

Prevalencia de sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de 14 a 18 años de un colegio privado de Medellín

Carmenza Ricardo Ramírez¹

Matilde Álvarez²

Germán Valencia Prieto³

Felipe Tirado Otálvaro⁴

Resumen

Introducción: Este estudio busca determinar la prevalencia de los síntomas depresivos, ansiosos y factores de riesgo familiares, medioambientales y personales, en una población de adolescentes entre 14 y 18 años de edad de un colegio privado de Medellín. *Métodos:* Estudio observacional analítico de corte. Se aplicó una encuesta sociodemográfica, y las escalas de BAI (inventario de ansiedad de Beck) y BDI- II (inventario de depresión de Beck-II), para detectar la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva. *Resultados:* Se encuestaron 152 adolescentes, el promedio de edad fue de $15,4 \pm 0,9$ años, la prevalencia de síntomas ansiosos fue de 25%, y de síntomas depresivos, de 25,7%. De los 38 (25%) estudiantes que tuvieron puntajes positivos en el BAI, 26 (68,4%) presentaron puntajes positivos en el BDI, y de los 39 (25,6%) alumnos que tuvieron puntajes positivos para BDI, en 26 (66,7%) se hallaron puntajes positivos para el BAI. *Conclusiones:* Los factores de riesgo para sintomatología ansiosa y depresiva fueron: ser mujer, ser víctima de matoneo y el maltrato. Tener amigos fue factor protector para sintomatología depresiva. Se encontró asociación estadística entre el autorreporte de sintomatología depresiva en el adolescente y sintomatología de ansiedad; entre el autorreporte de ansiedad con sintomatología depresiva; de igual manera, entre la sintomatología de depresión y ansiedad y la percepción de los padres para dichos síntomas.

Palabras clave: Depresión, ansiedad, adolescente, estudiantes, factores de riesgo.

Title: Prevalence of Depressive and Anxious Symptomatology in 14-18 ys-old Students from a Private School in Medellín

¹ Médica psiquiatra, Universidad Pontificia Bolivariana, Escuela de Ciencias de la Salud, Grupo de Investigación en Psiquiatría de Enlace (GIPE), Medellín, Colombia.

² Enfermera especialista en Farmacodependencia, Universidad Pontificia Bolivariana, Facultad de Enfermería, Grupo de Investigación en Cuidado, Medellín, Colombia.

³ Psicólogo clínico, especialista en Salud Ocupacional, docente de la Facultad de Medicina, de la Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.

⁴ Enfermero magíster en Epidemiología, Universidad Pontificia Bolivariana, Facultad de Enfermería, Grupo de Investigación en Cuidado, Medellín, Colombia.

Abstract

Objective: This study describes prevalence of depressive and anxious symptoms together with family, environmental and personal risk factors in a group of adolescents between 14 and 18 years of age in a private school of Medellín. *Methods:* An analytic observational cross sectional study was performed in 152 adolescents, evaluating sociodemographic aspects and prevalence of depressive and anxious symptomatology, as established through BDI-II and BAI. *Results:* Average age was 15.4 ± 0.9 years old, with a 25% prevalence of anxiety symptoms and 25.7% of depressive symptoms. From the 38 (25%) students with BAI positive, 26 (68.4%) were BDI positive, and from the 39 (25.6%) students with BDI positive, 26 (66.7%) were BAI positive. *Conclusions:* the risk factors for anxiety and depressive symptomatology were: being a woman, being a victim of bullying and abuse. Having friends was the protective factors for depressive symptomatology. There was a statistical association between self-report of depressive and anxiety symptomatology; between the anxiety self-report and the depressive symptomatology; as well as between depressive and anxiety symptomatology and parents' perception of such symptoms.

Key words: Depression; anxiety; adolescent; students; risk factors.

Introducción

Los trastornos mentales en el mundo representan un 20% en los niños y adolescentes, y en Colombia, el 16,1% han sufrido o sufren uno o más trastornos mentales; es mayor en las mujeres adolescentes, con 17,4%, y 14,8% para los adolescentes hombres (1,2). Estos

trastornos producen deterioro en las áreas personales, académicas, sociales y familiares. Sin embargo, solo una quinta parte recibe atención en salud mental.

La depresión es uno de los trastornos que se incrementa en la adolescencia y en el adulto joven, y con ella, los trastornos mentales comórbidos. La severidad es variable, desde la presencia de síntomas depresivos reactivos a una situación de estrés, como en los trastornos de adaptación; la depresión menor o subsindrómica; la distimia, caracterizada por la cronicidad y la presencia de al menos un año de síntomas; la depresión mayor, que es la condición más severa, con tristeza, irritabilidad, anhedonia, retraimiento social, culpa, pensamientos y conductas suicidas, aumento o disminución del sueño, disminución de la motivación o concentración y aumento o disminución del apetito (3-7).

En Estados Unidos, los trastornos depresivos de la población prepuberal tienen una prevalencia de 1% a 2%; en la adolescencia, de 3% a 8%, y a lo largo de la vida, aproximadamente del 20% (3,4). Un estudio longitudinal que realizó valoraciones periódicas a una cohorte entre los 14 a los 21 años de edad encontró que el 7,3% tenían síntomas depresivos subumbrales y, de estos, el 18,4% desarrollaron depresión mayor posteriormente (8,9).

Los trastornos de ansiedad son condiciones psiquiátricas comunes que afectan a esta población, y

deben diferenciarse de los miedos que experimentan en el curso de su crecimiento y maduración. La mayoría de los miedos infantiles son transitorios, de intensidad leve y específicos de una etapa del desarrollo; cuando estos se prolongan en el tiempo y aumenta la intensidad, pueden hacerse patológicos, porque se presenta la anticipación aprehensiva de daño futuro, acompañada por sentimientos de disforia o síntomas somáticos de tensión. La frecuencia de ansiedad se incrementa desde la niñez hasta la adolescencia, y puede afectar desfavorablemente su desarrollo (10).

Los niños y adolescentes con trastornos de ansiedad pueden tener un cuadro clínico diferente al de los adultos, ya que ellos no expresan verbalmente sus ansiedades, pero tienen síntomas físicos más pronunciados, que se pueden confundir con trastornos del afecto o conductas oposicionales (11).

Los trastornos de ansiedad en general tienen alta comorbilidad con otros trastornos neuropsiquiátricos que se dan en la niñez y la adolescencia, como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, y los trastornos afectivos; su existencia en la niñez aumenta el riesgo de presentarse en la vida adulta. Los adolescentes con trastornos de ansiedad que presentan trastornos depresivos tienen alto riesgo de realizar intentos de suicidio. Diferentes estudios hallaron comorbilidad entre trastornos depresivos y trastornos

de ansiedad, que varían del 20% al 63%, según el tipo de ansiedad. La literatura reporta que estos trastornos preceden a los síntomas depresivos, tanto en los adolescentes como en los adultos (12).

Otras condiciones en que la ansiedad es un síntoma importante son los trastornos psicóticos, el retardo mental, el trauma craneoencefálico, el retardo del desarrollo, el abuso físico y la negligencia, y el uso de sustancias (13).

La sintomatología ansiosa y depresiva es más frecuente en adolescentes que en niños. Un estudio realizado en adolescentes chilenos escolarizados reportó prevalencia de síntomas ansiosos del 42,3%, y depresivos del 32,5%, que fueron evaluados con el inventario de ansiedad de Beck (BAI) y el inventario de depresión de Beck (BDI-II) (7). En Colombia, en Medellín, el 13,1% de estos jóvenes cumplieron criterios para depresión, y 58,5%, para síntomas de ansiedad moderada y grave (14), mientras que en los niños la prevalencia de sintomatología depresiva fue de 9,2% en Bucaramanga (5) y del 17% en Neiva (6).

En el estudio de prevalencia anual de trastornos mentales de adolescentes colombianos, la depresión mayor fue de 5,0%; la distimia, 0,1%; el trastorno bipolar I, 3,0%; el trastorno bipolar II, 0,5%, y cualquier trastorno afectivo, 5,3%. Los trastornos de ansiedad mostraron, para el trastorno de pánico, 1,1%; ansiedad generalizada, 0,5%; agora-

fobia, 3,8%; ansiedad de separación, 1,7%, y otros trastornos de ansiedad, 5,5% (2).

Los factores de riesgo para desarrollar depresión y ansiedad en esta población se clasifican en cuatro categorías que permiten la valoración general del riesgo: los factores genéticos, las características individuales del niño y del adolescente, los factores medioambientales y los eventos vitales negativos (15). La intervención temprana de estos podría prevenir el desarrollo y la complicación de la psicopatología.

Entre los factores de riesgo más frecuentemente reportados por diferentes investigadores están: pertenecer al sexo femenino, falta de destrezas sociales, maltrato, baja autoestima, situación familiar irregular, relaciones sociales inadecuadas, abuso sexual, mal desempeño escolar, ser víctima de matoneo, y consumo de alcohol y sustancias (8,9,14,16-18).

Aproximadamente el 40% al 65% de los adolescentes tienen antecedentes familiares de depresión; a diferencia de los niños, en quienes los síntomas se relacionan más con situaciones medioambientales caóticas. La depresión parental puede ser deletérea, no solo desde el punto de vista genético, sino como vía de modelaje de distorsiones cognitivas e interacciones hostiles, pasivas y de aislamiento. La criminalidad parental, el abuso de sustancias, la falta de cohesión familiar son factores asociados, ya que la familia es

el lazo entre las generaciones, que permite la estabilidad de la cultura y de la sociedad (11).

Dentro de los factores de riesgo para los trastornos de ansiedad están: la historia de ansiedad de los padres, porque estos tienen una influencia primaria en el medio ambiente de los niños; el sexo femenino, y algunos estudios asocian los antecedentes de consumo de sustancias en los padres, historia de abuso sexual y físico, o adversidades tempranas en los niños (19).

Esta investigación tuvo por objetivo describir las características sociodemográficas y sintomatología depresiva y ansiosa en adolescentes de un colegio privado de Medellín, con la participación interdisciplinaria de psicología, enfermería y psiquiatría.

Metodología

Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional analítico de corte, en el cual se analizaron variables sociodemográficas, familiares, académicas y de factores de riesgo personales, como maltrato por otros compañeros (matoneo), haber sido víctima de maltrato o abuso, pérdida de alguno de los padres, estrés medioambiental relacionado con situaciones de orden público o eventos vitales, uso de sustancias psicoactivas o alcohol en los adolescentes, autorreporte de sintomatología de ansiedad y/o depresión, diagnóstico de enfermedad psiquiátrica, estar en

tratamiento psiquiátrico o psicológico, ausencia de amigos o relación sentimental, trastornos psiquiátricos en los padres, consumo de sustancias de los padres, divorcio de los padres o pérdida del trabajo del jefe del hogar.

Se encuestaron 152 estudiantes de un colegio privado de Medellín, entre los 14 y 18 años. La muestra fue representativa de la población y se calculó a través de la fórmula utilizada para poblaciones finitas:

$$n = \frac{N z^2 p q}{e^2 (N - 1) + z^2 p q}$$

Donde:

N: Es el tamaño de la población total de estudiantes del colegio entre 14 y 18 años: 2.284.

Z: Es el percentil de la distribución normal estándar determinado por el nivel de confianza de 95%, esto es, 1,96.

p: Es la prevalencia de trastorno depresivo en niños y adolescentes en Colombia del 12% (1).

q: Equivalente a 1 - *p*.

*e*²: El error máximo permitido: para este caso, se trabajó con un *e*² = 0,03.

Se realizó un muestreo probabilístico polietápico, el cual inició con la distribución proporcional al tamaño de la muestra, según el número de estudiantes por cada grado; posterior a esto, se creó una lista de números aleatorios generada por computador para escoger los salones y los grados que serían incluidos en el muestreo,

y al final se elaboró nuevamente una lista de números aleatorios por computador para seleccionar los estudiantes que fueron incluidos en el estudio. Se excluyeron del estudio los estudiantes que no firmaron el asentimiento o de quienes no se obtuvo el consentimiento informado por parte de sus padres.

Recolección de la información e instrumento empleados

Para la recolección de la información se aplicó un instrumento que incluyó variables sociodemográficas, familiares, académicas y de factores de riesgo, así como el inventario de depresión de Beck, específicamente la última versión de este instrumento, conocida como BDI-II, y el inventario de ansiedad de Beck (BAI).

Se envió a los padres de los jóvenes para diligenciar personalmente, tanto el consentimiento informado, como la encuesta que solicitaba información sobre variables sociodemográficas, antecedentes mentales, de consumo de sustancias y de alcohol de los padres; información sobre presencia de síntomas depresivos y ansiosos, y factores de riesgo personal y medioambiental de sus hijos.

Los adolescentes respondieron la encuesta autodilenciadas sobre datos sociodemográficos y factores de riesgos personales, académicos, escolares y familiares; además, respondieron el BDI-II y el BAI.

Los jóvenes estuvieron bajo asesoría de los investigadores para responder inquietudes en caso de que estos así lo requirieran.

A continuación se describen cada uno de los formularios utilizados para evaluar sintomatología depresiva y ansiosa. El BDI-II es una de las herramientas más estudiadas y empleadas internacionalmente para valorar la sintomatología depresiva, y ha sido validada en lengua española por Penley y colaboradores en población adulta latinoamericana; en Estados Unidos, Sanz, Navarro y colaboradores; en España, en adultos, Melipillán y colaboradores; en Chile (20), en adolescentes entre 14 y 20 años de edad, quienes corroboraron la confiabilidad transcultural y la capacidad del instrumento de discriminar adecuadamente los síntomas depresivos.

El instrumento es autoaplicado, consta de 21 ítems, 6 hacen referencia a síntomas somáticos vegetativos y los 15 restantes, a síntomas psicológicos y cognitivos. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos, se suma directamente la puntuación de tal manera que el total varía de 0 a 63 puntos.

El punto de corte no es absoluto y debe considerarse según el propósito y la población estudiada. Beck y colaboradores (21) fijan en 19 el punto de corte del BDI-II para discriminar la sintomatología depresiva clínicamente significativa, pero para fines de tamizaje el valor debe ser mucho más bajo. Sanz, Navarro

y colaboradores (22) sugieren un punto de corte de 12. Los puntos de corte para graduar la intensidad o severidad de los síntomas son: no depresión (0-9 puntos), depresión leve (10-18 puntos), depresión moderada (19-29 puntos), depresión grave (más de 30 puntos).

Para evaluar los síntomas de ansiedad se empleó el BAI, que es un instrumento de autoinforme utilizado internacionalmente, que permite discriminar entre la ansiedad patológica y la normal. Ha sido utilizado en estudiantes de enseñanza media en Concepción, Chile. Ha sido validada en español por Sanz y Navarro en el 2003, y analizadas sus propiedades psicométricas en población general española por Magán y Sanz (23), que indicaron una buena consistencia interna y replicaron los resultados encontrados en otros estudios y muestras poblacionales de diferentes países.

El BAI es un instrumento para medir la ansiedad general clínica, comprende dos dimensiones altamente relacionadas, una somática y una dimensión afectivo-cognitiva. Es un instrumento adecuado para tamizaje en población general, consta de 21 ítems que se valoran de 0 a 3 puntos, para su calificación se suma directamente la puntuación de tal manera que el total varía de 0 a 63 puntos y el punto de corte es de 16, es decir que a partir de este puntaje hay sintomatología ansiosa. A diferencia del BDI-II no mide severidad (23).

Procesamiento y análisis estadístico

La información fue procesada y analizada en el programa SPSS® versión 15.0 (SPSS Inc; Chicago, Illinois, USA), licencia amparada por la Universidad Pontificia Bolivariana (UPB). Se realizó una descripción de la población al cuantificar y caracterizar las variables cuantitativas y cualitativas; las primeras, por medio de medidas de tendencia central, dispersión o posición, dependiendo de la distribución de los datos, mientras que las variables cualitativas fueron interpretadas a través de medidas de frecuencia.

Posterior a esto, y para explorar la fuerza de asociación entre la presencia de sintomatología depresiva o ansiosa con variables sociodemográficas, académicas y personales, se realizó un análisis bivariado a través de la *odds ratio* (OR) y su intervalo de confianza de 95% (IC 95). Se asumió significancia estadística si el valor de probabilidad fue menor de 0,05.

Consideraciones éticas

Esta investigación se clasifica como de riesgo mínimo según la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, entendiendo que los estudios de “riesgo mínimo para la salud son estudios prospectivos que emplean los registros de datos a través de procedimientos comunes consistentes en exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamiento rutinario” (24).

Se tuvo en cuenta que la población estudiada es un grupo altamente vulnerable, porque hace parte de los que la OMS considera como tal, entre ellos las embarazadas, los lactantes, los menores de edad, los pobres, los enfermos con trastornos psiquiátricos y los subordinados a autoridad. Para aminorar este evento, se solicitó la firma del consentimiento informado a los padres y el asentimiento de cada uno de los adolescentes participantes. Esta investigación tuvo aprobación por parte del colegio y el comité de ética en la investigación de la institución.

Los adolescentes que tuvieron sintomatología de depresión o ansiedad fueron informados a sus padres, y se sugirió la evaluación psicológica o psiquiátrica. Los investigadores cumplieron los principios éticos de beneficencia, justicia y dignidad humana, al garantizar el anonimato de cada uno de los jóvenes y su libre participación en el estudio.

Resultados

Características sociodemográficas y académicas

Se obtuvo información de 152 estudiantes de un colegio de Medellín, con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años. El promedio de edad fue de $15,4 \pm 0,94$ años. El mayor porcentaje de los jóvenes encuestados tenía 16 años (38,2%), seguido por los de 15, con un 34,9%; de 14 años se encuestaron 30 es-

tudiantes (19,7%), mientras que de 17 y 18 años fueron seleccionados 7 y 4 estudiantes, respectivamente. Se encuestó un número igual de hombres y mujeres; los estratos socioeconómicos más representativos fueron el 4 (39,5%), el 3 (31,6%) y el 5 (20,4%). Otras variables se presentan en la tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas y académicas

Variable		Número	%
Sexo	Hombre	76	50
	Mujer	76	50
Grado	Noveno	31	20,4
	Décimo	58	38,2
	Once	63	41,4
Rendimiento académico	Superior	6	3,9
	Alto	50	32,9
	Básico	92	60,5
	Deficiente	1	,7
	Insuficiente	3	2,0
Materias en refuerzo	Sí	52	34,2
	No	100	65,8
Estudiante repitente	Sí	10	6,6
	No	142	93,4

Características familiares

El 25,7% de los estudiantes son hijos únicos; de los que tienen hermanos, el 50% tienen solo uno, y el 21,1%, dos. Cuarenta y dos jóvenes (27,6%) reportaron separación de sus padres, y el 9,9%, la pérdida de trabajo del jefe del hogar. Dos de los jóvenes encuestados (1,3%) manifestaron no tener amigos, mientras que el 39,5% dicen sostener una

relación afectiva (noviazgo). Otras características aparecen en la tabla 2.

Tabla 2. Características familiares

Variable		Número	%
Convivencia con los padres	Ambos padres	106	69,7
	Solo madre	41	27
	Solo padre	4	2,6
	Otros familiares	1	0,7
Pérdida de los padres	Padre	16	10,5
	Madre	2	1,3
	Ninguno	134	88,2
Practican alguna religión	Sí	117	77
	No	34	22,4

Antecedentes familiares

El 7,9% de los padres manifestaron por autoinforme haber tenido antecedentes de sintomatología mental; los más frecuentes son el uso de alcohol en el 11,2%, seguido por los de ansiedad y depresión, cada uno con un 3,9%, y un padre (0,7%) con uso de drogas.

Antecedentes personales

El autorreporte sobre antecedentes personales encontró que 20 estudiantes (13,2%) han sufrido matoneo y 12 (7,9%), estrés medioambiental (robos y situaciones de orden público, entre otros). Mientras que el reporte de sus padres fue que el 2,6% de sus hijos habían sido víctimas de abuso o maltrato, y el 13,8% fueron víctimas de estrés ambiental.

El 44,7% de los jóvenes presentan autorreporte de ansiedad; el 20,4%, de depresión; el 22,4% consumió drogas en algún momento de su vida, y 1 (0,7%) dijo haber sido diagnosticado con trastorno de déficit de atención por hiperactividad (TDAH) por parte de un médico. El 5,3% de los jóvenes encuestados manifestaron haber tenido algún tratamiento psiquiátrico o psicológico.

Al comparar algunas variables demográficas con las puntuaciones del BAI y el BDI-II, se encontró que las mujeres tienen puntajes mayores que los hombres para ambas sintomatologías, con diferencias estadísticamente significativas. En las demás variables no hubo diferencias (tabla 3).

Percepción de los padres frente a la sintomatología ansiosa y depresiva de sus hijos

El 9,2% de los padres manifestaron que sus hijos presentaban síntomas depresivos, y el 25%, sintomatología ansiosa.

Factores de riesgo asociados con sintomatología ansiosa y depresiva

De los estudiantes encuestados, 38, correspondientes al 25%, presentaron puntajes en el BAI sugestivos para ansiedad. El sexo femenino, con un OR = 6,79 IC 95% (2,8 -16,7); el matoneo OR = 3,01 IC 95% (1,1-8,0), y el autorreporte de maltrato, OR = 11,37 IC 95% (2,9-44,8), se compor-

Tabla 3. Puntuación del BAI y BDI según variables demográficas.

Variable		Puntuación BAI		Puntuación BDI	
		Mediana	RIQ	Mediana	RIQ
Sexo**	Hombre	7	(3,25-11)	8	(4-13)
	Mujer	13	(9,25-20)*	16,5	(10-22,7)*
Grado***	9	10	(5-14)	13	(4-23)
	10	10	(5,7-16,2)	12	(7-18,2)
	11	11	(5-16)	11	(5-18)
Edad***	14	9,5	(5-13)	13,5	(5,7-20,5)
	15	11	(6,5-17,5)	10	(7-17)
	16	9	(5-15,5)	10,5	(5-18,2)
	17	12	(8-18)	14	(13-24)
	18	15	(3,5-29,5)	18	(4,2-30,2)

*p < 0,0001

** U de Mann-Whitney.

*** ANOVA de Kruskal-Wallis.

taron como factores de riesgo. Los síntomas ansiosos percibidos por los padres en sus hijos, OR = 2,33 IC 95% (1,0-5,2), están asociados con el BAI positivo.

El autorreporte de depresión en el adolescente, OR = 6,26 IC 95% (2,6-14,8), el autorreporte de ansiedad, OR = 6,11 IC 95% (2,6-14,2), se asocian con el BAI positivo para síntomas ansiosos.

Según criterios clínicos de la psiquiatra investigadora, se clasificaron los puntajes del BDI-II de depresión moderada y grave como “sintomatología depresiva”, mientras que los de depresión leve y sin depresión fueron clasificados como “sin sintomatología de depresión”. Tras la categorización de esta variable, se encontró que 39 jóvenes (25,7%) tenían puntajes para sintomatología depresiva.

Al cruzar esta variable con las demás variables independientes, se encontró que el sexo femenino, OR = 5,85 IC 95% (2,5-13,9); el matoneo, OR = 3,67 IC 95% (1,4-9,7), y el autorreporte de maltrato, OR = 6,96 IC 95% (2,0-24,7), se comportaron como factores de riesgo; mientras que tener amigos se comportó como factor protector para depresión, OR = 0,24 IC 95% (0,2-0,3).

Los síntomas depresivos percibidos por los padres en sus hijos, OR = 4,55 IC 95% (1,5-14,1); los síntomas ansiosos percibidos por los padres en sus hijos, OR = 2,33 IC 95% (1,1-5,2); el autorreporte de depresión en el adolescente, OR =

6,71 IC 95% (2,8-15,9), y el autorreporte de ansiedad, OR = 4,31 IC 95% (1,9-9,6), se asocian con BDI-II positivo para depresión moderada o grave.

Comorbilidad

De los 38 (25%) estudiantes que tienen puntajes positivos en el BAI, 26 (68,4%) tienen puntajes positivos en el BDI-II; por su parte, de los 39 (25,6%) alumnos que tienen puntajes positivos para BDI-II, 26 (66,7%) tienen puntajes positivos en el BAI.

Discusión

El estudio permitió conocer las características sociales, los factores de riesgo y los factores protectores para presentar sintomatología depresiva y ansiosa en un colegio privado de Medellín. Para cumplir dicho objetivo, se aplicaron las escalas de BDI-II y BAI, que fueron validadas en Chile en población de adolescentes con características similares a los jóvenes estudiados, razón por la cual no se consideró necesaria la validación, ya que la Universidad de Concepción en Chile nos proporcionó los instrumentos (7,20).

Los resultados no pueden ser extrapolados a la población general de adolescentes escolarizados de la ciudad, pues fue evaluado un solo colegio con características específicas, como son: pertenecer a estratos socioeconómicos medio y alto, tener cohesión familiar, tener creencias

religiosas y no haber desempleo en los padres (25). Sin embargo, por tener una muestra representativa, y al emplear un muestreo probabilístico, con los resultados se pueden hacer inferencias al total de la población estudiantil del colegio en cuestión.

Existen factores de riesgo para que se presenten los trastornos mentales; es decir, eventos que al interactuar entre sí, y no cuando se presentan solos, aumentan la probabilidad de que se dé la enfermedad; sin embargo, ellos no son necesariamente la causa del trastorno (15). En esta investigación se buscó, por autorreporte de los padres, factores de riesgo familiares, como antecedentes de trastornos mentales, uso de alcohol y de sustancias psicoactivas, los cuales fueron menores a la población general colombiana, que es del 40,1%, 86% y 9,1%, respectivamente; lo que puede ser explicado porque son familias nucleares con condiciones socioeconómicas favorables, como son tener empleo y pertenecer a estratos socioeconómicos medio y medio alto. La manera de recolección de estos datos fue el autorreporte, y no se hizo con escalas estructuradas para tal fin, a diferencia de los estudios realizados en la población general colombiana (26-28).

Los eventos vitales, la violencia social, el desplazamiento forzado, las alteraciones de orden público, los atracos callejeros y hurtos, entre otros, son factores de riesgo para sintomatología depresiva y ansiosa. En esta investigación, los padres

informaron que el 13,8% de sus hijos había sufrido alguno de los factores anteriores, mientras que el 7,9% de los adolescentes dijeron haberlo presentado; ambas cifras son inferiores a las reportadas en la población general colombiana (29). Estos datos podrían deberse a que los adolescentes estudiados hacen parte de un grupo socioeconómico menos vulnerable.

El matoneo es un tipo de agresión repetitiva, caracterizada por el desequilibrio entre el perpetrador y la víctima, con consecuencias negativas para los dos. En los jóvenes participantes de esta investigación, se halló una prevalencia total de matoneo de 13,2%, que es ligeramente mayor a otros estudios similares realizados en Estados Unidos y Grecia, los cuales hallaron el 10% y 12%, y menor que el reportado en Brasil, que fue del 17,6% en instituciones educativas públicas (30-33). Un estudio en Cali, Colombia, que exploró específicamente el matoneo, encontró una frecuencia de 24,7% en adolescentes de 14 colegios privados y oficiales, que es un resultado mayor al nuestro; esta diferencia puede explicarse porque el matoneo en nuestro estudio fue evaluado como factor de riesgo de sintomatología ansiosa y depresiva (34), mientras que el estudio de Cali fue específico para matoneo.

Los adolescentes investigados con sintomatología ansiosa también presentaron sintomatología depresiva y viceversa, pero no fue posible

determinar cuál de los dos síntomas fue primario. Otros estudios han descrito resultados similares a esta asociación entre ansiedad y depresión (8,9,12).

Esta investigación encontró que pertenecer al sexo femenino, ser víctima de matoneo y haber sido maltratado en algún momento de la vida son factores de riesgo para sintomatología ansiosa y depresiva, como lo han demostrado otros estudios en población de adolescentes (5,16,17,30,31,35).

En este estudio, el único factor protector que se encontró para la sintomatología depresiva fue tener amigos. Dicho hallazgo es demostrado por diferentes investigaciones, en las que el soporte social de los amigos es un importante factor de protección entre los adolescentes (17,25).

Conclusiones

La salud mental es un componente muy importante de la salud general de los niños y adolescentes; por ello, fomentar la salud emocional y social debe convertirse en prioridad de las políticas de salud del país.

Los factores de riesgo para sintomatología ansiosa y depresiva fueron: ser mujer, ser víctima de matoneo y maltrato. Tener amigos fue un factor protector para sintomatología depresiva. Se encontró asociación estadística entre el autorreporte de sintomatología depresiva en el adolescente y sintomatología de

ansiedad; entre el autorreporte de ansiedad y sintomatología depresiva; de igual manera, entre la sintomatología de depresión y ansiedad, y la percepción de los padres para dichos síntomas.

Agradecimientos

A los estudiantes de la Facultad de Enfermería Alexander Villegas, Manuela Londoño y Carolina Osorio, de la Universidad Pontificia Bolivariana, por su valiosa colaboración durante la recolección de la muestra.

Referencias

1. Torres Y, Osorio J, López P, et al. Depresión. En: Torres Y, Osorio J, López P, et al. Salud mental del adolescente. Medellín: Universidad CES; 2007. p. 49-66.
2. Torres Y, Posada J, Bareño J, et al. Salud mental en adolescentes en Colombia. Rev Observat Nac Salud Mental. 2011;1:17-27.
3. Walter HJ, Berkovitz IH. Practice parameter for psychiatric consultation to schools. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2005;44:1068-83.
4. Zalsman G, Brent D, Weersing R. Depressive disorders in childhood and adolescence: an overview Epidemiology, clinical manifestation and risk factors. Child Adolesc Psychiatric Clin N Am. 2006;15:827-41.
5. Mantilla L, Sabalza L, Díaz L, et al. Prevalencia de sintomatología depresiva en niños y niñas escolares de Bucaramanga, Colombia. Rev Colomb Psiquiat. 2004;33:163-71.
6. Herrera E, Losada Y, Rojas L et al. Prevalencia de la depresión infantil en Neiva, Colombia. Av Psicol Latinoam. 2009;27:154-64.
7. Cova F, Melipillán R, Valdivia M, et al. Sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de enseñanza media. Rev Chil Pediatr. 2007;78:151-9.

8. Fergusson D, Woodward L. Mental health, educational, and social role outcomes of adolescents with depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59:225-31.
9. Fergusson D, Horwood J, Ridder E, et al. Subthreshold depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;65:66-72.
10. Beesdo K, Knappe S, Pine DS. Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatr Clin North Am*. 2009;32:483-524.
11. Keren M, Tyano S. Depression in infancy. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2006;15: 883-97.
12. Olinio TM, Klein DN, Lewinsohn PM, et al. Latent trajectory classes of depressive and anxiety disorders from adolescence to adulthood: descriptions of classes and associations with risk factors. *Compr Psychiatry*. 2010;51:224-35.
13. Pathak S, Perry B. Anxiety disorders. En: Coffey E, Brumback RA, eds. *Pediatric neuropsychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2006. p. 285-305.
14. Torres Y, Zapata M, Montoya L, et al. Segundo estudio de salud mental del adolescente Medellín 2009. Medellín: Universidad CES, Alcaldía de Medellín; 2010.
15. Calles JL Jr. Depression in children and adolescents. *Prim Care*. 2007;34:243-58.
16. Gorenstein C, Andrade L, Zanolo E, et al. Expression of depressive symptoms in a nonclinical brazilian adolescent sample. *Can J Psychiatry*. 2005;50:129-36.
17. Haquin C, Larraguibel M, Cabezas J. Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. *Rev Chil Pediatr*. 2004;75:1-10.
18. Szumillas M, Kutcher S, Leblanc J, et al. Use of school-based health centres for mental health support in Cape Breton, Nova Scotia. *Can J Psychiatry*. 2010;55:319-28.
19. Gallagher B, Cartwright-Hatton S. The relationship between parenting factors and trait anxiety: Mediating role of cognitive errors and metacognition. *J Anxiety Disord*. 2008;22:722-33.
20. Melipillán R, Cova F, Rincón P, et al. Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck-II en adolescentes chilenos. *Ter Psicol*. 2008;26:59-69.
21. Dozois D, Dobson K, Ahnberg J. A psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II. *Psychol Assess*. 1998;10:83-9.
22. Sanz J, García-Vera M, Fortún M, et al. Adaptación española del inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*. 2005;16:121-42
23. Magán I, Sanz J, García-Vera MP. Psychometric properties of a Spanish version of Beck Anxiety Inventory (BAI) in general population. *Span J Psychol*. 2008;1:626-40.
24. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 008430 de 1993. Bogotá: Ministerio de Salud; 1993.
25. Mykelestad I, Roysamb E, Tambs K. Risk and protective factors for psychological distress among adolescents: a family study in the Nord-Trøndelag Health study. *Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol*. 2012;47:771-82.
26. Posada-Villa J, Aguilar-Gaxiola S, Magaña C, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del estudio nacional de salud mental. Colombia, 2003. *Rev Col Psiqui*. 2004;33:241-62.
27. Milne B, Caspi A, Harrington H, et al. Predictive value of family history on severity of illness. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66:738-47.
28. Lewis G, Rice F, Harold G, et al. Investigating environmental links between parent depression and child depressive/anxiety symptoms using an assisted conception design. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;50:451-9.
29. Richards A, Ospina-Duque J, Barrera-Valencia M, et al. Posttraumatic stress disorder, anxiety and depression symptoms, and psychosocial treatment needs in Colombians internally

- displaced by armed conflict: a mixed-method evaluation. *Psychol Trauma* [internet]. 2011 April [citado: 28 de septiembre de 2011]. Disponible en: <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=search.searchResults>
30. Skapinakis P, Bellos S, Gkatsa T, et al. The association between bullying and early stages of suicidal ideation in late adolescents in Greece. *BMC Psychiatry*. 2011;11:22.
 31. Guerra NG, Williams KR, Sadek S. Understanding bullying and victimization childhood and adolescence: a mixed methods study. *Child Dev*. 2011;82:295-310.
 32. Lieb R, Wittchen H, Höfler M, et al. Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offspring. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57:859-66.
 33. Moura DR de, Cruz AC, Quevedo L de Á. Prevalence and characteristics of school age bullying victims. *J Pediatr (Rio J)*. 2011;87:19-23.
 34. Paredes M, Álvarez M, Lega L, et al. Estudio exploratorio sobre el fenómeno del "Bullying" en la ciudad de Cali, Colombia. *Rev Latinoam Cienc Soc Niñez*. 2008;6:295-317.
 35. Silberg J, Pickles A, Rutter M, et al. The influence of genetic factors and life stress on depression among adolescent girls. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56:225-32.

Conflictos de interés: Los autores manifiestan que no tienen conflictos de interés en este artículo.

Recibido para evaluación: 15 de marzo de 2012

Aceptado para publicación: 26 de junio de 2012

Correspondencia
Carmenza Ricardo Ramírez
Grupo de Investigación en Psiquiatría de Enlace
Escuela de Ciencias de la Salud
Universidad Pontificia Bolivariana
Calle 78B No. 72A-109
Medellín, Colombia
moralesricardo@une.net.co