

Perfil familiar de adolescentes con sintomatología depresiva en la ciudad de Arequipa, Perú

Family profile in adolescents with depressive symptomatology in Arequipa City (Peru)

Renzo Rivera C.^{1,a}, Walter L. Arias-Gallegos^{1,b} y Milagros Cahuana-Cuentas^{1,c}

Introduction: The depression in teenagers is a current theme nowadays, although, there are few clinical studies focused on this population in Peru. In this work we made a descriptive analysis about the depressive symptomatology in adolescents from Arequipa City, according to certain family variables. **Method:** This is an associative study, which includes a sample of 1225 teenagers among 11 to 18 years old with an average age of 14, who came from public and private high schools around the city. Beck's Depression Inventory, Family Topics Questionnaire, and some questions about domestic violence and alcohol consumption, were applied to the teenagers. **Results:** We found an important percentage (41.4%) of teenagers who have some levels of depressive symptomatology according to psychometrical criteria, and some factor, such as parental conflict, alcohol consumption and violence from parents to children have significant differences, taking the depression levels as comparative criteria. **Conclusions:** We conclude that certain features of family dysfunctionality like interparental conflict, the alcohol consumption by parents and the parental violence, are associated with depressive symptomatology in teenagers.

Key words: Depression, symptomatology, adolescents, family.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2018; 56 (2): 117-126

Introducción

La depresión es un desorden del estado del ánimo que afecta a más del 4% de la población en todo el mundo¹, y que, en los últimos años, se ha venido incrementando en niños y adolescentes.

En ese sentido, si bien la depresión puede darse en diversas etapas de la vida, desde la niñez² hasta la vejez³, la población adolescente es especialmente vulnerable a una diversidad de trastornos psiquiátricos, tales como los trastornos de conducta, trastornos de ansiedad, trastornos de la conducta

Recibido: 15/11/2017

Aceptado: 27/04/2018

Estudio financiado por la Dirección de Investigación de la Universidad Católica San Pablo, Arequipa, Perú.

La fuente de apoyo financiero no tuvo influencia en diseño del estudio, ni en la recolección, análisis o interpretación de los datos, ni en la preparación, revisión o aprobación del manuscrito.

¹ Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Católica San Pablo, Arequipa, Perú.

^a Psicólogo.

^b Psicólogo, Magíster en Ciencias de la Educación, mención en Psicopedagogía cognitiva.

^c Licenciada en Psicología, Magíster en Educación, mención en Docencia Universitaria.

alimentaria y trastornos depresivos, entre otros⁴. De hecho, diversos estudios, han reportado que, a partir de los 12 años, hay un incremento significativo de la sintomatología depresiva, sobre todo en las mujeres⁴⁻⁶. En Colombia, por ejemplo, se encontró que el 10% de la población ha presentado alguna vez en su vida, cuadro de depresión mayor, que se inició aproximadamente a los 10 años de edad⁷.

En tal sentido, es muy importante conocer las manifestaciones de las variables inmersas en la etiología de este tipo de trastornos, porque tienen un impacto negativo en la calidad de vida de los adolescentes, que suele prolongarse hasta la adultez⁸. Así, se ha considerado que, el temperamento y la personalidad, pueden tener un impacto significativo en la sintomatología depresiva de los adolescentes, especialmente la inestabilidad emocional⁹. En relación con ello, los factores de índole social, como el nivel socioeconómico y la socialización familiar, han merecido importante atención a la hora de explicar la depresión en adolescentes. Por ejemplo, se ha visto que, en los hogares con mayor nivel de pobreza, los padres desatienden más a sus hijos, porque tienen que trabajar o porque sus limitaciones culturales, les impiden valorar la importancia de su rol parental, que repercute en la conformación de un apego inseguro y desorganizado en sus hijos, y que suele ser el caldo de cultivo de una variedad de desórdenes afectivos en etapas posteriores de su desarrollo¹⁰.

También se han identificado algunas variables relacionadas con la crianza, como son la escasa o excesiva cercanía afectiva con los padres, inconsistencias en la aplicación de las normas disciplinarias en el hogar, confusión en los roles y funciones familiares, escaso o excesivo control parental y marcados desacuerdos entre los padres acerca de la crianza⁴. De este modo, la investigación señala que ciertos elementos del clima familiar, la relación entre padres e hijos y los recursos afectivos disponibles en el sistema familiar, se relacionan con la sintomatología depresiva en los adolescentes¹¹.

También se ha visto que provenir de un medio social con carestías económicas se asocia con la

depresión en los adolescentes. Por ejemplo, en el estudio de Perales et al., los jóvenes que provenían de un distrito de menor nivel socioeconómico de Trujillo (ciudad localizada al norte de Perú), obtuvieron puntuaciones más altas en depresión, ansiedad y estrés¹².

Por ello, una valoración adecuada de los trastornos afectivos en adolescentes debe considerar la gravedad de las manifestaciones clínicas, la funcionalidad del adolescente en su entorno más próximo (familia y escuela) y su capacidad para afrontar el estrés⁴. Un problema empero, para la identificación de los síntomas depresivos en la niñez y la adolescencia es que las manifestaciones clínicas no se dan igual que en adultos, a veces no son capaces de entender qué les ocurre, o bien, los padres pasan por alto el malestar que pueda estar sintiendo el adolescente, y no lo atribuyen a la sintomatología depresiva¹³.

En tal sentido, aunque la depresión es un trastorno afectivo caracterizado por cogniciones negativas y sentimientos de tristeza, aflicción y desconsuelo, así como de retardo psicomotor y alteraciones en los hábitos alimenticios y de sueño¹⁴; se ha visto que en los adolescentes los cambios en el estado de ánimo pueden estar encubiertos por irritabilidad y problemas de conducta⁴: las adolescentes mujeres suelen experimentar ansiedad y somatizaciones, mientras que los adolescentes varones suelen presentar conducta agresiva y consumo de sustancias psicoactivas¹⁵. En ambos casos empero, la depresión compromete su funcionamiento social, y particularmente su desempeño académico, que se manifiesta en el descenso de las calificaciones o hasta deserción escolar¹³.

Ahora bien, dado que el adolescente atraviesa por un periodo de cambios físicos, psicológicos y sociales, se encuentra más vulnerable a padecer una diversidad de alteraciones mentales, pero la familia constituye un soporte importante en este proceso de transición hacia la adultez¹⁶, que implica para el adolescente, la búsqueda de su identidad, la formulación de un proyecto de vida y la adaptación a las nuevas demandas sociales que debe asumir¹⁷. De este modo, si la familia mantiene sus límites claros

y cada miembro asume el rol que le toca, habría más probabilidades de tener una funcionalidad familiar adecuada y, por ende, menor riesgo de que los adolescentes presenten alteraciones conductuales o desórdenes mentales¹⁸.

Al respecto, se sabe que los jóvenes que provienen de familias conflictivas poseen mayor probabilidad de presentar depresión durante la adolescencia, asimismo, quienes han sido víctimas de abuso físico en la infancia, presentan el doble de riesgo de tener sintomatología depresiva⁴. También se ha señalado que la funcionalidad familiar y el número de hermanos son factores protectores durante la adolescencia¹⁹.

En Ecuador, se ha reportado que el 61,5% de adolescentes que proviene de familias monoparentales presenta patologías psiquiátricas, incluyendo depresión, y que la edad de inicio fue a los 16 años¹⁵. En tal sentido, un reporte de 13 países democráticos, encontró que las familias nucleares son las que presentan mejores indicadores de bienestar económico y social, así como menor riesgo de problemas de salud física y mental²⁰.

Un estudio en México ha encontrado que existe una estrecha relación entre los niveles severos de depresión y el control parental, la falta de organización familiar y cohesión entre sus miembros, con implicancias negativas en el rendimiento académico y el establecimiento de relaciones hostiles y conflictivas entre padres e hijos²¹. Otro estudio, también en México, reportó que existe una correlación negativa y moderada entre la depresión y la cohesión familiar, que implica que las familias menos cohesionadas, tienen mayores niveles de depresión¹¹.

En el Perú, otros estudios han señalado que los jóvenes que provienen de familias con niveles adecuados de cohesión familiar tienen mayores niveles de felicidad²², y que los adolescentes con estado depresivo presentan menor ajuste psicosocial, independientemente del género o de su condición socioeconómica⁶; mientras que, en Arequipa, se evaluó a jóvenes estudiantes de ingeniería, y se encontró que los jóvenes con una cohesión familiar tipo desligada y separada, fueron quienes presentaron puntajes más altos en alexitimia²³.

Método

El presente estudio, tiene por finalidad la valoración del perfil familiar de adolescentes de la ciudad de Arequipa, que presentan sintomatología depresiva, por ello, corresponde a un tipo de estudio descriptivo *ex post facto*, con un diseño de investigación no experimental de tipo asociativo²⁴.

Participantes

Se empleó un muestreo probabilístico estratificado de afijación proporcional²⁵, por tipo de colegio (estatal o privado), para ello utilizamos la información almacenada en el padrón de instituciones educativas proporcionada por el Ministerio de Educación del Perú²⁶. La muestra estuvo conformada por 1.225 estudiantes de educación secundaria, de los cuales el 53,1% provenía de colegios estatales y el 46,9% de colegios privados. Asimismo, la muestra se compuso de un 39,2% de mujeres y 60,8% varones, los cuales tenían una edad promedio de 14,08 años ($DE=1,45$; rango 11 a 18 años). Cabe resaltar que la muestra fue representativa de los 62.680 alumnos de secundaria de Arequipa con un nivel de confianza del 99% y un error de muestreo del 3,6%.

Variables e instrumentos

Para evaluar la variable depresión, se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (segunda versión, BDI-II)²⁷ que es un test autoaplicado de 21 ítems que ha sido diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes. En cada uno de los ítems, el evaluado tiene que elegir entre un conjunto de cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas, incluyendo el día en que completa el instrumento. En cuanto a la corrección, cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida, y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se puede obtener una puntuación total que varía de 0 a 63. En la presente investigación se observó una alta consistencia interna en el BDI-II, con un Alfa de Cronbach óptimo ($\alpha = 0,902$, 95% IC [0,894; 0,910]) en la muestra completa.

También se empleó la escala maltrato y castigo del padre y de la madre, para valorar la violencia que ejercen los padres sobre los hijos. Esta escala contiene dieciséis ítems que fueron tomados de la Escala de Tácticas de Conflicto de Straus²⁸ y fue administrada a todos los adolescentes de la muestra. Estos reactivos miden la frecuencia de la violencia física y psicológica del padre y de la madre hacia sus hijos, en una escala de cero a seis, 0 = nunca, 1 = una vez, 2 = dos veces, 3 = de tres a cinco veces, 4 = seis a diez veces, 5 = once a veinte veces, 6 = más de veinte veces. La confiabilidad encontrada en la presente investigación es adecuada tanto para el maltrato psicológico $\alpha = 0,828$, 95% IC [0,812; 0,843] y físico por parte de la madre $\alpha = 0,903$, 95% IC [0,895; 0,911], como para el maltrato psicológico $\alpha = 0,844$, 95% IC [0,829; 0,858] y físico por parte del padre $\alpha = 0,913$, 95% IC [0,905; 0,921].

Para evaluar la violencia entre los padres se utilizaron 12 ítems de la escala de Violencia Intramarital de Straus²⁹. Ésta se contesta empleando valores que van de 0 a 6, en donde 0 = nunca ... 6 = más de veinte veces. La confiabilidad encontrada en la presente investigación es adecuada tanto para la violencia psicológica $\alpha = 0,765$, 95% IC [0,743; 0,786], como para la violencia física $\alpha = 0,795$, 95% IC [0,774; 0,814] entre los padres.

El uso de alcohol y drogas fue medido con preguntas obtenidas del Inventario de Diagnóstico de Alcohol para Padres³⁰. Se utilizaron tres ítems de ese inventario, los cuales medían la frecuencia y la cantidad de alcohol que ingería la madre por semana. La frecuencia se midió en una escala de 6 puntos (0 = nunca ... 5 = cinco o más veces a la semana).

Finalmente, se empleó el Cuestionario sobre aspectos familiares. Este instrumento consistió en diversas preguntas cerradas de opción múltiple que indagaron aspectos tales como: la edad, nivel educativo, estado civil y condición laboral de los padres; así mismo se indaga sobre la estructura familiar: tipo de familia, número de hermanos, si el evaluado tiene medios hermanos. Además, se consultó a los evaluados sobre la calidad de la comunicación entre sus padres y sobre la frecuencia de los problemas económicos en el hogar.

Procedimiento

En primer lugar, se contactó con los centros educativos a través de sus directores mediante oficios y entrevistas en las cuales se les explicó los objetivos, importancia y procedimientos de la investigación. Luego de la aceptación de las autoridades se coordinaron las fechas y los salones de clase en los que se iba a evaluar a los adolescentes. Antes de iniciar la evaluación, el equipo de investigación explicó a los alumnos que su participación sería voluntaria y que se garantizaría el anonimato de sus respuestas, luego de ello los estudiantes firmaron un consentimiento informado. La aplicación del BDI-II y del cuestionario de aspectos familiares tuvo una duración aproximada de 20 a 25 min.

Análisis de datos

El ingreso de datos fue a través de Microsoft Excel 2013 y procesados en IBM SPSS 24. Se hizo un análisis de frecuencias para describir la depresión. Así mismo, se realizó un análisis de medidas de tendencia central, dispersión y distribución normal de la variable depresión por medio de las pruebas Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk, además, del análisis de asimetría y curtosis. Para el análisis inferencial utilizamos la prueba chi-cuadrado y el coeficiente de correlación de Spearman.

Resultados

Respecto a la depresión podemos apreciar que los evaluados mayormente presentan altibajos normales (49,9%); así mismo, un 19% tiene una leve perturbación del estado de ánimo, un 10,4% una depresión moderada, 7,5% estados de depresión intermitentes, solamente el 2,9% tiene depresión grave y 1,5% depresión extrema (Tabla 1). Con la finalidad de hacer un análisis más sencillo, los niveles de depresión fueron dicotomizados siguiendo lo expresado en BDI-II de que a partir de 17 puntos (leve perturbación del estado de ánimo) ya se necesita de ayuda profesional. Es así que las categorías sin depresión y altibajos normales son consideradas como sin depresión; mientras que las demás categorías se consideran como que la persona pre-

senta depresión. De este modo, podemos decir que el 58,6% de la muestra no presenta depresión y el 22,4% presenta algún tipo de síntomas depresivos.

En la Tabla 2 observamos que existe una relación estadísticamente significativa entre el sexo de los evaluados con la depresión ($\chi^2 = 24,356$; $p < 0,001$), al analizar la tabla de contingencia podemos observar que las mujeres adolescentes (29,8%) presentan un mayor porcentaje de depresión que sus pares varones (17,6%). Por otro lado, no hallamos una relación estadísticamente significativa entre el tipo de colegio ($\chi^2 = 2,331$; $p = 0,127$), grado de secundaria que cursan los evaluados ($\chi^2 = 2,814$; $p = 0,589$) con la sintomatología depresiva en adolescentes.

En cuanto a las variables familiares observamos en la Tabla 3 que hay una relación estadísticamente significativa entre la presencia de medios hermanos dentro de la familia y la sintomatología depresiva ($\chi^2 = 5,212$; $p = 0,022$), cabe resaltar que los adolescentes que tienen medios hermanos presentan mayores porcentajes de depresión (27,4%) que aquellos que no tienen medios hermanos (20,8%). Asimismo, hallamos que el tipo de estructura familiar se relaciona con los síntomas depresivos en los adolescentes ($\chi^2 = 10,527$; $p = 0,015$), de modo tal, que aquellos adolescentes que no tienen un núcleo familiar (viven con sus hermanos o solos) tienen con mayor frecuencia depresión (40,5%), lo mismo para aquellos adolescentes que provienen de familias reconstituidas (29,3%). Además, encontramos que la comunicación entre los progenitores tiene una relación con la sintomatología depresiva de los adolescentes ($\chi^2 = 60,149$; $p < 0,001$), es así que los adolescentes cuyos padres tienen una mala comunicación presentan un mayor porcentaje de

Tabla 1. Niveles de depresión en adolescentes de Arequipa

	Frecuencia	Porcentaje
Sin depresión	107	8,7
Altibajos normales	611	49,9
Leve perturbación del estado de ánimo	233	19,0
Estados de depresión intermitentes	92	7,5
Depresión moderada	128	10,4
Depresión grave	36	2,9
Depresión extrema	18	1,5
Total	1.225	100,0

depresión (40%); mientras solo el 14,8% de adolescentes cuyos padres tienen una buena comunicación, tienen depresión. Por el contrario, otras variables familiares como la educación del padre ($\chi^2 = 8,733$; $p = 0,120$) o de la madre ($\chi^2 = 7,239$; $p = 0,203$), el estado civil de los padres ($\chi^2 = 6,615$; $p = 0,085$), la condición laboral de la madre ($\chi^2 = 2,880$; $p = 0,090$) o del padre ($\chi^2 = 0,278$; $p = 0,488$) no se relacionan con la sintomatología depresiva de los adolescentes.

La Tabla 4 nos muestra que el consumo de alcohol por parte del padre ($\chi^2 = 17,072$; $p < 0,001$) o de la madre ($\chi^2 = 14,534$; $p = 0,001$) se relacionan con la depresión, es así que el 45,3% de adolescentes cuyos padres beben alcohol 3 o más veces a la semana y 33,3% de adolescentes cuyas madres beben alcohol 3 o más veces a la semana tienen depresión. Así mismo, la presencia de problemas económicos dentro de la familia se relaciona con

Tabla 2. Relación entre el sexo y la sintomatología depresiva

			Depresión		χ^2 de Pearson	gl	Sig. asintótica (bilateral)
			No	Sí			
Sexo	Mujer n = 480	Frecuencia	337	143	24,356 ^a	1	0,000
		%	70,2%	29,8%			
	Varón n = 745	Frecuencia	614	131			
		%	82,4%	17,6%			

^a χ^2 con corrección de continuidad.

Tabla 3. Relación entre variables de estructura y comunicación familiar con la sintomatología depresiva

			Depresión		χ^2 de Pearson	gl	Sig. asintótica (bilateral)
			No	Sí			
Medio hermano	No n = 933	Frecuencia %	739 79,2%	194 20,8%	5,212 ^a	1	0,022
	Sí n = 292	Frecuencia %	212 72,6%	80 27,4%			
Estructura familiar	Nuclear n = 832	Frecuencia %	656 78,8%	176 21,2%	10,527	3	0,015
	Reconstituida n = 92	Frecuencia %	65 70,7%	27 29,3%			
	Monoparental n = 264	Frecuencia %	208 78,8%	56 21,2%			
	Sin núcleo n = 37	Frecuencia %	22 59,5%	15 40,5%			
Comunicación entre los padres	Mala n = 90	Frecuencia %	54 60,0%	36 40,0%	60,149	2	0,000
	Regular n = 414	Frecuencia %	283 68,4%	131 31,6%			
	Buena n = 721	Frecuencia %	614 85,2%	107 14,8%			

^a χ^2 con corrección de continuidad.

Tabla 4. Relación entre problemas familiares y sintomatología depresiva

			Depresión		χ^2 de Pearson	gl	Sig. asintótica (bilateral)
			No	Sí			
Consumo alcohol padre	Nunca n = 661	Frecuencia %	524 79,3%	137 20,7%	17,072	2	,000
	1 a 2 veces n = 511	Frecuencia %	398 77,9%	113 22,1%			
	3 a más n = 53	Frecuencia %	29 54,7%	24 45,3%			
Consumo alcohol madre	Nunca n = 984	Frecuencia %	786 79,9%	198 20,1%	14,534	2	,001
	1 a 2 veces n = 235	Frecuencia %	161 68,5%	74 31,5%			
	3 a más n = 6	Frecuencia %	4 66,7%	2 33,3%			
Problemas económicos	Rara vez n = 931	Frecuencia %	749 80,5%	182 19,5%	31,520	2	,000
	Regularmente n = 243	Frecuencia %	177 72,8%	66 27,2%			
	Con frecuencia n = 51	Frecuencia %	25 49,0%	26 51,0%			

la depresión en los adolescentes ($\chi^2 = 31,520$; $p < 0,001$), ya que hallamos que el 51% de adolescentes en cuyas familias hay frecuentemente problemas económicos tienen síntomas depresivos.

En la Tabla 5 se analiza la variable depresión, hallando que esta no sigue una distribución normal, teniendo en cuenta que las pruebas Kolmogorov-Smirnov ($p < 0,001$) y Shapiro-Wilk ($p < 0,001$) nos lo indican. Este resultado es confirmado al analizar la asimetría y exceso de curtosis de la variable las cuales están fuera del rango $[-1, 1]$ ³¹. Es por ese motivo que usamos el coeficiente no paramétrico de Spearman para correlacionar la depresión con otras variables expresadas en forma cuantitativa.

En la Tabla 6 observamos que la edad se encuentra relacionada con la sintomatología depresiva ($r = 0,122$; $p < 0,01$), es así que una mayor edad de los adolescentes se asocia con una mayor depresión. De la misma forma, presentar un mayor número de hermanos se asocia con niveles mayores de depresión ($r = 0,069$; $p < 0,015$). Las variables ligadas a la violencia dentro del hogar se asocian

con mayor sintomatología depresiva; por ejemplo, el maltrato psicológico ($r = 0,306$; $p < 0,001$) y físico ($r = 0,266$; $p < 0,001$) por parte de la madre, el maltrato psicológico ($r = 0,183$; $p < 0,001$) y físico ($r = 0,158$; $p < 0,001$) por parte del padre, y que el adolescente haya presenciado actos de violencia psicológica ($r = 0,251$; $p < 0,001$) o física ($r = 0,223$; $p < 0,001$) entre sus progenitores.

Discusión

En Arequipa, la mayoría de estudios clínicos sobre salud mental, se han llevado a cabo con población adulta³²⁻³⁴, así como aquellos que se focalizan en sintomatología depresiva^{35,36}. En tal sentido, la presente investigación, hace un aporte relevante al analizar los factores familiares que se asocian con la sintomatología depresiva de 1.225 adolescentes de la ciudad de Arequipa. Dentro de estos factores, se ha podido determinar que, en el 41,4% de adolescentes que presentan indicadores de sintomatología depresiva, la estructura familiar se asocia con niveles más altos de depresión, como también ha sido reportado en otras investigaciones, de modo tal que una estructura familiar nuclear se asocia con menos niveles de depresión y estructuras familiares monoparentales, reconstruidas o sin la presencia de sus padres, presentan asociaciones significativas con la sintomatología depresiva^{4,5,15,20}.

También se ha podido corroborar que los conflictos interparentales, el consumo de alcohol de parte de alguno de ellos o de ambos, y el maltrato físico o psicológico que ejerce alguno de los progenitores o los dos, se asocian significativamente con la mayor sintomatología depresiva que presentan. Estos resultados, han sido reportados por otros

Tabla 5. Estadísticos descriptivos y de normalidad de la depresión

n	1.225
Media	10,88
Desviación estándar	9,658
Kolmogorov-Smirnov (Sig.)	0,130 (0,000)
Shapiro-Wilk (Sig.)	0,884 (0,000)
Asimetría (error estándar)	1,357 (0,070)
Curtosis (error estándar)	2,024 (0,140)

Tabla 6. Relación entre variables sociodemográficas y de violencia dentro de la familiar con la depresión

		a	b	c	d	e	f	g	h	i	j
Depresión n = 1225	Rho de Spearman	0,122	0,069	0,014	0,049	0,306	0,266	0,183	0,158	0,251	0,223
	Sig. (bilateral)	0,000	0,015	0,633	0,088	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Nota= (a)edad, (b)número de hermanos, (c)edad de la madre, (d)edad del padre, (e)maltrato psicológico de la madre, (f)maltrato físico de la madre, (g)maltrato psicológico del padre, (h) maltrato físico del padre, (i)violencia psicológica entre padres, (j)violencia física entre padres.

autores^{4,11,12,15}, y fundamentan el papel tan relevante que tiene la familia en la salud mental de los hijos, especialmente, cuando se encuentran en la etapa de la adolescencia.

Un hallazgo interesante es que el mayor número de hermanos se ha asociado con la depresión de los adolescentes, mientras que, en otros estudios, el número de hermanos ejerce un rol protector frente a otros factores de riesgo como son la conducta antisocial¹⁹, posiblemente porque se ejerce mayor control, en cambio, el exceso de control se ha asociado con mayores niveles de depresión en adolescentes⁴.

Por otro lado, llama la atención el elevado porcentaje de adolescentes que cumplen los criterios psicométricos de depresión, que, para nuestro caso, alcanzan un 41,4% de la muestra, mientras que en la ciudad de Carabobo (Venezuela) se reportó un porcentaje de 21,65%³⁷, 5% para Guayaquil (Ecuador)¹⁵, o de 8% en Colombia⁵. Posiblemente, estas diferencias se deban a los diversos criterios psicométricos adoptados para determinar el punto de corte, ya que, de las siete categorías diagnósticas que brinda el instrumento utilizado, cinco han sido consideradas como indicativas de presencia de sintomatología depresiva, que va desde un nivel leve, hasta depresión extrema.

Otro dato que ha sido posible verificar, es la mayor presencia de sintomatología depresiva en

adolescentes mujeres, como se ha reportado en diversos estudios sobre esta misma temática^{4,5,15}. En tal sentido, es importante implementar estrategias de intervención desde edades tempranas, que promuevan la prevención de la aparición de sintomatología depresiva, a través de la estimulación de la regulación emocional³⁸, y que, además, impliquen la participación activa de padres y maestros³⁹.

Considerando el tamaño de la muestra y la posibilidad de generalización de los datos, el presente estudio contribuye con el análisis de una realidad, poco estudiada en el medio peruano, como es la depresión en adolescentes. Más aún, si se toma en cuenta el contexto familiar, a través de las variables abordadas en el presente trabajo. Aunque los datos solo tienen validez para la ciudad de Arequipa, deben orientar las políticas públicas sobre salud mental en la población adolescente, y en lo posible, derivar ciertas medidas y dispositivos que permitan disminuir los altos niveles de depresión adolescente. Además, de ello, debe continuar investigándose este fenómeno en relación a otras variables próximas al entorno social del adolescente, como la escuela, los amigos y la comunidad. Asimismo, múltiples aplicaciones se desprenden de nuestros resultados, tanto a nivel preventivo, como de abordaje individual y familiar de la problemática de la salud mental de los adolescentes del sur del Perú.

Resumen

Introducción: La depresión en adolescentes es un tema cada vez más recurrente, sin embargo, son pocos los estudios clínicos que se han focalizado en esta población en el Perú. En el presente trabajo se hace un análisis descriptivo de la sintomatología depresiva en adolescentes de la ciudad de Arequipa, en función de ciertas variables familiares. **Método:** Se trata de un estudio asociativo, que incluyó a una muestra de 1.225 adolescentes entre 11 a 18 años con una edad promedio de 14, provenientes de colegios públicos y privados de la ciudad. Se aplicó el Inventario de Depresión de Beck, un Cuestionario sobre Asuntos Familiares y otras preguntas sobre violencia intrafamiliar y consumo de alcohol. **Resultados:** Se encontró que un importante porcentaje (41,4%) cumple con los criterios psicométricos de depresión, y que factores como los conflictos interparentales, el consumo de alcohol de los padres y la violencia ejercida hacia los hijos arrojan diferencias significativas según el nivel de sintomatología depresiva. **Conclusiones:** Se concluye que ciertas características de disfuncionalidad familiar como el conflicto intrafamiliar, el consumo de alcohol y la violencia parental, se asocian con la sintomatología depresiva en los adolescentes.

Palabras clave: Depresión, sintomatología, adolescentes, familia.

Referencias bibliográficas

1. Delgado R, Pérez MA, Julca NT, Obregón GM, Julca JA. Resentimiento y depresión en pacientes con VIH-SIDA. *Av Psicol* 2017; 25 (1): 59-71.
2. Raffo LF. Depresión y autoconcepto en niños institucionalizados y no institucionalizados. *Rev Psicol (Lima)* 1994; 12 (2): 221-34.
3. Guerra M, Prina AM, Ferri CP, Acosta D, Gallardo S, Huang Y, et al. A comparative cross-cultural study of the prevalence of late life depression in low and middle income countries. *Journal of Affective Disorders* 2016; 190: 362-8. doi: 10.1016/j.jad.2015.09.004.
4. Pardo G, Sandoval A, Umbarila D. Adolescencia y depresión. *Rev Colom Psicol* 2004; 13: 13-28.
5. Sánchez P. Trastornos psiquiátricos en la adolescencia. *Adolescere* 2015; 3 (2): 80-91.
6. Bulnes M, Ponce C, Huerta R, Elizalde R, Snaviáñez W, Aliaga J, et al. Ajuste psicosocial y estado depresivo en adolescentes de centros escolares de Lima Metropolitana. *Rev Investig Psicol* 2005; 8 (2): 23-39.
7. Abello D, Cortés OF, Barros O, Mercado S, Solano D. Infantile depression prevalence in Barranquilla official schools. *Tesis Psicológica* 2014; 9 (1): 190-201.
8. Navarro JS, Merino C. Estructura latente del KIDDO-KINDL en una muestra peruana. *Libera-bit* 2016; 22 (1): 77-89.
9. Carrasco MA, del Barrio MV. Temperamental and personality variables in child and adolescent depressive symptomatology. *Psicothema* 2007; 19 (1): 43-8.
10. Fresno A, Spencer R, Leiva M, Gallardo I. Ingreso familiar y variables psicológicas asociadas a la pobreza como predictores de la calidad de la representación de apego en niños preescolares en Chile. *Salud Soc* 2011; 2 (2): 176-92.
11. Álvarez M, Ramírez B, Silva A, Coffin N, Jiménez L. La relación entre la depresión y conflictos familiares en adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 2009; 9 (2): 205-16.
12. Perales A, Sogi C, Morales R. salud mental en adolescentes de las Delicias (Trujillo-Perú). *An Fac Med* 2001; 62 (4): 301-11.
13. Pérez MV, Urquijo S. Depresión en adolescentes. Relaciones con el desempeño académico. *Psicología Escolar y Educativa* 2001; 5 (1): 49-58.
14. Beck A, Rush A, Shaw B, Emery G. *Terapia cognitiva de la depresión*. Buenos Aires: Bilbao; 1983.
15. Morla R, Saad E, Saad J. Depresión en adolescentes y desestructuración familiar en la ciudad de Guayaquil, Ecuador. *Rev Colom Psiq* 2006; 35 (2): 149-66.
16. Salvatierra B. *Cómo vivir la adolescencia sin padecerla*. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín; 2004.
17. Arias WL. Agresión y violencia en la adolescencia: la importancia de la familia. *Av Psicol* 2013; 21(1): 23-34.
18. Arias WL. Algunas consideraciones sobre la familia y la crianza desde un enfoque sistémico. *Rev Psicol Arequipa* 2012; 2 (1): 32-46.
19. Rivera R, Cahuana M. Influencia de la familia sobre las conductas antisociales en adolescentes de Arequipa-Perú. *Actualidades en Psicología*. 2016; 30 (120): 85-97. doi: 10.15517/ap.v30i120.18814.
20. Pliego F, Castro R. *Tipos de familia y bienestar de niños y adultos*. Arequipa: Universidad Católica San Pablo; 2015.
21. Galicia IX, Sánchez A, Robles FJ. Factores asociados a la depresión en adolescentes: Rendimiento escolar y dinámica familiar. *Anales de Psicología* 2009; 25 (2): 227-40.
22. Alarcón R. Funcionamiento familiar y sus relaciones con la felicidad. *Rev Per Psic Trab Soc* 2014; 3 (1): 61-74.
23. Galagarza LY, Arias WL. Alexitimia y funcionalidad familiar en estudiantes de ingeniería. *Perspectiva de Familia* 2017; 2: 27-44.
24. Montero I, León O. Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2002; 2 (3): 503-8.
25. Hernández R, Fernández C, Baptista P. *Metodología de la Investigación*. 5ta Ed. México: McGraw-Hill; 2010.
26. MINEDU. *Estadística de la Calidad Educativa ESCALE*; 2016. Consultado el 15 de junio de 2017 de:

- <http://escale.minedu.gob.pe/web/inicio/padron-de-iiiee;jsessionid=5d2214a7684447a2386de01b745f>.
27. Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition. Manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation; 1996.
 28. Straus MA, Hamby SL, Finkelhor D, Moore DW, Runyan D. Identification of child maltreatment with the Parent-Child Conflict Tactics Scales: development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse Negl* 1998; 22 (4): 249-70.
 29. Straus MA. Measuring Intrafamily Conflict and Violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage and Family* 1979; 41 (1): 75-88.
 30. Reich W. Diagnostic interview for children and adolescents (DICA). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39 (1): 59-66.
 31. Muthén B, Kaplan D. A comparison of some methodologies for the factor analysis of non-normal Likert variables: A note on the size of the mode. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology* 1985; 45: 19-30.
 32. Zegarra J, Cazorla E. Estudio clínico-descriptivo en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi, en Arequipa. *Rev Psicol (Arequipa Univ Catól San Pablo)* 2012; 2: 13-25.
 33. Zegarra J, Chino B, Cazorla E. Prevalencia de patología dual en el Sur del Perú: Estudio clínico-descriptivo. *Interacciones* 2016; 2 (1): 11-9.
 34. Zegarra J, Cazorla E, Chino B. Perfil clínico y epidemiológico en pacientes atendidos en el Centro de Salud Mental "Moisés Heresi" de Arequipa-Perú, entre los años 2011 y 2013. *Rev. Neuropsiquiatr* 2016; 79 (2): 98-107.
 35. Arias WL, Yopez L, Núñez AL, Oblitas A, Pinedo S, Masías MA, Hurtado J. Felicidad, depresión y creencia en la benevolencia humana en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. *Propósitos y Representaciones* 2013; 1(2): 83-103.
 36. Masías MA, Arias WL. Prevalencia de la depresión postparto en púerperas de la ciudad de Arequipa. *Rev. Hered. Med. (Artículo sometido a revisión)*.
 37. Fuenmayor E, Pérez J. Depresión en adolescentes que asisten a la unidad educativa Manuel Antonio Malpica Naguanagua, Estado Carabobo. *Médico de Familia* 2015; 23 (1): 32-7.
 38. Andrés ML, Castañeidas CE, Richaud MC. Contribución de las estrategias cognitivas de regulación emocional en ansiedad, depresión y bienestar en niños de 10 años. Resultados preliminares. *Psien- cia* 2014; 6 (2): 81-9. doi: 10.5872/psien- cia/6.2.24.
 39. Leiva L, George M, Antivilo A, Squicciarini AM, Simonsohn A, Vargas B, Guzmán J. Salud mental escolar: logros de una intervención preventiva en salud mental en niños y niñas del primer ciclo de enseñanza básica. *Psicoperspectivas* 2015; 15 (1): 31-41.

Correspondencia:

Renzo Rivera Calcina
 Escuela de Psicología, Facultad de Ciencias Económico Empresariales y Humanas, Universidad Católica San Pablo.
 Campus San Lázaro - Quinta Vivanco s/n, Urb. Campiña Paisajista, Arequipa, Perú
 Teléfono: +51 54 605630 anexo 547
 E-mail: rrivera@ucsp.edu.pe