescentes de la ciudad de Medellín en el año 2012 (15).

Conclusión

Los factores que explican el riesgo de sufrir depresión en el adolescente son: el sexo, la espiritualidad, los antecedentes familiares, el consumo de sustancias ilegales, la violencia intrafamiliar y la pérdida de una relación.

Bibliografía

1. Acosta-Hernández ME, Mancilla-Percino T, Correa-Basurto J, Saavedra-Vélez M, Ramos-Morales FR, Cruz-Sánchez JS, et al. Depresión en la infancia y adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo. Arch Neurocienc. 16 (3):156-61. <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=32548>
2. Zuluaga EH, Hoyos ML, de Galvis YT. Risk Factors and Protective Adolescent Depression in the City of Medellín. Int J Psychol Res. 2012;5 (1):107. <http://revistas.usb.edu.co/index.php/IJPR/article/view/767>
3. OMS | La OMS pide que se preste mayor atención a la salud de los adolescentes [Internet]. [citado 20 de noviembre de 2014]. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-health/es/>
4. OMS | Guía de Intervención para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias [Internet]. [citado 3 de octubre de 2014]. Recuperado a partir de: http://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/es/
5. OMS | ¿Qué problemas de salud tienen los adolescentes y qué cabe hacer para prevenirlos y responder a ellos? [Internet]. [citado 20 de noviembre de 2014]. Recuperado a partir de: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
6. Orantes Salazar LF, others. Estado de adaptación integral del estudiante de educación media de El Salvador. 2011 [citado 6 de marzo de 2015]; Recuperado a partir de: <http://redicces.org.sv/jspui/handle/10972/281>
7. Día Mundial de la Salud Mental | Comisión Nacional de los Derechos Humanos - México [Internet]. [citado 5 de marzo de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.cndh.org.mx/node/914398>
8. Santander T J, S R, Inés M, A H, Javier M, Zamora A V. Prevalencia de ansiedad y depresión entre los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Rev Chil Neuro-Psiquiatr. marzo de 2011;49 (1):47-55. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272011000100006
9. Salud mental adolescente.indd - saludmentaladolescentecolombia.pdf [Internet]. [citado 7 de noviembre de 2014]. Recuperado a partir de: <http://d2bfnla-kiu8y36.cloudfront.net/psicopediahoj/saludmentaladolescentecolombia.pdf>

10. 1243030_EstudioNacionalSM2003.pdf [Internet]. [citado 20 de noviembre de 2014]. Recuperado a partir de: http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1243030_EstudioNacionalSM2003.pdf
11. María A. Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2007;45 (3):225-32. <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2007/im073d.pdf>
12. López MV, Fuentes NIGAL, Palos PA, Oudhof H. Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes [Internet]. Salud Mental. 2012 [citado 6 de marzo de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=58223290006>
13. Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes [Internet]. [citado 18 de octubre de 2014]. Recuperado a partir de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58223290006>
14. Barrio - relacin-entre-el-clima-familiar-y-el-clima-ES.pdf [Internet]. [citado 7 de noviembre de 2014]. Recuperado a partir de: <http://www.ijpsy.com/volumen9/num1/226/relacin-entre-el-clima-familiar-y-el-clima-ES.pdf>
15. Zuluaga EH, Hoyos ML, Galvis YT de. Factores de riesgo y de protección de la depresión en los adolescentes de la ciudad de Medellín. Int J Psychol Res. 2012;5 (1):109-21. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3974547>