

## ADOLESCENCIA Y DEPRESIÓN

*Adolescence and depression*

**Graciela Pardo A.  
Adriana Sandoval D.  
Diana Umbarila Z.**

*Universidad Nacional de Colombia*

### RESUMEN

El presente artículo realiza una revisión sobre los principales factores de riesgo asociados al problema de la depresión en jóvenes. Se analizan los principales problemas conceptuales para definir con claridad el término depresión y se examinan las grandes interrelaciones existentes entre conceptos como estrés, ansiedad y depresión y sus implicaciones para el diagnóstico diferencial de la depresión en general y específicamente en jóvenes. En conclusión, este artículo sostiene que hay una dificultad teórica para establecer las relaciones que existen entre estrés, ansiedad y depresión.

*Palabras clave:* depresión, adolescencia, factores de riesgo, estrés, adaptación

### ABSTRACT

This paper is a revision regarding the main risk factors associated to the problem of depression in youths. The head conceptual problems to define clearly the term depression are analyzed. The large existing interrelations among such concepts as stress, anxiety and depression and their implications for the differential diagnosis of depressive disorder in general and specifically in youths are examined. As a conclusion, this article holds that there is a theoretical difficulty in establishing the existent relations among stress, anxiety and depression.

*Key words:* depression, adolescence, risk factors, stress, adaptation



**D**e acuerdo a estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, (OMS, citadas por Ministerio de Salud, 1998), la prevalencia global de los trastornos mentales a nivel mundial es de aproximadamente 851 millones de personas, incluyendo los trastornos neuróticos, afectivos, el retardo mental, la epilepsia, demencias y la esquizofrenia. Los problemas de salud mental constituyen alrededor del 15% de la carga mundial de enfermedad.

Los datos del Banco Mundial (citado por Ministerio de Salud, 1998), señalan que la depresión mayor representa un importante problema de salud mental, ya que se estima que para el año 2020 será la segunda causa de carga de enfermedad en el mundo, representando el 3.4 % de la carga total de enfermedad, medida en años de vida ajustados por discapacidad, después de la enfermedad isquémica cardíaca.

Otros autores corroboran esta tendencia, afirmando que la depresión es la condición crónica más común, después de la hipertensión, en la práctica médica general (Wells, Sturm, Sherbourne & Meredith, 1996, citados por Cassano & Fava, 2002).

Cassano y Fava (2002), resaltan en la revisión que hacen de la relación entre depresión y salud pública los hallazgos de diversos autores en cuanto a las consecuencias del trastorno depresivo mayor, entre las cuales se encuentran el incremento de la mortalidad, el aumento de la tasa de suicidio y de homicidios, el incremento de los comportamientos agresivos y del consumo de drogas, la disminución de la actividad productiva y el aumento de los costos al utilizar los servicios de salud. En particular, Ormel, Vonkorff, Ustun, Pini, Korten y Oldehinkel (1995, citados por Cassano & Fava, 2002), reportan que en un estudio realizado

por la OMS se encontró que los pacientes atendidos por urgencias en los servicios de salud y que estaban diagnosticados con trastorno depresivo, tienen en promedio 8 días de incapacidad al mes.

Respecto a la frecuencia con que este trastorno se presenta, Carta, Carpiniello, Kovess, Porcedda, Zedda y Rudas (1995, citados por Cassano & Fava, 2002), afirman que la prevalencia a lo largo de la vida del trastorno depresivo mayor, varía entre el 13.3 y 17.1% en la población general de Estados Unidos y Europa Occidental. En un estudio más reciente, Lepine, Gaspar, Mendlewicz y Tylee (1997, citados por Cassano & Fava, 2002), encontraron que la prevalencia de este trastorno fue del 17% para la población de Europa occidental, teniendo en cuenta un período de seis meses.

La depresión tiende a presentarse con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres. Por ejemplo, se ha reportado que en Estados Unidos la prevalencia del trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida corresponde al 21.3% en mujeres y 12.7% en hombres (Blazer, Kessler, McGonagle & Swartz, 1994, citados por Cassano & Fava, 2002).

A partir de los datos del *Segundo Estudio Nacional de Salud y Consumo de Sustancias Psicoactivas* (Santacruz, Gómez, Posada & Viracachá, 1995), realizado a 25.135 personas en Colombia, se observa que la prevalencia de la depresión en la población general es de 25.1% y en particular para la ciudad de Bogotá es de 19.7%. Este estudio sugiere que en Colombia, el 10.3% del grupo de hombres tiene depresión leve, un 3.4% moderada, y 0.6% depresión severa, cifras menores a lo observado en el grupo de las mujeres, donde el 14.7% presenta depresión leve, el 5.3% depresión moderada y el 1.3% depresión severa. Estos resultados sugieren que las mujeres tienden a deprimirse más que los hombres y que esta tendencia es independiente de la severidad con que se presente la depresión (Santacruz, Gómez, Posada & Viracachá, 1995).

La *Política Nacional de Salud Mental en Colombia* (Ministerio de Salud, 1998), revela información epidemiológica en donde se establece una alta prevalencia de alteraciones de salud mental en la población general y un aumento progresivo en su incidencia como resultado de múltiples factores relacionados con la transición de la salud de los colombianos. Dichos problemas relacionados con el comportamiento y la salud mental de los individuos y las comunidades, son actualmente de tal magnitud que deben ser considerados como problemas prioritarios de salud pública.

Los datos del *Segundo Estudio Nacional de Salud y Consumo de Sustancias Psicoactivas* (Santacruz, Gómez, Posada & Viracachá, 1995), sobre depresión leve, moderada y severa, sugieren que los jóvenes colombianos entre los 16 y 21 años muestran los más altos índices de depresión en comparación con otros rangos de edad, a excepción de la depresión severa en los hombres en el rango de 28 a 33 años. Además, según los datos de la Secretaría de Salud de Bogotá, en el año 2000 la tercera causa de muerte de los jóvenes de 14 a 26 años se debió a las lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios) con un 7.0% del total de muertes (las mujeres 6.8% y los hombres 7.1%), después de las agresiones violentas y los accidentes de tránsito (Departamento Administrativo de Acción Comunal – DAACD, 2003).

Según Gómez y Rodríguez (1997), los altos índices de depresión pueden deberse a las condiciones socioeconómicas y políticas actuales, caracterizadas por altos índices de desempleo, violencia y pobreza, incertidumbre laboral y pocas expectativas ocupacionales. Adicionalmente, Santacruz, Gómez, Posada y Viracachá (1995), afirman que la inseguridad vivida en los países del tercer mundo, la alta prevalencia del alcohol y la falta de disponibilidad de tratamiento son otras razones que inciden en el desarrollo de esta problemática.

Especialmente en el caso de Colombia, las condiciones que podrían explicar un alto índice de prevalencia de depresión son la alta tasa de migración de zonas rurales a urbanas, la alteración de la red de soporte social y de las relaciones personales familiares, como consecuencia de la alta violencia que coloca a los individuos en una continua situación de duelo. Debido a tales circunstancias, es factible que una importante proporción de mujeres esté en situación de duelo permanente o prolongado puesto que tienen una mayor longevidad, y por la violencia tienden a quedarse solas: sus hijos mueren tempranamente y enviudan de manera precoz, por causas violentas (Santacruz y cols., 1995).

Los jóvenes son uno de los grupos etéreos que presenta mayor probabilidad de sufrir depresión, ya que en la etapa de la adolescencia se llevan a cabo procesos de cambio físico, psicológico, sociocultural y cognitivo, que demandan de los jóvenes el desarrollo de estrategias de afrontamiento que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía y éxito personal y social (Blum, 2000). Además, la adolescencia es el período de desarrollo más importante para la adquisición y

el mantenimiento de patrones de comportamiento saludable, que disminuyan el riesgo y prevengan el desarrollo de trastornos clínicos durante este periodo y la edad adulta. En particular, se ha encontrado que individuos con historias de depresión en la adolescencia presentan un alto porcentaje de continuidad del trastorno depresivo mayor en la edad adulta (Lewinsohn, Rohde, Seeley, Klein & Gotlib, 2000).

Un estudio realizado en Oregon, Estados Unidos, estimó que entre el 12% y el 22% de los jóvenes menores de 18 años ha sido diagnosticado con algún desorden mental y que al menos una tercera parte de los jóvenes experimenta un segundo diagnóstico durante el resto de su vida (Lewinsohn, Hops, Roberts, Seeley & Andrews, 1993, citado por Diclemente, Hansen & Ponton, 1999).

En la literatura se ha reportado que los jóvenes que han sufrido un sólo episodio depresivo mayor, sin condiciones comórbidas asociadas, se caracterizan por presentar algunos síntomas del trastorno antisocial y del trastorno límite de la personalidad. En el caso de los hombres se ha descrito una tendencia hacia un estilo atribucional positivo. En estos casos, la presencia de depresión en los familiares del joven sucede en baja proporción. En cuanto a los jóvenes que han sufrido episodios depresivos recurrentes, se han asociado las variables de ser mujer, presentar varios síntomas del trastorno límite de la personalidad y conflictos con los padres (para las mujeres solamente). Se reporta, además, una alta proporción del trastorno depresivo mayor recurrente en los familiares de estos jóvenes (Lewinsohn y cols., 2000).

En particular, se ha señalado que los hombres jóvenes que sufren trastorno depresivo mayor recurrente, tienden a tener un estilo atribucional negativo y a consumir sustancias psicoactivas durante la adolescencia. En los años de la adultez temprana (o adolescencia tardía), los diagnósticos que se asocian a estos casos son los trastornos de personalidad límite y antisocial (Lewinsohn y cols., 2000).

Las personas que sufren depresiones durante la adolescencia y que tienden a desarrollar problemas psiquiátricos durante su adultez temprana se han caracterizado como jóvenes que presentan episodios depresivos más severos, es decir, de mayor duración, con múltiples episodios, mayor número de síntomas e historia de intentos de suicidio. En general, estos casos se caracterizan por elevados niveles de estrés, conflicto y dependencia interpersonal. En el caso contrario, se ha

reportado que la presencia de un trastorno mental no afectivo en la adolescencia no predice la presencia de un trastorno afectivo en la adultez temprana (Lewinsohn y cols., 2000).

Según la clasificación diagnóstica del *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, 2000), los criterios de un trastorno depresivo son muy parecidos en niños, adolescentes y adultos. Las diferencias que se encuentran se deben a la intensidad de los síntomas y las consecuencias del trastorno. Algunos síntomas, como las quejas somáticas, la irritabilidad y el aislamiento social, son especialmente habituales en los niños, mientras que el enlentecimiento psicomotor, la hipersomnia y las ideas delirantes son más frecuentes durante la adolescencia. En los adolescentes los episodios depresivos mayores suelen ir asociados a trastornos disociales, por déficit de atención, de ansiedad, relacionados con sustancias, y de la conducta alimentaria (Méndez, Olivares & Ros, 2001).

En cuanto a las manifestaciones clínicas de los trastornos depresivos en la adolescencia, en ocasiones se destacan algunos síntomas que aparecen desde la infancia y se recrudecen después de la pubertad. El síntoma característico de la depresión es el cambio notable en el estado de ánimo, que puede ser encubierto por irritabilidad o por problemas de conducta. En los cuadros depresivos de los escolares mayores y los adolescentes menores hay cambios graduales. Los escolares mayores tienden a somatizar más sus quejas, a presentar mayor agitación psicomotora y, en ocasiones, alucinaciones. La apariencia depresiva en estas edades no es el único criterio a tener en cuenta, es necesario atender los reportes de los adolescentes acerca de una mayor incidencia de síntomas de desesperanza y falta de capacidad para disfrutar lo que hacen. Además, es necesario fijarse otras referencias como la necesidad de dormir más, cambios en el peso corporal, presencia de ideas acerca de la muerte e ideación suicida (Bernad, 2000).

En los adolescentes mayores, es muy frecuente que se presenten somatizaciones en los casos en que existe un síndrome depresivo, como es el caso de los episodios de bulimia y anorexia, síntomas de gastritis, tendencia a la hipertensión arterial o propensión al cansancio muscular, la fatiga mental, incapacidad de concentrarse y realizar ejercicios de memoria. En algunos de estos casos, y desde 1960, se habla del concepto de "depresión enmascarada." Este concepto aplica tam-

bién para adultos que muestran diversos síntomas físicos con un diagnóstico médico difícil de establecer (Dallal & Castillo, 2000).

La prevalencia de la depresión aumenta durante la adolescencia y alcanza su nivel más alto en la adultez temprana. Según Aalto-Setälä, Marttunen, Tuulio-Henrikson, Poikolainen & Lonnqvist (2002), se ha identificado que los casos en que no se diagnostican ni tratan síntomas depresivos en la adolescencia tienen una mayor probabilidad de presentar en la adultez temprana un mayor índice de depresión, funcionamiento psicológico y social adverso, y abuso de sustancias.

Aalto-Setälä y cols. (2002), realizaron un estudio en el que pretendían evaluar las conclusiones que investigaciones previas habían evidenciado acerca de la continuidad de los trastornos afectivos en los adolescentes. Los resultados indicaron que los síntomas depresivos reportados en la adolescencia predecían un mayor riesgo de trastorno psiquiátrico y consumo de alcohol en la adultez temprana. Comparados con los sujetos que no reportaron síntomas depresivos en la adolescencia, el riesgo de presentar un trastorno depresivo en la adultez temprana (trastorno depresivo mayor o distimia) o problemas psicosociales, fue tres veces mayor para aquellos que sí los habían reportado. Además de lo anterior, la depresión en la adolescencia está relacionada con mayor ocurrencia de hospitalización y problemas de ajuste social e interpersonal, suicidio e insatisfacción con la vida.

Según Bebbington (1988, citado por Gómez y Rodríguez, 1997), la depresión severa se incrementa con la edad y la depresión leve tiene su pico al inicio de la edad adulta. Así mismo refiere que la presencia de depresiones severas dependería de una pérdida paulatina de las defensas y un mayor compromiso biológico. Sin embargo, otros autores sugieren que la edad de inicio del trastorno depresivo mayor es de predominio en la adolescencia y si se realizara una historia clínica esto podría ser corroborado, teniendo en cuenta que el 4% de estos niños se suicida antes de los 25 años y un tercio de ellos realiza intentos de suicidio (Gómez & Rodríguez 1997).

La depresión en la adolescencia puede presentarse como un problema transitorio y común, o como una enfermedad peligrosa que puede generar conductas autodestructivas. Según Dallal y Castillo (2000), la depresión ha sido asociada a la adolescencia porque en esta etapa del desarrollo suelen darse, con frecuencia, molestias relacionadas con el estado de ánimo. Adicio-

nalmente, durante esta etapa vital suceden al tiempo varios cambios en la personalidad que hacen difícil determinar la normalidad de este trastorno. Según los autores, “se considera que el adolescente está enfermo cuando el proceso de su desarrollo biopsicosocial se altera y esto se manifiesta en conductas anormales, síntomas y alteración en sus funciones mentales” (Dallal & Castillo, 2000, p. 1320). Es necesario, entonces, conocer las características de la adolescencia para así identificar los criterios diagnósticos, el pronóstico y el tratamiento que corresponde a esta etapa del desarrollo. En este sentido, se debe conocer la historia clínica del adolescente para identificar la presencia de alguna de estas tres condiciones:

1. Psicopatologías previas o de inicio temprano que se han reforzado por las estructuras externas (familia, escuela, etc.).

2. Crisis motivadas tanto por los cambios físicos, fisiológicos y emocionales, como por los desafíos que impone el ambiente. Las reacciones de los adolescentes ante cada una de estas crisis difieren en función de sus recursos. En ocasiones, la forma en que las personas afrontan cada crisis motiva juicios sociales y diagnósticos psiquiátricos.

3. Alteraciones emocionales y mentales, que se inician en la adolescencia, pero que pertenecen, por su larga evolución, a la edad adulta. En este apartado se encuentran los trastornos depresivos (Dallal & Castillo, 2000).

En el caso particular de los adolescentes se deben tener en cuenta los siguientes elementos cuando se diagnostica 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 (Dallal & Castillo, 2000).

A continuación analizaremos en una forma más específica los principales factores de riesgo que han sido asociados a la presencia de depresión en jóvenes.

#### VARIABLES ASOCIADAS A LA DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA

Para efectos del presente análisis se entiende como riesgo la probabilidad de que ocurra un suceso duran-

te un periodo de tiempo. El concepto de factor de riesgo hace alusión a las características asociadas al aumento de la probabilidad de que aparezca una enfermedad, se comprometa la salud, la calidad de vida o la vida, sin implicar una relación causa-efecto ni la dirección de la misma (Maddaleno, 1987).

El estudio de la adolescencia debe incluir todos los factores que afectan al individuo, la cultura a la que pertenece, el ambiente físico y social que le rodea, los aspectos psicológicos, la calidad de las relaciones interpersonales y familiares, las condiciones biológicas y las circunstancias y el momento histórico en que se encuentre el joven. Estos elementos están entrelazados y conforman una red compleja y organizada de factores, que se va desarrollando a través del ciclo vital (DiClemente, Hansen & Ponton, 1996).

La depresión ha sido asociada al síndrome de riesgo en la adolescencia (Maddaleno, 1987). El síndrome de riesgo consiste en la presencia simultánea y covariada de factores de riesgo asociados a la presentación de los cuatro problemas típicos en salud del adolescente: (a) abuso de sustancias, (b) embarazo o iniciación sexual temprana, (c) deserción escolar o problemas de rendimiento académico, y (d) delincuencia.

Dentro de esta visión teórica, la depresión ha sido tomada como un factor asociado a los problemas de comportamiento típicos de la adolescencia, pero no como objeto de estudio en sí misma. Por ejemplo, según Dryfoos (citado por Maddaleno, 1994), los factores de riesgo asociados al abuso de sustancias en población norteamericana se relacionan con inicio precoz de consumo, problemas escolares y de rendimiento en general, problemas familiares (falta de apoyo y guía parental), tipo de interacción familiar y pautas de crianza, consumo de sustancias por parte de los padres, depresión y situación de estrés asociadas con el consumo, baja autoestima (en donde los datos son inconsistentes), influencia de los pares y personalidad (poco conformistas, rebeldes y gran sentido de independencia).

Así mismo Maddaleno (2000, citado por Blum, 2003), en un estudio cuyo propósito es el seguimiento de investigaciones sobre riesgo en adolescentes latinoamericanos, plantea como indicadores mayores de riesgo los siguientes: (a) presentar trastornos psiquiátricos, (b) ser portadores de malformaciones importantes, (c) enfermedad grave o potencialmente mortal, (d) no estudiar ni trabajar, (e) haber abandonado la escolaridad primaria o no haberla iniciado, (f) iniciar rela-

ciones sexuales antes de los 15 años de edad de manera promiscua, homosexual, o con resultados emocionales traumáticos, (g) haber atentado contra su vida o manifestarlo de manera implícita o explícita, (h) presentar un embarazo no deseado, (i) fumar tabaco antes de los 13 años de edad, beber alcohol de manera asidua y hacer uso de drogas aunque sea de manera ocasional, (j) vivir o haber vivido una situación de abandono familiar, (k) hacer parte de un medio social patológico (promiscuidad, drogas, violencia), (l) presentar antecedentes judiciales o penales (hechos delictivos o violentos), y (m) antecedentes de abuso o maltrato.

Como indicadores menores de riesgo en la adolescencia Maddaleno (2000, citado por Blum, 2003) encuentra: Diferencias en la cronología de la pubertad, presencia de enfermedad crónica o discapacidad, presencia de trastornos en la alimentación, repetición del año o grado, súbito descenso en el nivel escolar o indisciplina escolar reiterada, antecedentes de más de un accidente de cierta importancia, antecedentes de psicoterapia o psicodiagnóstico solicitado, mentiras u omisiones reiteradas, imposibilidad o reiteración en tratar temas sexuales, padres viudos o separados, nuevas uniones de los padres y trabajo antes de los 15 años en un medio no familiar o en un medio social discordante con los valores de la familia, ser hijo único y traslado o mudanza de domicilio.

Como indicadores primarios relacionados con la enfermedad emocional, esta autora plantea la enfermedad emocional infantil, las enfermedades crónicas o malformaciones clínicas graves, el uso de tóxicos y los intentos suicidas y el inicio temprano de la actividad sexual. Como criterios secundarios a enfermedad emocional aparecen carencias afectivas importantes, fracaso escolar o problemas de rendimiento académico constante y disfunción familiar crónica (Maddaleno, 2000, citado por Blum, 2003).

Como podemos observar muchos de los indicadores que podrían relacionarse con la depresión aparecen asociados a conductas de riesgo específicas para comportamientos de riesgo puntuales, o hacen parte de los indicadores de riesgo generales en la presentación del síndrome de riesgo en la adolescencia. Teniendo en cuenta que el disturbio de carácter emocional o la depresión aparece como parte de la covariación de los factores de riesgo relacionados con los problemas típicos de la adolescencia, se hace evidente la necesidad de estudiar este fenómeno a mayor profundidad.

Es importante señalar que la literatura revisada para la elaboración de este artículo comparte conceptualmente los criterios de la depresión como *síndrome* ajustado a las características diagnósticas del *DSM-IV* o *DSM-IV-TR* y a la perspectiva biopsicosocial del modelo ecológico del proceso salud – enfermedad.

### *Eventos Estresantes y Depresión*

La naturaleza de los acontecimientos vitales presentes en la historia de vida de los jóvenes, preceden al desarrollo de la depresión y se relacionan con procesos de adaptación del joven a situaciones como las dificultades inherentes al ingreso a la universidad, la elección de carrera, el inicio o la imposibilidad de actividad laboral, la escogencia de pareja, el distanciamiento de los vínculos parentales, los cambios de residencia, la presencia de enfermedad grave propia o de algún familiar, matrimonio, divorcio, separación, pérdida del trabajo, muerte de un familiar cercano o amigo, abuso sexual y el maltrato físico o psicológico (Bernal & Escobar, 2000; Gómez & Rodríguez, 1997).

### *Factores Familiares*

La familia es el centro primario de socialización infantil y juvenil, en el cual se encuentran los modelos a seguir por medio de la educación, de la observación constante del comportamiento de los padres y las formas de relación social establecidas por el núcleo familiar con otros grupos. Así mismo, esta unidad debe permitirle a los individuos desarrollar sus habilidades, enseñándoles a superar las limitaciones que existen (Dulanto, 2000b).

Se ha reportado que la construcción del comportamiento de los jóvenes en edad escolar está relacionada con las características del estilo de paternidad y la familia. Así, se ha encontrado que aunque el vínculo con los padres sea pobre, estas figuras contribuyen de manera significativa e independiente, a construir el comportamiento de las y los adolescentes (Flour & Buchanan, 2003).

El vínculo padre–hijo también ha sido asociado a las respuestas cognitivas de los jóvenes ante eventos vitales negativos y a la presencia de síntomas depresivos en la adolescencia. En este sentido, la relación del joven con sus padres se considera una variable de gran peso en el desarrollo de síntomas depresivos en niños y jóvenes, ya que quienes tienen un vínculo pobre con sus padres son más vulnerables a presentar este tipo de síntomas cuando se enfrentan a eventos vitales adver-

sos, en comparación con aquellos que tienen estilos de relación más cercanos y de mayor soporte emocional (Kraaij, Garnefski, Jan de Wilde & Dijkstra, 2003). Según estos mismos autores, los tipos de cogniciones más frecuentes son la auto–culpa, la rotulación, la catastrofización, la reinterpretación negativa y la evaluación negativa. Además, se encuentra asociación entre la cantidad de estrés experimentado y los síntomas depresivos experimentados.

Los factores socioeconómicos y los cambios en la estructura familiar se han asociado con la presencia de depresión en jóvenes. Gilman, Kawachi, Fitzmaurice y Buka (2003), plantean que la separación conyugal y el bajo estatus socioeconómico tienen consecuencias en el bienestar percibido por los miembros de la familia. Específicamente en los Estados Unidos ha habido un incremento en el número de mujeres cabeza de familia, al tiempo que los ingresos percibidos por las familias que éstas conforman han disminuido. Estos factores (la separación y los bajos ingresos), contribuyen a la presencia de depresión a lo largo de la vida en el caso de las personas que cuando niños vivieron estas condiciones socioeconómicas. Para el caso colombiano, la estructura familiar basada en la jefatura femenina (madre cabeza de hogar) aparece como una tendencia de importancia en la actual conformación de la familia colombiana (Ministerio de Salud, 1998).

Hernández (1996), al estudiar las características de familias clínicas y las no clínicas en muestras poblacionales colombianas ha identificado algunas variables relacionadas con el riesgo, dentro de las cuales se encuentran (a) la escasa o excesiva cercanía afectiva, (b) la disciplina inconsistente –aplicación indiscriminada de castigos y recompensas–, (c) la confusión o caos en la asignación de responsabilidades domésticas, (d) el escaso o excesivo control conductual por parte de los padres, y (e) los desacuerdos marcados entre los padres acerca de la crianza. También observó que las familias clasificadas como no–clínicas presentan un mayor grado de cohesión, de satisfacción con el tipo de vínculo entre los miembros y de adaptabilidad, mayor utilización de la estrategia de reestructuración para afrontar los problemas y mayor orgullo de pertenecer a la familia. De la misma forma, se encuentra que este tipo de familias despliega mejores estrategias de afrontamiento ante la acumulación de eventos estresantes. Otra característica de las familias no clínicas es la idea de aceptar el conflicto entre los miembros de la familia como algo

necesario para el desarrollo de los individuos pertenecientes a la misma.

Videon (2002), ha concluido que la separación de los padres afecta a los niños y jóvenes de manera diversa en cada caso, ya que la relación de los jóvenes con sus padres antes de la disolución del matrimonio es un factor que modera los efectos de la separación en estos y determina las posibilidades de que cometan actos delictuales en el futuro. En especial, el grado de satisfacción del joven en la relación con su padre o madre del mismo sexo antes de la separación de residencia es una variable que correlaciona, de manera positiva, con el incremento de los comportamientos delictivos del joven después de la separación física con este padre. Por su parte, la relación con el padre de sexo opuesto es una influencia significativa en la depresión adolescente.

En el mismo estudio, se encuentra que la mayoría de los niños y adolescentes con padres separados tiene, de forma moderada, desempeños más pobres en diferentes áreas: emocional, dificultades académicas, problemas de salud, embarazos no deseados y trabajo a edades tempranas, que aquellos niños y adolescentes que viven en familias que permanecen constituidas por dos padres. Sin embargo, también se ha observado que los niños y adolescentes desarrollan una gran variedad de respuestas ante la separación de sus padres y así solamente un rango muy pequeño de personas sufre consecuencias negativas duraderas después del divorcio (Demo, 1992; Emery, 1988; Seltzer, 1994; Simona, 1996, citados en Videon, 2000).

Muchos de los problemas que se creen consecuencias del divorcio están presentes antes de la separación. La disolución marital puede ser entendida como un proceso que se manifiesta antes de la separación física de los padres. Así, los desempeños pobres detectados antes de la separación pueden ser el resultado de la progresión de eventos disfuncionales en la familia, lo que a su vez genera la disolución marital. Muchos niños y adolescentes pueden llegar a beneficiarse con la separación de sus padres. En esta línea, muchos autores han encontrado que hay instancias cuando la separación es benéfica para los niños y el mejoramiento de su bienestar. En este sentido, estos descubrimientos moderan la afirmación de que el divorcio, por sí mismo, causa desempeños más pobres y problemas emocionales en los niños y adolescentes, ya que las dificultades están presentes antes del cambio de la estructura familiar (Videon, 2000).

McCloskey y Lichter (2003), estudiando muestras de adolescentes, encuentran que los jóvenes que observaron violencia entre los padres durante su niñez, tienden a desarrollar síntomas depresivos en la adolescencia. La evidencia indica que los jóvenes provenientes de parejas conflictivas tienen mayor probabilidad de presentar depresión durante la adolescencia, así como de agredir físicamente a pares del mismo sexo, compañeros y padres.

Kaplan, Pelcovitz, Salzinger y cols. (1998), examinaron la relación entre el abuso físico y el riesgo para el desarrollo de trastornos psicopatológicos en jóvenes entre los 12 y los 18 años de edad a través de un estudio de comparación de grupos. Este estudio transversal se realizó con una muestra de jóvenes que vivían en Nueva York y que sólo habían sido abusados físicamente. En particular, este estudio concluyó que el abuso físico es un factor de riesgo para la presentación de cualquiera de los diagnósticos de depresión mayor, distimia, trastorno de conducta antisocial, abuso de drogas y tabaquismo. Estos autores encontraron en su estudio que los factores de riesgo que estuvieron asociados específicamente con la presencia de trastorno depresivo mayor en los adolescentes fueron el abuso físico, la percepción de sobreprotección de los padres y el contar con sólo un padre biológico en el hogar. Según Kaplan y cols. (1998), la depresión ha sido asociada al maltrato físico en estudios previos, conclusión que confirma los resultados de su estudio, en el que se encontró que los jóvenes abusados físicamente tienen una probabilidad siete veces mayor de desarrollar un trastorno depresivo mayor, que aquellos jóvenes que no son maltratados.

Los descubrimientos del estudio de McHolm, MacMillan y Jamieson (2003), son consistentes con los reportes de otros investigadores que han demostrado que existe una relación entre la exposición a uno o más tipos de maltrato en la infancia (físico, sexual o negligencia) y depresión. McHolm y cols. (2003), realizaron un estudio con 347 mujeres que tenían diagnóstico de trastorno depresivo mayor y que se encontraban en el rango de edad de los 15 a los 64 años de edad. Los resultados de este estudio indican que la prevalencia del trastorno depresivo mayor en mujeres que sufrieron abuso físico en la niñez fue de 40.3 %, es decir casi el doble del reportado por la muestra total, cuyo índice fue de 21%. Además, las mujeres deprimidas que han experimentado abuso físico en la niñez mostraron una probabilidad casi tres veces mayor de tener ideación

suicida a lo largo de su vida. Así mismo, Romano (2000), encuentra una asociación positiva entre abuso sexual en la niñez y la depresión, los trastornos de ansiedad, de alimentación y de conducta. Además, plantea una gran relación entre la anorexia nerviosa y el abuso sexual en la infancia.

Al observar las consecuencias que la violencia puede traer consigo y su alta relación con la depresión, es de gran relevancia tomar en cuenta los datos epidemiológicos que se presentan en la política de salud mental (Ministerio de Salud, 1998), en la cual se afirma que al hablar de violencia en Colombia, el 20% de las víctimas proviene de la violencia ocasionada por el conflicto armado por razones políticas, y el 80% restante son víctimas de la violencia cotidiana, ya sea del microsistema social o en la intimidad del microsistema familiar. Específicamente, los indicadores de maltrato al menor, reportados por familiares, presentan unas tasas de 12.1% para maltrato físico, 21.4% para maltrato verbal y 2.6% para abuso sexual.

Según Santacruz, Gómez, Posada y Viracachá (1995), los datos sobre familia que arroja el *Segundo Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia*, sugieren que una de cada cuatro personas en Colombia tiene a su familia desintegrada o sin figura paterna, lo cual representa un factor de riesgo para numerosas condiciones mentales patológicas en los miembros de la familia y especialmente en niños y jóvenes (Ministerio de Salud, 1998).

En términos epidemiológicos, para la ciudad de Bogotá la prevalencia del principal tipo de violencia denunciada en las Comisarías de Familia durante el año 2002, muestra el predominio de la violencia física con un 36.7%, seguida por la violencia verbal con 26% y la económica con 18%. La violencia psicológica denunciada como principal modalidad alcanzó una prevalencia de 12.6%. Los tipos de violencia denunciados fueron analizados de acuerdo a la co-ocurrencia de diferentes modalidades de agresión que se pueden presentar en el mismo caso (Secretaría de Gobierno Distrital, 2003). Es necesario considerar que los datos encontrados en este estudio pueden presentar un notable subregistro, dado que muchos de los casos de violencia intrafamiliar no son reportados. De la misma forma, según datos de la Secretaría de Gobierno Distrital (2003), en la categoría de afectados por la violencia intrafamiliar sobresalen los hijos/as quienes, a su vez, tienen una alta probabilidad de convertirse en victimarios de sus progenitores.

Dentro de las causas que se han enunciado para explicar la violencia intrafamiliar en Bogotá, se encuentra, en primer lugar, las dificultades de comunicación en la familia, las situaciones económicas, el consumo de drogas o alcohol y la infidelidad (Secretaría de Gobierno Distrital, 2003).

### *Soporte Social*

El soporte social es definido como “el sentido de ser alguien importante ante los ojos de otros, ser cuidado y amado, ser estimado y valorado como una persona y tener alguien que escuchará, entenderá y ayudará cuando sea necesario” (Cornwell, 2003, p. 954). Se reconoce su carácter dinámico, debido a los cambios dados a lo largo del tiempo, como son el crecimiento o la disminución real o percibida de éste. Concretamente, se ha encontrado que la pérdida y disminución de soporte, sumado al mantenimiento de interacciones sociales negativas, genera mayores dificultades en el bienestar psicológico de los adolescentes. Por el contrario, las interacciones sociales positivas, el crecimiento o mantenimiento del soporte social, favorecen el bienestar del joven (Cornwell, 2003).

La aceptación del grupo de pertenencia y la buena opinión por parte de los compañeros representan un factor esencial en la vida del adolescente. Desde este punto de vista, la necesidad de pertenencia a un grupo, la falta de oportunidades o el rechazo pueden constituir una experiencia frustrante para el joven. En conclusión, el grupo de pares brinda la posibilidad de tomar decisiones junto a sus compañeros, de tener poder y seguridad, proporciona prestigio y libertad, constituyéndose en un importante “modelo de referencia,” en el cual existen emociones, ideas, ambiciones y expectativas que discrepan con los valores de los adultos relacionados con el adolescente (profesores, familiares, etc.) (Dulanto, 2000a).

Según Brage y cols. (1995, citados por Diego, Field & Sanders, 2001), un factor que no ha sido estudiado tan frecuentemente en la depresión adolescente lo constituyen las relaciones con pares y más específicamente, la soledad. Sin embargo, se ha encontrado que la soledad es un factor que se presenta en mayor medida en adolescentes deprimidos.

Existen cualidades en los jóvenes que representan vulnerabilidad individual para el desarrollo de dificultades emocionales, las cuales corresponden a dificultades para hacer nuevos amigos, frecuentes discusiones con adultos que representan autoridad, crueldad

hacia pares, rechazo a compartir con otros, discusiones frecuentes o agresividad con amigos o pares, soledad y aislamiento interpersonal, falta de amigos cercanos y pobres relaciones con amigos y pares (Jonson, Cohen, Gould, & Kasen, 2002).

La mayoría de factores relacionados con la interacción de pares se encuentran vinculados a un conjunto de habilidades que muchas veces son insuficientes para el establecimiento de interacciones sociales satisfactorias y el adecuado afrontamiento de las situaciones problemáticas. Estas falencias de habilidades se agrupan en el déficit en habilidades sociales, asertividad y solución de problemas, las cuales se han relacionado como un elemento estructural en la relación con pares y la presencia de depresión.

En el estudio de Field, Diego y Sanders (2001), realizado con una muestra de 79 estudiantes de secundaria de La Florida (Estados Unidos), de diferentes razas, con estatus económico medio a medio alto, los resultados indicaron que el grupo de adolescentes deprimidos también tuvo relaciones menos óptimas con pares, menos amigos y reportaron ser menos populares.

Cuando el joven tiene dificultades en habilidades sociales, la explicación más común de este fenómeno generalmente hace referencia a que no ha aprendido a combinar de manera adecuada las conductas socialmente competentes, ya sea por falta de oportunidades o contextos de interacción o por castigos en el momento de presentar la conducta. De esta forma, la ausencia de habilidades sociales puede ser una de las condiciones antecedentes que produce un bajo rango de reforzamientos positivos y que pueden asociarse a la presencia de depresión (Lewinsohn, 1975).

Uno de los principales factores de riesgo para la presencia de depresión es el hecho de ser mujer. Para la mujer la probabilidad de desarrollar depresión es el doble que para el hombre. Esto se explica porque las mujeres tienden a recibir y ofrecer mayor soporte emocional y material a otros, de forma que se involucran en los problemas de los demás, lo cual hace que experimenten un promedio mayor de estrés que los hombres (Sarason & Sarason, 1999).

Hernández (1996), en un estudio de familias colombianas sobre la adaptación a la crisis, encontró que las mujeres están más expuestas que los hombres a mayores niveles de cambio e inestabilidad a lo largo de su vida, a causa de su intenso compromiso instrumental y afectivo en la vida de quienes están a su alrededor, siendo por lo tanto más vulnerables a los estresores

propios del ciclo vital. Las mujeres se sienten más responsables de la vida afectiva que los hombres y por ello su rol se sobrecarga ante la presencia de estresores no normativos, es decir, están doblemente estresadas por las tensiones de su red inmediata; asimismo, su respuesta emocional es más intensa ante tales estresores.

Dentro de las relaciones afectivas se llevan a cabo varios procesos de individuación necesarios para el desarrollo del adolescente, ya que posibilitan diferentes situaciones, en las cuales practican, mejoran y cambian los patrones de interacción aprendidos en la familia o con los pares. Una relación afectiva puede convertirse en parte del riesgo cuando se establecen sentimientos de complacencia o demanda continua y sentimientos de protección, los cuales deben ser limitados, debido a que pueden generar una dependencia paralizante que deteriora la actividad del joven. Esta dependencia se manifiesta en reacciones emocionales fuertes y desbordantes ante las exigencias que se hace a la pareja (Dulanto, 2000a).

Al interior de este tipo de relación puede darse una comunicación negativa (p. ej., críticas), una comunicación distorsionada (p. ej., expectativas poco realistas), o una ausencia de comunicación (p. ej., aislamiento), que constituyen aspectos facilitadores del deterioro de la actividad tanto individual como de pareja (*DSM-IV*, 1995).

En Colombia, se observa que dentro del grupo de personas que no tiene relación de pareja, el 19.3% presenta alguna forma de depresión, siendo predominante el tipo de depresión leve (13.7%). En el grupo de personas que tiene una relación de pareja permanente hay tendencia mayor a no deprimirse y, especialmente llamativa es la existencia de un porcentaje menor de depresión severa (0.9%). Estos resultados corroboran los hallazgos de otras investigaciones, que indican que las tasas de depresión son mayores en personas divorciadas, separadas o con relaciones de pareja inestables o conflictivas, en comparación con el grupo de los que tienen pareja. Parece entonces, que el hecho de mantener una relación de pareja estable y permanente es un factor protector ante la depresión (Santacruz, Gómez, Posada & Viracachá, 1995).

#### CONDUCTAS PROBLEMA CO-OCURRENTES

La depresión adolescente ha sido asociada con aumento del riesgo de abuso de sustancias y suicidio, aspectos que serán considerados a continuación.

### *Abuso de Sustancias*

El consumo de sustancias es una conducta que empieza, por lo regular, en la adolescencia. Algunos de los factores de riesgo que han sido identificados para esta conducta son la presión de los pares, la popularidad y la depresión. Por su parte, el buen desempeño académico y la participación en actividades extracurriculares se han encontrado como factores protectores (Diego, Field & Sanders, 2003; Cornwell, 2003).

Diego, Field y Sanders (2003), en un estudio realizado con 89 jóvenes de los últimos años de bachillerato en Estados Unidos, encontraron una estrecha relación entre depresión y consumo de sustancias, sobre todo en el caso del consumo de cigarrillo, alcohol y marihuana. Los autores explican esta tendencia en la hipótesis de que el consumo de sustancias puede producir cambios a nivel fisiológico, que predisponen la presentación de síntomas depresivos.

La presencia de depresión, consumo de sustancias y bajo rendimiento académico puede llegar a ser simultánea, debido a que son problemáticas comórbidas (Diego, Field & Sanders, 2003), y se conoce que la probabilidad de presentación de conductas de riesgo en jóvenes aumenta cuando se presentan otras conductas de riesgo previas (Arias, 2000).

El consumo de psicoactivos ha sido asociado a un menor nivel de ajuste psicológico (durante la niñez y el periodo de la adolescencia), problemas en el colegio, fallas a clase, deterioro psicológico o problemas emocionales, depresión, menor competencia social, delincuencia y problemas laborales (Field, Diego & Sanders, 2001).

En el caso colombiano la depresión moderada o severa se encuentra asociada al riesgo de alcoholismo, siendo mayor entre los hombres adultos jóvenes y en el caso de las mujeres adultas mayores. Este hallazgo de alguna forma indica que en el grupo de personas deprimidas, el riesgo de alcoholismo aumenta en la medida en que el inicio del consumo es precoz (Santacruz, Gómez, Posada & Viracachá, 1995).

En cuanto a las diferencias por edad, se encontró que los jóvenes bogotanos, de 10 a 14 años consumen sustancias legales e ilegales en menor proporción en comparación con quienes se encuentran entre los 15 a 19 años, o entre los 20 a 24 años, aunque los jóvenes de este último rango consumen estas sustancias en mayor proporción (Rumbos, 2001).

### *Suicidio*

La principal consecuencia destacada por varios autores en la literatura sobre depresión, es el suicidio, el cual se pronostica que aumentará a nivel mundial, en los próximos años en todas las edades (Gómez, Malagón, Romero y cols., 2002; Sarason & Sarason, 1999).

Específicamente, en la población adolescente estadounidense, se ha constatado un notorio aumento de la tasa de suicidio en las últimas décadas, en el rango de edad que va de los 15 a los 24 años, especialmente en hombres (aumento de 5.2 % en 1960 a 13.1 % en 1986, Bernad, 2000).

Por otro lado, los intentos de suicidio en la adolescencia tienen como predictores episodios de depresión previos, disforia, frustración, enojo e intención de morir en la infancia. Se ha mostrado que los adolescentes que refieren haber tenido una infancia triste, tiene mayor probabilidad de tener ideas de suicidio (Serfaty, 2000).

De acuerdo con el Instituto de Medicina Legal en Colombia, en 1994 el suicidio era la tercera causa de muerte violenta en personas de 15 a 45 años, después del homicidio y la muerte accidental. En 1998 se dio una incidencia de 5 suicidios por cada 100.000 habitantes; en 1999 este índice continuó estable, pero se conoció que había una proporción hombre - mujer de 3:1 y una mayor incidencia en el grupo de 15 a 24 años (Gómez, Malagón, Romero y cols., 2002).

### CONDICIONES SOCIOAMBIENTALES

La pobreza puede favorecer características familiares que influyen en los síntomas depresivos de los jóvenes. Las variables que se han señalado (aún cuando este campo se encuentra en proceso de exploración), han sido la edad en que se da el embarazo de la mujer (especialmente embarazo adolescente), el nivel educativo, el status marital, un menor apoyo emocional y pocas habilidades parentales para la crianza (Keegan, 2002).

En un estudio realizado por Keegan (2002), cuyo propósito era el de examinar la influencia de la pobreza sobre los síntomas depresivos en una muestra de 898 jóvenes entre los 10 y los 12 años, se encontró que vivir en vecindarios caracterizados por problemas sociales como crimen, violencia o condiciones físicas deterioradas, falta de recursos comunitarios y no estar involucrado en actividades con personas externas al hogar predicen síntomas depresivos. Los hallazgos de este estudio también sugieren que vivir en un ambien-

te comunitario adverso afecta indirectamente los síntomas depresivos del joven al incrementarse los síntomas depresivos de las madres. Enfrentarse a situaciones adversas como la deprivación socioeconómica y del medio físico y social puede favorecer en estas madres el desarrollo de síntomas depresivos (Keegan, 2002). Los resultados indican que los problemas del vecindario, la no participación en actividades sociales tanto en el colegio como en la comunidad, vivir con madres que tenían síntomas depresivos y recibir castigos físicos fueron mediadores parciales de los efectos de la pobreza en los síntomas depresivos. El estado de salud de los jóvenes, menores niveles de satisfacción con el colegio, conflicto parental y el soporte emocional del padre también predicen los síntomas depresivos.

En este estudio los jóvenes que no participaban en actividades extraescolares ni en las actividades de la comunidad tenían una mayor probabilidad de convertirse en personas aisladas socialmente o desarrollar baja autoestima, lo cual puede resultar en síntomas depresivos (Keegan, 2002). Como un dato a tener en cuenta en este estudio, los jóvenes que estaban más satisfechos con sus colegios y los amigos del mismo, exhibían menos síntomas depresivos, lo cual puede sugerir que el ambiente del colegio puede ser también un factor que influye en la presentación de síntomas depresivos en los jóvenes.

Las desventajas económicas influyen en la posibilidad de acceder a oportunidades educativas y laborales. Cuando se tienen bajos recursos económicos, los niños y adolescentes perciben que su ambiente escolar no es positivo y que se caracteriza por la carencia de recursos básicos para su desarrollo. La pobreza puede disminuir la capacidad de los padres para proveer de recursos materiales y de actividades de estimulación cognitiva a sus hijos y puede limitar el ajuste adecuado ante las actividades y demandas, tanto de la escuela como del vecindario, reduciendo oportunidades de interacción social y de adquisición de habilidades (National Research Council, 1993; Hao, 1995, citados por Keegan, 2002).

En el estudio realizado por Field, Diego y Sanders (2001), se encontró una relación entre la presencia de depresión y bajo rendimiento académico. Específicamente se encontró que los adolescentes deprimidos dedican menos tiempo a hacer las tareas, tienen calificaciones menores y además, dedican menos tiempo a realizar ejercicio físico. Respecto a la asociación entre dificultades académicas y presencia de depresión, Campo-

Cabal y Gutiérrez (2001), analizan una muestra de estudiantes universitarios de distintas carreras, encontrando que presentan una mayor tasa de depresión en nivel medio superior (1-6 semestres), en comparación con no estudiantes y con la población en general. Existe una prevalencia de depresión del 50% para estudiantes de arte y 36% para los de medicina. Finalmente, se observa que la ocurrencia de depresión va disminuyendo en la medida que progresa la escolaridad.

En un estudio descriptivo – exploratorio realizado por Sandoval, Umbarila y Pardo (2004), con adolescentes que consultaron por depresión, se encontró una tendencia importante en la población estudiada a reportar bajo rendimiento académico (60.7% de la muestra) y desadaptación académica o escolar (52%).

Se ha señalado que en estratos bajos es más frecuente la presencia de deserción escolar, monoparentalidad, conflicto interpersonal, alcoholismo y drogadicción familiar, además de mayores niveles de depresión (Campo-Cabal & Gutiérrez, 2001; Hamel, 2000).

En Colombia, se encuentra que la percepción de bajos ingresos familiares (corresponda a una valoración real o no) aumenta la proporción de personas con depresión (Gómez & Rodríguez, 1997).

De igual forma, en el análisis del contexto socioambiental es importante tener en cuenta las situaciones de riesgo relacionadas con variables económicas y oportunidades de trabajo, como la incapacidad para suplir las condiciones básicas de vida, las cuales se ven reflejadas en falta de acceso a los servicios públicos domiciliarios básicos, explotación laboral y salarial, subempleo, empleo informal y dificultades de acceso a la educación (Leñero, 2000). En particular, en cuanto a las condiciones de vivienda, se ha reportado que considerar el espacio físico como desfavorable, incrementa los niveles de depresión (Gómez & Rodríguez, 1997).

En Bogotá se han descrito varios problemas en el sistema educativo, entre los cuales se encuentran el poco acceso, inasistencia, deserción, poca cobertura, baja calidad de la educación, insuficiente inversión y falta de continuidad en las políticas educativas a nivel del Distrito y del país (Departamento Administrativo de Bienestar Social - DABS, 2003b), factores que podrían aumentar la vulnerabilidad de los jóvenes a sufrir de depresión. Es necesario tener en cuenta que las estadísticas nacionales sobre depresión y juventud muestran que los jóvenes presentan altos niveles de depresión al compararlos con otros grupos étnicos.

De acuerdo con el estudio del DABS (2003b), que pretendía realizar un diagnóstico de las condiciones de la juventud en Bogotá, se ha observado que el incremento del desempleo, principalmente entre los jóvenes, está acompañado de un desperdicio de capacidades, como lo muestra el hecho de que los desempleados tienen mayor nivel educativo que los ocupados, demostrando que la diferencia entre pobres y no pobres se hace más evidente aún en el grupo de 20 a 24 años.

La decisión de los jóvenes de trabajar se asocia con el abandono del sistema escolar, con los estudios en jornadas nocturnas, con la presión de otros miembros de la familia por la situación de falta de recursos económicos para la subsistencia, con pérdidas involuntarias del empleo o de los ingresos familiares. El trabajo de los jóvenes también implica cambios en el mercado laboral, ya que altera las relaciones de oferta y demanda, y tiene como efecto un aumento en los niveles de desempleo abierto y de subempleo, además de generar una tendencia a la baja en los salarios o ingresos laborales de la población ocupada que compite con estos jóvenes (Departamento Administrativo de Acción Comunal - DAACD, 2003).

En general, la tasa de desempleo de los jóvenes bogotanos es mayor que la tasa del total de la población. La tasa de desempleo promedio en Bogotá en los años 2000 y 2001, fue de 17.4 y 18.7%, respectivamente. En estos mismos años, la tasa de desempleo para los jóvenes que ya habían abandonado el sistema escolar era de 30.7%, y para aquellos que se encontraban estudiando era de 33.8%. Se ha reportado que existe una mayor oportunidad de emplearse conforme aumenta la edad, y en especial para los hombres. En particular, la vinculación de las mujeres jóvenes en el mundo del trabajo y el estudio es un poco menor que la de los hombres, porque tienden a participar más en oficios del hogar y en labores tradicionales asignadas al género femenino en nuestra cultura. (DAACD, 2003).

Teniendo en cuenta que la mayoría de los jóvenes bogotanos se encuentran en una situación de inequidad y marginación especialmente concentrada en los sectores populares, y que los jóvenes se encuentran obligados a convertirse en una población económicamente activa debido a las condiciones de pobreza y la creciente demanda de contribuir al sostenimiento de sus hogares, cuyos ingresos generalmente se encuentran por debajo del salario mínimo (DABS, 2003a), es probable que esta población se encuentre en un estado de

vulnerabilidad que podría relacionarse con la presencia de depresión en esa etapa o en el futuro.

Como se puede observar existen diversos factores de riesgo en la adolescencia que corresponden al ámbito de lo individual, lo familiar, las redes de soporte y los factores socioambientales en general, que han sido asociados a la presencia de depresión en jóvenes, pero la relación causal entre estos fenómenos descritos aún no es clara.

### ¿ESTRÉS, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, UN MISMO PROCESO?

En la literatura académica han sido otorgados diferentes significados al término *depresión*. Angold (citado por Montenegro, 2000), ha agrupado algunas definiciones que se proponen para la conceptualización de este fenómeno. Así, en el lenguaje común, al hablar de depresión, ésta se refiere al punto más bajo de las fluctuaciones del estado de ánimo normal, de la vida emocional de todos los días. En el punto de encuentro entre el lenguaje común y el compartido por los psiquiatras, la depresión es vista como un estado de infelicidad, tristeza o dolor emocional, que se presenta como *reacción* a una situación o evento displacentero, el cual es habitualmente considerado como la causa de tal respuesta emocional. De igual forma, algunos profesionales de la salud mental la identifican como un *rasgo* de personalidad, definido como un estado continuo y relativamente estable de incapacidad para obtener placer.

La depresión también ha sido conceptualizada como una *enfermedad* o conjunto de síntomas, que se acompañan de una clara base genética y etiológica, una patología física y un pronóstico particular o respuesta específica a tratamientos. La depresión es tomada entonces como un *síndrome*, un estado patológico de humor bajo o triste que hace referencia a un conjunto de síntomas que implican un criterio estadístico de normalidad, y por lo tanto, favorecen el establecimiento de diferencias estadísticas cuantitativas y cualitativas en el análisis de la respuesta (Montenegro, 2000).

En todas estas definiciones y modos de ver la depresión, ésta se entiende como un conglomerado de posibles respuestas comportamentales, fisiológicas y cognitivas, las cuales se estiman normales o anormales en función de variables como la intensidad, la duración, el número de síntomas presentes, la edad, la incapacidad generada y los factores contextuales que puedan estar afectando el estado de ánimo de las personas, entre otros.

La mayoría de estudios que se realizan actualmente en el campo de la depresión asumen como criterio conceptual para el diagnóstico de esta entidad, la concepción de síndrome, la cual prevalece en el lenguaje internacional de psiquiatría y psicología a través de la utilización convencional de los criterios diagnósticos de las enfermedades mentales encontrados en el *DSM-IV* o *DSM-IV-TR*. De acuerdo con esta concepción se observa que los síndromes depresivos y de ansiedad se diferencian por las respuestas manifestadas por las personas, sean ellas de índole cognitivo, comportamental o psicofisiológico. Esta tendencia ha generado el desarrollo de múltiples instrumentos de medida que parten de esta premisa con el propósito de diferenciar los trastornos de ansiedad y afectivos.

Sin embargo, Watson, Clark y Carey (1988), concluyen que numerosos estudios han demostrado que las escalas de auto-reporte de ansiedad y depresión están altamente correlacionadas sugiriendo de esta forma que evalúan el mismo constructo. Además, afirman que los síntomas ansiosos y depresivos co-ocurren en la mayoría de los pacientes y que cerca de la mitad de las personas con diagnóstico de ansiedad o depresión presentan co-morbilidad en cuanto al síndrome clínico completo.

Este gran énfasis en el análisis de las respuestas comportamentales típicas de la depresión, así como la observación permanente entre causas potenciales y efectos a través del tiempo, sumados a una medición de tipo transversal del comportamiento, obstaculiza la visión de la depresión como *proceso*.

La clasificación diagnóstica es otro de los problemas que enfrentan los profesionales de la salud al estudiar esta problemática, dado que se encuentra gran comorbilidad en el desarrollo de cuadros de sintomatología depresiva y ansiosa, observándose una notable incidencia del trastorno depresivo mayor (50-65%) en personas que son diagnosticadas con algún trastorno de ansiedad (*DSM-IV*). Son múltiples los estudios que relacionan los eventos de estrés mayor o la acumulación de eventos estresantes menores con el desarrollo de cuadros depresivos. Por ejemplo, en la revisión de literatura de depresión en jóvenes (presentada anteriormente), la gran mayoría de los datos que se reportan corresponden a la identificación de factores de estrés mayor o a la acumulación de factores de estrés menor, en contextos sociales, familiares, de redes de soporte, de infraestructura física o social y de habilidades individuales. Las concepciones sobre indicadores de depresión se analizan

como condiciones ambientales, apreciaciones personales de la situación, respuestas, o como consecuencias que suelen asociarse con alteraciones afectivas o a la depresión en sí misma. La mayoría de los estudios analizados para este artículo ven la depresión como respuesta (cognitiva, comportamental y psicofisiológica) bajo una perspectiva de síndrome y se concentran en los problemas generales del diagnóstico diferencial entre ansiedad y depresión.

En el estudio de Eaton y Ritter (1988), se observa que la etiología de los síndromes de ansiedad y depresión es similar hasta la última etapa de la expresión de los síntomas, donde factores triviales o idiosincrásicos influyen sobre la clase de respuestas que se manifiestan.

Por otra parte, no existe una diferenciación precisa de la presencia de los eventos vitales y su impacto sobre la respuesta de ansiedad o depresión, ya que los eventos en particular no predicen el síndrome con el cual responderá la persona; además, es posible observar la ansiedad prediciendo la depresión, la depresión a la ansiedad y la ansiedad y la depresión precediéndose a sí mismas (Eaton & Ritter, 1988).

Otros estudios reportan la estrecha relación entre ansiedad y depresión, fundamentándose en el análisis de la base fisiológica común de las mismas. Lo anterior se sustenta por los hallazgos de diversas investigaciones, en las cuales se ha encontrado que las respuestas de ansiedad y depresión comparten características funcionales como una hiperactividad de la amígdala y un déficit de control del córtex prefrontal. Así mismo, los neurotransmisores implicados y los antidepresivos utilizados en el tratamiento, parecen ser los mismos en la respuesta de ansiedad y de depresión (Rahola & Micó, 2002).

Los anteriores datos mencionados son explicados por la hipótesis que propone que estas reacciones emocionales se generan como consecuencia del *estrés* a edades tempranas, y concretamente del exceso de neurotransmisores excitadores y corticoides, que produce alteraciones morfológicas del hipocampo o de la amígdala (alteración de la neurogénesis o atrofia celular), como se observa en la depresión y en algunos trastornos de ansiedad. De esta forma, estas alteraciones morfológicas y fisiológicas producirían un incremento de la vulnerabilidad al estrés, con lo que cualquier circunstancia adversa o simples acontecimientos vitales diarios en la adolescencia o en la edad adulta producirían modificaciones del funcionamiento general que se manifestarían

como cambios emocionales y conductuales desproporcionados (Rahola & Micó, 2002).

La exposición prolongada a eventos estresantes severos de vida puede pesar más que los recursos de afrontamiento, llevando a los sentimientos típicos asociados a la depresión. Los cambios afectivos que acompañan las alteraciones en el eje Hipotalámico-Pituitario-Adrenal (HPA) son uno de los mecanismos fundamentales hipotetizados en los cambios inmunes asociados a la depresión. De tal forma, la depresión puede ser concebida como un componente del estrés crónico (Olf, 1999).

Estos datos sugieren que el estudio sobre ansiedad y depresión dependería de una determinación básica del estrés como proceso adaptativo. Los estudios sobre el estrés, la ansiedad y la depresión, son elementos explicativos y de análisis de diferentes momentos del proceso de ajuste biopsicosocial, que podrían presentarse simultáneamente o con características diferenciales un poco más claras en un momento determinado y favorecer o no el proceso de adaptación ante la presencia de demandas físicas o sociales (reales o percibidas), específicamente cuando fallan los esfuerzos de afrontamiento.

Un estudio realizado por Santos, Bernal y Bonilla (1998), cuyo objetivo fue establecer la relación de los eventos estresantes de vida y la sintomatología depresiva en estudiantes universitarios, plantea una correlación positiva entre eventos de estrés considerados como negativos y sintomatología depresiva, lo que sugiere que una mayor cantidad de eventos percibidos como negativos correlaciona con el desarrollo de depresión en estos jóvenes. Los autores concluyen que los profesionales de salud mental deben dirigir sus esfuerzos al desarrollo de programas del manejo del estrés como una alternativa preventiva a la depresión.

Estos hallazgos sugieren una interrelación entre estrés, ansiedad y depresión que no podemos descuidar. Estos campos de estudio son analizados actualmente bajo una concepción biopsicosocial y ecológica. Sin embargo, muchos de los datos que poseemos en cuanto a su diferenciación se encuentran relacionados con una visión de la salud como un estado. Aún prevalecen los modelos psicopatológicos de comportamiento que se encuentran más interesados en la explicación basada en las nociones básicas de normalidad y anormalidad. Las medidas típicas de depresión, ansiedad y estrés se centran en condiciones ambientales (sean ellas físicas o sociales), respuestas (cognitivas, fisiológicas, comportamentales) y consecuencias nocivas, sin lograr

explicar de una manera lógica y satisfactoria el proceso de adaptación humano.

En el caso de los estudios sobre el estrés, la falta de consenso multidisciplinar frente a la concepción del término impide comparar y contrastar investigaciones en el campo específico de estudio. Fernández y Edo (1998), plantean cinco definiciones distintas en que se han basado los estudios sobre el estrés: (a) condición ambiental, (b) respuesta a ciertas condiciones ambientales, (c) apreciación personal de la situación, (d) relación de desequilibrio entre demandas ambientales y competencia para el afrontamiento, y finalmente, (e) consecuencia nociva concreta derivada de alguna de las anteriores concepciones.

Estos problemas conceptuales frente al estrés son también comunes cuando analizamos los estudios sobre depresión y ansiedad. Al referirnos en el modelo ecológico de la salud-enfermedad a la noción de *adaptación*, nos referimos al equilibrio potencial entre demandas socio-ambientales y recursos potenciales de afrontamiento individual o social, que favorecen o no la supervivencia de los seres humanos y que afectan su calidad de vida. Esta noción es inherente a los estudios sobre el estrés como desequilibrio, pero requiere en forma urgente de una visión del fenómeno como proceso. Las diferentes concepciones sobre estrés ansiedad y depresión tienen elementos estructurales de análisis complementarios sobre el proceso de adaptación humana, pero enfrentamos el reto de construir una estructuración lógica que permita entender sus interrelaciones.

#### REFERENCIAS

- Aalto-Setälä, T., Marttunen, M., Tuulio-Henriksson, A., Poikolainen, K., & Lonnqvist, J. (2002). Depressive symptoms in adolescence as predictors of early adulthood depressive disorders and maladjustment. *The American Journal of Psychiatry*, 152, 1235-1237. Recuperado el 23 de agosto de 2003 de la base de datos PROQUEST.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a ed.). Washington, D.C: Author.
- Arias, J. A. (2000). Abuso de alcohol y drogas. En H. Montenegro & H. Guajardo (Eds), *Psiquiatría del niño y del adolescente* (pp. 406-425). Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Bernad, C. (2000). Psicopatología del adolescente. En H. Montenegro & H. Guajardo (Eds), *Psiquiatría*

- del niño y del adolescente (pp. 357-365). Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Bernal, H., & Escobar, L. (2000). Prevalencia de depresión en estudiantes de medicina de la Universidad del Valle. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 29 (3), 251-259.
- Blum, R. (2000). Un modelo conceptual de salud del adolescente. En E. Dulanto (Ed.), *El adolescente* (pp. 656-672). Mexico: Mc Graw Hill.
- Campo-Cabal, G., & Gutiérrez, J. (2001). Psicopatología en estudiantes universitarios de la Facultad de Salud – Univalle. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 30 (4), 351-357.
- Cassano, P., & Fava, M. (2002). Depression and public health: An overview. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 849-857.
- Cornwell, B. (2003) The dynamic properties of social support: Decay, growth, and staticity, and their effects on adolescent depression. *Social Forces*. 81 (3), 953-978. Recuperado el 23 de agosto de 2003 de la base de datos PROQUEST.
- Departamento Administrativo de Acción Comunal - DAACD (2003). *Situación socioeconómica de la juventud en Bogotá 2000 – 2001*. Bogotá: Departamento Administrativo de Acción Comunal Distrital (DAACD).
- Departamento Administrativo de Bienestar Social - DABS (2003a). Familias: Estado del Arte. En *Colección Estados del Arte Bogotá 1990-2000*. Bogotá: Proyecto Políticas y Modelos de Intervención - Departamento Administrativo de Bienestar Social (DABS).
- Departamento Administrativo de Bienestar Social - DABS (2003b) Juventud: Estado del Arte. En *Colección Estados del Arte Bogotá 1990-2000*. Bogotá: Proyecto Políticas y Modelos de Intervención - Departamento Administrativo de Bienestar Social (DABS).
- Dallal, E., & Castillo, J. (2000). Depresión en la adolescencia. E. En Dulanto (Ed.), *El adolescente* (pp. 1300-1331). México: Mc Graw Hill.
- Diego, M., Field, T., & Sanders, C. (2003). Academic performance, popularity, and depression predict adolescent substance use. *Adolescence*, 38 (149), 35-49. Recuperado el 23 de agosto de 2003 de la base de datos PROQUEST.
- DiClemente, R., Hansen, W., & Ponton, L. (1996). Adolescents at risk. En R. Diclemente (Ed.), *Handbook of adolescent health risk behaviour*. London: Plenum Press.
- Dulanto, E. (2000a). Desarrollo afectivo. En E. Dulanto (Ed.), *El adolescente* (pp. 208- 220). México: Mc Graw Hill.
- Dulanto, E. (2000b). Familia y adolescencia. En E. Dulanto (Ed.), *El adolescente* (pp. 239-253). México: Mc Graw Hill.
- Eaton, W., & Ritter, C. (1988). Distinguishing anxiety and depression with field survey data. *Psychological Medicine*, 18, 155-166
- Fernández, J., & Edo, S. (1998). ¿Se puede medir el estrés?: Un análisis de los elementos que componen el proceso del estrés. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 16, 113 – 148.
- Field, T., Diego, M., & Sanders, C. (2001). Adolescent depression and risk factors. *Adolescence*, 36 (143), 491-498. Recuperado el 23 de agosto de 2003 de la base de datos PROQUEST.
- Flour, E., & Buchanan, A. (2003). The role of mother involvement and father involvement in adolescent bullying behavior. *Journal of Interpersonal Violence*, 18 (6), 634-644. Recuperado el 23 de agosto de 2003 de la base de datos PROQUEST.
- Gilman, S., Kawachi, I., Fitzmaurice, G., Buka, S. (2003). Family disruption in childhood and risk of adult depression. *The American Journal of Psychiatry*, 160 (5), 939 – 946. Recuperado el 23 de agosto de 2003 de la base de datos PROQUEST.
- Gómez, C., Malagón, N., Romero, L., Pinilla, C., López, C., Díaz, N., & Nossa, N. (2002). Suicidio y lesiones autoinflingidas: Colombia, 1973 – 1996. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 31 (2), 123-135.
- Gómez, C., & Rodríguez, N. (1997). Factores de riesgo asociados al síndrome depresivo en la población colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 26 (1), 23-35.
- Hamel, P. (2000). Embarazo en adolescentes y salud mental. En H. Montenegro, & H. Guajardo (Eds.), *Psiquiatría del niño y del adolescente* (pp.397- 405). Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Hernández, C. A. (1996). Indicadores del funcionamiento familiar y vulnerabilidad a la crisis. En *Memorias. Caracterización, crisis y transformaciones de la familia en Colombia* (pp. 107 – 121). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas, Servicio de Atención Psicológica.
- Johnson, J., Cohen, P., Gould, M., & Kasen S. (2002). Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 59 (8), 741-751.

- Kraaij, V., Garnefski, N., Wilde, E., & Dijkstra, A. (2003). Negative life events and depressive symptoms in late adolescence: Bonding and cognitive coping as vulnerability factors? *Journal of Youth and Adolescence*, 32 (3), 185-193.
- Kaplan, S., Pelcovitz, D., Salzinger, S., Weiner, M., Mandel F., Lesser, M., & Labruna, V. (1998). Adolescent physical abuse: Risk for adolescent psychiatric disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 155 (7), 954 - 960.
- Keegan, M. (2002). Influences and mediators of the effect of poverty on young adolescent depressive symptoms. *Journal of Youth and Adolescence*, 31 (3), 231- 239.
- Leñero, L (2000). Fenómeno juvenil en situación crítica: Problema de la juventud en México. E. Dulanto (Ed.), *El adolescente* (pp. 316 - 322). México: Mc Graw Hill.
- Lewinsohn, M. P (1975). The behavioral study and treatment of depression. En M. Hersen, R. Eisler, & P. M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (pp. 19-59). New York: Academic Press.
- Lewinsohn, P., Rohde, P., Seeley, J., Klein, D., & Gotlib, I. (2000). Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample: Predictors of recurrence in young adults. *The American Journal of Psychiatry*, 157 (10), 1584-1597.
- Maddaleno, M. (1987). *Curso de multiplicadores en salud integral del adolescente*. OPS- Kelloggs.
- McCloskey, L., & Lichter, E. (2003). The contribution of marital violence to adolescent aggression across different relationships. *Journal of Interpersonal Violence*, 18 (4), 390-412.
- McHolm, A., MacMillan, H., & Jamieson, E. (2003). The relationship between childhood physical abuse and suicidality among depressed women: Results from a community sample *The American Journal of Psychiatry*, 160 (5), 933-938.
- Méndez, F., Olivares J., & Ros, M. (2001). Características clínicas y tratamiento de la depresión en la infancia y adolescencia. En V. Caballo, & M. A. Simón (Comps.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente* (pp. 139-185). Madrid: Pirámide.
- Ministerio de Salud (1998). *Resolución Número 02358 de 1998, por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental*. Bogotá: Ministerio de Salud.
- Montenegro, H. (2000). Depresión en la infancia y la adolescencia. En H. Montenegro & H. Guajardo (Eds.), *Psiquiatría del niño y del adolescente* (pp. 135-150). Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Olf, M. (1999). Stress, depresión and immunity: The role of defense and coping styles. *Psychiatry Research*, 85, 7-15.
- Rahola, J.G., & Micó, J.A. (2002). Ansiedad y depresión: ¿Tan lejos o tan cerca? En P. Pichot (Ed.), *Ciclo vital y trastornos psiquiátricos graves* (pp.483-530). Madrid: Aula Médica
- Romano, P. (2000). Abuso sexual. En E. Dulanto (Ed.), *El adolescente* (pp. 1286-1288). México: Mc Graw Hill.
- RUMBOS (2001). *Encuesta nacional de consumo de sustancias psicoactivas*. Bogotá: Unidad coordinadora de prevención integral, Presidencia del República.
- Sandoval, A., Umbarila, D., & Pardo, G. (2004). *VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y PSICOSOCIALES EN UNA MUESTRA DE JÓVENES DEL SAP, CON DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DE ESTADO DE ÁNIMO DEPRESIVO*. Universidad Nacional de Colombia, Servicio de Atención Psicológica.
- Santacruz, C., Gómez, R, C., Posada, V. J., & Viracachá, P. (1995). *A propósito de un análisis secundario de la encuesta nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas*. Bogotá: Ministerio de Salud-Pontificia Universidad Javeriana.
- Santos, A., Bernal, G., & Bonilla, J. (1998). Eventos estresantes de vida y su relación con la sintomatología depresiva. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 16, 121-132.
- Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (1999). The problem of maladaptive behavior: Mood disorders. En *Abnormal psychology* (pp. 272 - 316). New Jersey: Prentice Hall.
- Secretaría de Gobierno Distrital (2003). *Violencia intrafamiliar en Bogotá D.C*. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá.
- Serfaty, E. (2000). Suicidio en Latinoamérica. En E. Dulanto (Ed.), *El adolescente*. México: Mc Graw Hill.
- Videon, T. (2002). The effects of parent-adolescent relationships and parental separation on adolescent well-being. *Journal of Marriage and Family*, 64 (2), 489-503.
- Watson, D., Clark, L. A., & Carey, G. (1988). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 97 (3), 346-353.

