

Artículo original

Síntomas depresivos y estructura familiar en adolescentes

Family Structure and Depressive Symptoms in Adolescents

Estrutura familiar e sintomas depressivos em adolescentes

Christian Hugo Carreón Nieto,^{*} Rosalina Sauza Escutia,^{**} Sergio Martínez Jiménez,^{***} Oliva Mejía Rodríguez^{****}

ATEN FAM 2012;19(1)

Palabras claves: depresión, familia, adolescencia.

Key Words: depression, family, adolescence.

Palavras chave: depressão, família, adolescente.

Recibido: 15/8/11.
Aceptado: 17/10/11.

^{*}Médico familiar, Unidad de Medicina Familiar (UMF) no. 25, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Puruarán, Michoacán, México. ^{**}Maestra en ciencias, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (UMICH), Morelia, Michoacán, México. ^{***}Médico familiar, director de la UMF no. 25, IMSS, Puruarán, Michoacán, México. ^{****}Especialista en medicina familiar. Coordinadora clínica de Educación e Investigación en Salud, UMF no. 80, IMSS, Morelia, Michoacán, México.

Correspondencia:
Oliva Mejía Rodríguez
oliva.mejia@imss.gob.mx

Aten Fam 2012;19(1):12-15.

Resumen

Objetivo: explorar la relación entre los síntomas depresivos y la estructura familiar en un grupo de adolescentes del área rural de Michoacán, México. **Material y métodos:** muestra no probabilística de 85 adolescentes de 15 a 19 años -45 mujeres y 40 hombres con edad promedio de 16 años- se les aplicó la escala de Birleson para detectar síntomas depresivos y se recabó información de los integrantes de la familia para determinar la estructura familiar. **Resultados:** la frecuencia de síntomas depresivos en los adolescentes fue de 43% (hombres 30% y mujeres 53%); el Riesgo Relativo (RR) no fue mayor en los que habitan en familias compuestas y extensas respecto a los pertenecientes a una familia nuclear (RR 1.52, Intervalo de Confianza, IC 0.53-6.82). **Discusión:** se encontró una frecuencia elevada de síntomas depresivos en adolescentes de un área rural y no se identificó una relación de los síntomas con la estructura de la familia. Se deberían considerar estrategias que faciliten el acceso a los servicios de salud para una detección y tratamiento oportuno.

Summary

Objective: to explore the relationship between depressive symptoms and family structure among adolescents in rural areas of Michoacan, Mexico. **Material and methods:** not probabilistic sample of 85

adolescents aged 15 to 19 years -45 women and 40 men with a mean age of 16 years were administered the Birleson scale to detect depressive symptoms and gathered information from members of the family to determine the family structure. **Results:** frequency of depressive symptoms in the studied adolescents was 43% (male 30% and 53% women), the Relative Risk (RR) was no greater in those living in stepfamilies with respect to those with natural families (RR 1.52, CI 0.53-6.82). **Discussion:** high frequency of depressive symptoms among adolescents in a rural area was found and, although not statistically associated with the type of family structure. Strategies should be considered to ease access to health services for early detection and timely treatment.

Resumo

Objetivo: explorar a relação entre sintomas depressivos e estrutura familiar em

um grupo de adolescentes da zona rural em Michoacan, no México. **Material e métodos:** amostra não-probabilística de 85 adolescentes de 15 a 19 anos e 45 mulheres e 40 homens com idade média de 16 anos a quem se aplico a escala para detectar sintomas depressivos Birlson, além de reunir-se informações de membros da família para determinar a estrutura familiar. **Resultados:** a frequência de sintomas depressivos em adolescentes foi de 43% (homens 30% e 53% mulheres), o Risco Relativo (RR) não foi maior em quem vive em famílias extensas e compostas, comparados com aqueles que pertencem a uma família nuclear (RR 1.52 CI 0.53-6.82). **Discussão:** encontramos uma elevada frequência de sintomas depressivos entre os adolescentes em uma área rural e não foi identificada uma relação com a estrutura da família. Deveriam considerar-se outras estratégias que facilitem o acesso aos serviços de saúde para a detecção precoce e tratamento oportuno.

Introducción

Los problemas de salud mental se han incrementado drásticamente en las últimas décadas y contribuyen, importantemente, a la carga global de enfermedades y discapacidades. Los niños y adolescentes constituyen un grupo que vive en condiciones o circunstancias difíciles, lo cual los pone en riesgo de ser afectados por algún trastorno mental. Se reporta que la depresión, los intentos suicidas, las conductas alimenticias de riesgo y la ansiedad se encuentran entre los trastornos más frecuentes en estos grupos.¹⁻³

Actualmente se tiene conocimiento de la existencia de una base familiar para diferentes trastornos psiquiátricos, entre los que se incluyen trastornos afectivos, ansiedad, abuso de sustancias y comorbilidades, entre otros. En un estudio realizado sobre psicopatología en familiares de tres generaciones en hogares del Distrito Federal se encontró que la probabilidad de presentar psicopatología es de dos a tres veces mayor cuando hay trastornos psiquiátricos en los padres.⁴

Se estima que para el 2020 la depresión ocupará el segundo lugar como padeci-

miento incapacitante. Diferentes estudios longitudinales en niños y adolescentes con trastorno depresivo mayor y distimia sugieren un riesgo elevado de episodios depresivos recurrentes, vinculados con suicidios y otros comportamientos autodestructivos que inician en esta etapa y pueden prolongarse hasta la edad adulta.⁵⁻⁷

En Francia, una investigación con adolescentes del género femenino, relacionada con el inicio de la menarquía y la estructura familiar (nuclear, madre soltera o reconstituida), concluyó que el pertenecer a una familia no nuclear y el inicio de la menarquía constituyen factores de riesgo para el desarrollo del trastorno depresivo, además de problemas emocionales y de comportamiento en adolescentes.⁸ En Estados Unidos, la proporción de adolescentes que alguna vez ha sido diagnosticado con depresión ha aumentado de 10% a 15% de 2000 al 2008.⁹

En México, se estima que 8.4% de la población, alguna vez en la vida, ha sufrido un episodio de depresión mayor con una mediana de edad de inicio de 24 años. En edades tempranas 2% de la población ha padecido depresión en la infancia o en la adolescencia, con un promedio de siete episodios a lo largo de la vida (comparado con tres para los de inicio en la adultez). El primer episodio persiste alrededor de 31 meses (comparado con 16 meses en la etapa adulta), durante los cuales, por lo general, no reciben tratamiento.¹⁰

En México, 63.9% de los adolescentes de 15 a 19 años viven en hogares con familias nucleares y 33.2% en hogares con familias extensas. En un estudio realizado en 2006 en una población urbana con adolescentes mexicanos de 15 a 19 años se determinó la frecuencia de depresión y disfunción familiar, encontrando una frecuencia de depresión para el sexo masculino de 18.7%, mientras que para el femenino de 42.4%; en los adolescentes con depresión se observó, con más frecuencia, la familia rígidamente dispersa.¹¹⁻¹²

Las condiciones de adversidad durante la infancia y adolescencia en México, incluyen, en orden de frecuencia, la pobreza,

violencia familiar, el descuido o abandono y el abuso sexual; situaciones que se presentan con mayor incidencia en familias con bajo nivel escolar de los padres o en aquellas en las que falta alguno de ellos; de igual forma, se ha asociado la depresión con sobrepeso y obesidad en adolescentes.¹³⁻¹⁴ El objetivo del presente estudio fue explorar la asociación entre presencia de síntomas depresivos y la estructura familiar en adolescentes de 15 a 19 años de una zona rural del estado de Michoacán, México.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo y transversal que incluyó una muestra no probabilística conformada por 85 adolescentes de un total de 251 estudiantes de ambos sexos, de los cuales 45 eran mujeres y 40 hombres, todos alumnos de nivel medio-superior y derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) no. 25 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Puruarán, Michoacán.

Puruarán es una localidad perteneciente al municipio de Turicato, Michoacán, cuya población, de acuerdo con el censo realizado en 2010 por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), es de 16 959 habitantes. Los adolescentes y adultos de 15 a 25 años representan 24.4% de la población. Las cinco principales causas de mortalidad en orden decreciente son las agresiones y suicidios, accidentes de vehículo y tránsito, accidentes de causa externa, leucemias y enfermedades congénitas; en cuanto a la morbilidad las primeras cinco causas las ocupan las enfermedades infecciosas de la vía respiratoria y del tubo digestivo. El protocolo contó con la autorización del Comité Local de Investigación y con la firma del consentimiento informado de los participantes; a quienes se les aplicó la escala de Birlson para cuantificar la severidad de la sintomatología depresiva, y se recabó información acerca de la estructura de la familia a la que pertenecen.

La escala de Birlson (Depression Self Rating Scale, DSRS) fue diseñada para cuantificar la severidad de la sintomatología

Estructura familiar y depresión en adolescentes

depresiva en niños y adolescentes, puede utilizarse en la supervisión del tratamiento y está validada para la población mexicana.¹³ Es una escala auto-aplicable con opciones de respuesta tipo Likert que consta de 18 reactivos, todos se califican de 0 a 2, siendo la máxima calificación 36. El tiempo de respuesta del instrumento varía de 5 a 10 minutos, dependiendo de cada sujeto. Se consideró como punto de corte 14 puntos, lo que representa una sensibilidad de 87% y una especificidad de 74%.¹⁵

Tipología familiar. Con base en su composición se clasificó en nuclear cuando únicamente en casa habitaban padres e hijos; compuesta cuando habitaban padres, hijos y otros familiares (abuelos, tíos, nietos, etc.); y extensa al habitar padres, hijos, otros familiares y personas (amigos, compadres, etcétera).¹⁶

Análisis estadístico. Se utilizó estadística analítica para comparar las frecuencias de las variables, explorar la asociación entre éstas, y se estimó el riesgo relativo. Los cálculos se realizaron por medio del programa *Minitab* versión 15.

Resultados

La edad promedio de los participantes fue de 16.3 ± 1.079 años. 36 de ellos (42%) presentaron depresión (escala de Birleson > 13 puntos), de los cuales 12 eran hombres (30%) y 24 mujeres (53%). En la figura 1 se presenta la frecuencia de depresión por edad.

Al estimar el riesgo relativo se encontró que no aumenta cuando se trata de adolescentes del sexo femenino, respecto a los del sexo masculino (RR 1.77; IC 0.33; 30.3).

En el análisis de la relación entre los distintos tipos de familia se encontró que, para los adolescentes que viven en familias extensas y compuestas, la frecuencia de síntomas depresivos fue mayor, en comparación con aquellos que viven en familias con estructura nuclear (Figura 2). Sin embargo, el riesgo relativo de desarrollar depresión no aumenta en aquellos adolescentes que viven en familias no nucleares (RR 1.52; IC 0.53-6.82).

Figura 1. Frecuencia de depresión en adolescentes por edad

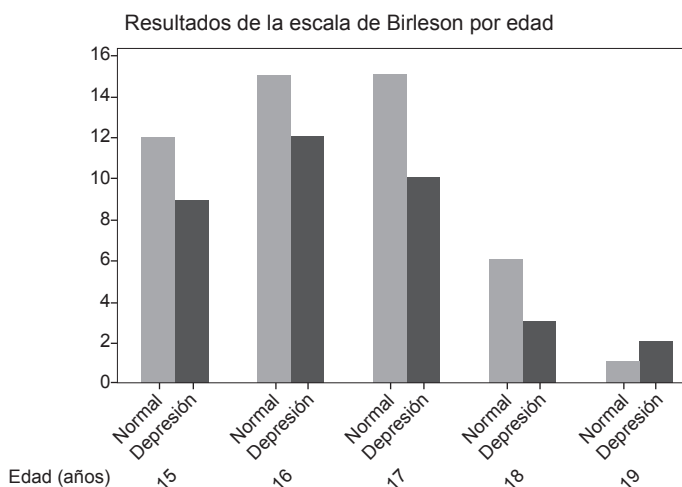
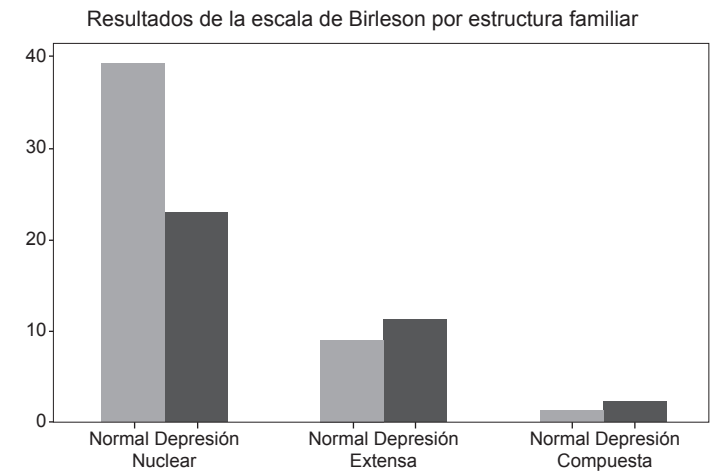


Figura 2. Frecuencia de la depresión en adolescentes de acuerdo con la composición familiar



Discusión

La frecuencia de síntomas depresivos en adolescentes que habitan en un área rural del estado de Michoacán es similar a la reportada en otras investigaciones realizadas en México, y predomina en el sexo femenino. En cuanto a la relación con la estructura familiar no se encontraron diferencias estadísticamente significativas al estimar el riesgo relativo en los diferentes grupos familiares, sin embargo fue mayor la frecuencia en aquellos adolescentes que forman parte de familias extensas o compuestas.

Los adolescentes no buscan ayuda por sí mismos, y a diferencia de los trastornos de la conducta por déficit de atención con hiperactividad que suelen provocar molestias para los padres o en la escuela, los adolescentes con síntomas depresivos suelen pasar desapercibidos, por lo que se recomienda estar atentos para detectar de forma oportuna estos casos, ya que está demostrado que las personas que reciben tratamiento desde su primer episodio de depresión son menos propensas a tener otro a futuro.¹⁷

Los adolescentes son particularmente vulnerables a los efectos en la salud derivados del medio social, como en el lugar de estudio, en el que la morbilidad por violencia, accidentes, homicidios y suicidios se encuentran entre las principales causas. Por lo tanto se requieren cambios en los modelos de atención, disposición de recursos y de las acciones de control y prevención en este grupo de la población.

Conclusiones

La frecuencia de depresión en adolescentes de 15 a 19 años en los pacientes estudiados de esta zona rural fue de 42%, en el caso de los hombres 30% y en las mujeres de 53%, lo cual muestra una frecuencia elevada en este sector de la población. Asimismo, se encontró una frecuencia mayor de padecer depresión para el género femenino y en familias extensas o compuestas, sin embargo no se identificaron

diferencias estadísticamente significativas en cuanto al riesgo de depresión comparado con los demás grupos familiares o por género.

Sugerimos favorecer el acceso a los servicios de salud a los adolescentes, con la finalidad de que reciban tratamiento oportuno para este padecimiento, el cual muchas veces no se detecta a nivel familiar o comunitario.

Referencias

1. Vázquez V. ¿Cuáles son los problemas psicológicos, sociales y familiares que deben ser considerados en el diagnóstico y tratamiento del paciente obeso? *Rev Endocrinol Nutr.* 2004;4(13):136-142.
2. Rodríguez-Cano T, Beato-Fernández L, Belmonte A. Body dissatisfaction as a predictor of self-reported suicide attempts in adolescents: A Spanish community prospective study. *Journal of Adolescent Health.* 2006;38:684-688.
3. Boelen PA, Vrinssen I, Van-Tulder F. Intolerance of uncertainty in adolescents correlations with worry, social anxiety, and depression. *J Nerv Ment Dis.* 2010;198:194-200.
4. Caraveo-Anduaga JJ, Nicolini-Sánchez H, Villa-Romero A, Wagner FA. Psicopatología en familiares de tres generaciones: un estudio epidemiológico en la Ciudad de México. *Salud Pública Mex.* 2005;47:23-29.
5. Pérez-Amezcu B, Rivera-Rivera L, Atiezo EE, De Castro F, Leyva-López A, Chávez-Ayala R. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República Mexicana. *Salud Pública Mex.* 2010;52:324-333.
6. Borner I, Braunstein JW, Victor RS, Pollack J. Evaluation of a 2-question screening tool for detecting depression in adolescents in primary care. *Clinical Pediatrics.* 2010;49(10):947-953.
7. Borja-Aburto BH, Bustamante-Montes P, Rascón-Pacheco RA. ¿Aumenta la depresión clínica el riesgo de muerte por causas no violentas? *Salud Pública Mex.* 1994;36:51-60.
8. Capron C, Théron C, Duyme M. Brief report: Effect of menarcheal status and family structure on depressive symptoms and emotional/behavioral problems in young adolescents girls. *Journal of Adolescent Health.* 2007;30:175-179.
9. Hunt J, Eisenberg D. Mental Health Problems and Help-Seeking behavior Among College Students. *Journal of Adolescent Health.* 2010;46:3-10.
10. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Fleitz-Bautista C, Zambrano-Ruiz J. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública Mex.* 2004;46:417-424.
11. Santos-Preciado JI, Villa-Barragán JP, García-Avilés MA, León-Álvarez GL, Quezada-Bolaños S, Tapia-Conyer R. La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. *Salud Pública Mex.* 2003;45(supl1):S140-S152.
12. Leyva-Jiménez R, Hernández-Juárez AM, Nava-Jiménez G, López-Gaona V. Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Rev Med IMSS.* 2007;45(3): 225-232.
13. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Zambrano J, Cruz C, Méndez E. Descriptive epidemiology of chronic childhood adversity in Mexican Adolescents. *Journal of Adolescent Health.* 2009;45:483-489.
14. Dockray S, Susman EJ, Dorn LD. Depression, cortisol reactivity, and obesity in childhood and adolescence. *Journal of Adolescent Health.* 2009;45:344-350.
15. De la Peña F, Lara MC, Cortés J, Nicolini H, Páez F, Almeida L. Traducción al español y validez de la escala de Birtleson (DSRS) para el Trastorno Depresivo Mayor en la Adolescencia. *Salud Mental.* 1996;supl 3:17-23.
16. Irigoyen-Coria A. Nuevos fundamentos de medicina familiar. 3ra. ed. México: Medicina familiar; 2006.p.187.
17. Cancino-Estrada Y, Navarro-Castillo A, Ruiz-García J, Gómez-Alonso C, Mejía-Rodríguez O. Detección del trastorno de déficit de atención mediante la escala de Conners. *Ethos educativo.* 2010;48:95-106.