

SEVERIDAD DEPRESIVA EN ADOLESCENTES DE UNA ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE LA CIUDAD DE RESISTENCIA. CHACO, ARGENTINA

Gabriela E. Czernik¹, Sergio A. Almeida¹, Eva I. Godoy¹, Lila M. Almirón².

Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste (Socem UNNE)

RESUMEN

Introducción: La adolescencia es una forma particular de transición entre la infancia y la adultez donde ocurren profundos cambios físicos, psicológicos y sociales. Los conflictos que se originan a su alrededor y los superpuestos a su propia crisis pueden actuar como disparadores y plantear un contexto de vulnerabilidad y exclusión social que debe ser considerado frente a cualquier evaluación sanitaria. En tal sentido, el objetivo del presente estudio fue determinar la prevalencia de severidad depresiva en adolescentes de una escuela de formación profesional y analizar sus variables sociodemográficas. **Material y Método:** Se indagó en la población adolescente sobre edad, sexo, trabajo, pareja, hijos, grupo de convivencia, sustancias tóxicas y actividades recreativas. Se aplicó el Inventario de Depresión de Beck. Las variables fueron analizadas con la prueba de chi cuadrado (χ^2). Se consideró $p < 0,05$ como valor de significación. **Resultados:** El 77,41% de los participantes evaluados fue hombre y 22,58%, mujer. Ninguno presentó severidad depresiva grave. La severidad depresiva fue de 64,51%. El 19,35% consume cigarrillos de tabaco y el 6,45% utiliza combinaciones de tóxicos. Trabajo, pareja, y las actividades recreativas no resultaron significativas. **Conclusiones:** La frecuencia detectada de adolescentes con severidad depresiva (64,51%), fue similar a la detectada en una escuela periférica de la ciudad de Corrientes. Esta prevalencia refuerza la premisa de que los trastornos del humor constituyen una de las cargas más importantes en la salud mental, e indica que través de trabajos epidemiológicos en la población general es posible tener una aproximación a las realidades cotidianas.

Palabras clave: Adolescentes, Depresión, Síntomas, Comportamiento, Inventario de Depresión de Beck, adicción

ABSTRACT

Introduction. The adolescence is a particular class of transition between the childhood and grown up where take place deep physical, psychological and social changes. The troubles originated around the adolescents and that overhead to their own crisis can proceed like triggers and establish a vulnerability context and social exclusion, and must to be considered in any sanitary evaluation. The aims were: To establish the prevalence of depressive severity in adolescents of a training education school. To analyze sociodemographical variables. **Material and Method:** We searched in the adolescent population about age, sex, work, partner, children, connivance group, toxic substances and relaxing activities. Beck Depression Inventory was applied. Variables were analyzed with χ^2 test. $P < 0,05$ were considered as meaning values. **Results:** 77,41% of the being implicated were male. None of them exhibited deep depressive severity. 19,35% consumes tobacco cigarettes and 6,45% uses toxic combinations. Work, partner and relaxing activities not result meaning. **Conclusion:** The located prevalence

of adolescents with depressive severity (64,51%), was similar to one detected in a peripheral school of Corrientes city. This prevalence encourages the proposition about the mood disorders, that are one of the most important burden in mental health and indicates the epidemiological jobs in the general population as one way to have an approach to the daily realities

Keywords: Adolescents, Depression, Symptoms, Behavior, Beck Depression Inventory, addiction

INTRODUCCION

La adolescencia, etapa crucial en el desarrollo humano, es una forma particular de transición entre la infancia y la adultez donde ocurren profundos cambios físicos (crecimiento y desarrollo neuroendocrino), psicológicos (estructuración de la identidad) y sociales (integración al mundo del adulto).

La OPS desglosa por grupos de edad: de 10 a 14 años, niños; de 10 a 19, adolescentes y de 15 a 24, jóvenes. Así como no puede definirse con precisión por la edad, la adolescencia tampoco coincide con un determinado estadio del desarrollo; se encuentra a los adolescentes atravesando diferentes instancias de su crecimiento físico y mental. Por lo que se enfatizará en el carácter de fenómeno psicosocial.⁽¹⁾

1. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste, Argentina.

2. Médico Especialista en Psiquiatría. Docente de Salud Mental, Facultad de Medicina. Universidad Nacional del Nordeste.

Correspondencia: Lila M. Almirón. lalmiron@med.unne.edu.ar

• Manuscrito recibido el 2 de marzo de 2006 y aceptado para su publicación el 18 de julio de 2006

La salud mental es un proceso dinámico y evolutivo donde intervienen factores hereditarios, un normal desarrollo neurobiológico, la educación familiar y escolar, el nivel de bienestar social, el grado de realización personal y una relación de equilibrio entre las capacidades del individuo y las demandas de la sociedad. La salud mental constituye una denominación que hace énfasis en los aspectos preventivos de las enfermedades y alteraciones mentales⁽²⁻³⁾.

Mundialmente hasta el 20% de los niños y adolescentes padecen de una enfermedad mental discapacitante, y 3-4% requiere tratamiento.⁽⁴⁾ Se estima que la prevalencia de depresión diagnosticada en adolescentes es del 5%.⁽⁵⁾

Los adolescentes experimentan depresión en sus vidas al igual que los adultos, y su continuidad a través de las edades es evidente. Actualmente a la depresión se la reconoce como uno de los principales trastornos psiquiátricos y un problema de salud mental en adolescentes.⁽⁶⁾ En un trabajo realizado por Basile⁽⁷⁾ sobre suicidio en nuestro país, se menciona un valor de 13,1 de tasa por cien mil para la población de 15 a 24 años de la provincia de Corrientes.

Si bien la adolescencia se caracteriza por ser una etapa de cambios con características propias, como su inestabilidad identificatoria y sus fluctuaciones emocionales, es susceptible de recibir el impacto de los conflictos que se originan a su alrededor (familia, escuela, amigos, cambios económicos, socioculturales y tecnológicos). Estos, superpuestos a la propia crisis del adolescente, pueden actuar como disparadores de una conflictiva relación anterior latente y plantear un contexto de vulnerabilidad y exclusión social que debe ser considerado frente a cualquier evaluación sanitaria.

En este trabajo se aborda la problemática de alteraciones del humor en adolescentes que concurren a clases a partir de la demanda de los afectados, autoridades educacionales y los propios alumnos. Junto con esta modalidad de la recolección de datos (cuantitativa) y de entrevistas grupales (cualitativa), se ejecutará un programa de intervención psicosocial encarado por profesionales y conocedores del área para que el adolescente valore la magnitud de la depresión como presentación crónica y recurrente e incorpore actividades dirigidas al cuidado y protección de su propia salud mental.

En tal sentido, el presente estudio tuvo como objetivo principal determinar la prevalencia de severidad depresiva en adolescentes de ambos sexos que asisten a clases en una escuela de formación profesional y analizar variables sociodemográficas como: edad, sexo, trabaja, pareja, hijos, grupo de convivencia, sustancias tóxicas y actividades recreativas.

MATERIAL Y METODO

Este estudio epidemiológico retrospectivo descriptivo y transversal se realizó a través de una encuesta anónima y voluntaria a alumnos de una escuela periférica de formación profesional de la ciudad de Resistencia (mecánica del automotor, corte y confección, gastronomía). Esta

población en particular se caracterizó por presentar un amplio rango de edades, determinando la convivencia de adolescentes y adultos jóvenes y mayores en el mismo ámbito de enseñanza y aprendizaje.

Se reunió a los adolescentes en un salón de actividades prácticas el día 11 de agosto de 2005, donde fueron invitados a participar en la encuesta, se les explicó en qué consistía y cuáles eran los motivos del trabajo. Previo consentimiento informado de las autoridades educacionales se procedió a la recolección de las encuestas. Un número figuraba en el extremo superior derecho de la hoja de la encuesta, comunicándose que quien deseara conocer los resultados debería recordarlo. Los criterios de inclusión considerados fueron: alumnos menores de 24 años que asistieron a clases el día establecido por las autoridades educacionales para la realización de la actividad. Se excluyeron a todas las encuestas con algún ítem incompleto. El cuestionario se podía contestar fácilmente, no tomaba más de 15 a 20 minutos de tiempo para responderlo. Recaudaba información en una primera parte sobre: edad, sexo (masculino/femenino), trabajo (sí/no), horas semanales dedicadas al trabajo, pareja (sí/no), número de hijos, grupo de convivencia, actividades recreativas, frecuencia de consumo de alcohol (nunca/1 vez al mes o más/ 2 o 4 veces al mes/ 2 o 5 veces a la semana/ 4 o más veces a la semana) y de otras sustancias tóxicas (nunca/cigarrillo de tabaco/cigarrillo de marihuana/cigarrillo de pasta base de cocaína/inhalar sustancia/pastillas para dormir).

En una segunda parte se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (BDI). Este autoinforme de 21 ítems se construyó para evaluar la presencia e intensidad de síntomas depresivos, ha sido ampliamente usado en investigación clínica⁽⁸⁾ y en la población general⁽⁹⁾ comprobándose una consistencia interna y una validez concurrente satisfactorias. Ha sido traducido y adaptado por Vázquez y Sanz (1991) y es el más utilizado en la actualidad.^(10,11) Los reactivos evalúan los síntomas a niveles cognitivo, motor, afectivo y somático. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida. En el caso de que el sujeto elija más de una alternativa en un ítem dado, se considera sólo la puntuación de la frase elegida de mayor gravedad. El ítem 19, 'Pérdida de peso', sólo se valora si el sujeto indica no estar realizando dieta para adelgazar; si lo está, se otorga una puntuación 0. La puntuación total de los 21 ítems varía de 0 a 63. Los puntos de corte para graduar la intensidad/severidad son los siguientes: no depresión (0-9); depresión leve (10-18), depresión moderada (19-29), depresión grave (≥ 30) puntos.

Además se utilizó como punto de corte > 18 para discriminar entre alumnos con y sin depresión. Investigaciones han demostrado que esta puntuación maximiza la exactitud diagnóstica del BDI en cuanto a su sensibilidad, especificidad, poder de predicción y eficiencia diagnóstica⁽¹²⁾

Los datos obtenidos de las encuestas se ingresaron a una base de datos creada en el programa Microsoft Excel®. El análisis estadístico se realizó con el programa para Análisis Epidemiológico de datos tabulados EpiDat Versión 3.1.⁽¹³⁾

El tamaño de la muestra por el método de proporciones fue de 31 estudiantes, del universo conformado por 33 alumnos. Dicha estimación se realizó con una prevalencia del 5% de la patología en cuestión, un nivel de confianza bilateral 1-alfa: 0,95 y un error menor del 5%.

Las variables se analizaron con el test de chi cuadrado y exacto de Fisher. Se consideraron niveles de significación a valores de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se recolectaron los datos de 33 alumnos, de los cuales, de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión se analizaron 31. De ellos, el 77,41% (24) fueron del sexo masculino y el 22,58% (7) del femenino. La edad media era de $18,56 \pm 2,85$ años (máximo 24 y mínimo 13).

La severidad depresiva fue de 64,51%. En la Tabla 1 se presenta los porcentajes correspondientes a las diferentes categorías de severidad. La puntuación media del BDI fue de $12,48 \pm 7,10$ (mínima 1 y máxima 29).

En la Tabla 2 se consigna las frecuencias de los ítems del BDI que se presentaron en esta muestra analizada.

El 41,94% (13) de los alumnos evaluados trabajan, dedicando entre 8 y 56 horas semanales. El 45,16% (14) de los alumnos evaluados afirma tener relación de pareja. Tres alumnos con hijos presentaron depresión leve (dos mujeres con pareja; y un hombre sin pareja). En la Figura 1 se observan los grupos de convivencia de estos adolescentes.

En cuanto a los hábitos de uso de tóxicos se determinó que el 74,19% (23) de los alumnos nunca consumió tóxicos, el 19,35% (6) consumió cigarrillos de tabaco y el 6,45% (2), combinaciones de tóxicos, cigarrillos de tabaco/ cigarrillos de marihuana/pasta base de cocaína. Estas últimas consumidoras, ambas del sexo femenino, con depresión leve y moderada, trabajan y no realizan actividades recreativas.

La distribución de la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas para alumnos con y sin rasgos depresivos, se muestran en la Tabla 3.

Las actividades recreativas realizadas durante la última semana referidas por esta población fueron: el 12,90% (4) nada; el 38,71% (12) mirar TV; el 25,81% (8) visitar familiar; 45,16% (14) ir al ciber/videojuego; el 45,16% (14)

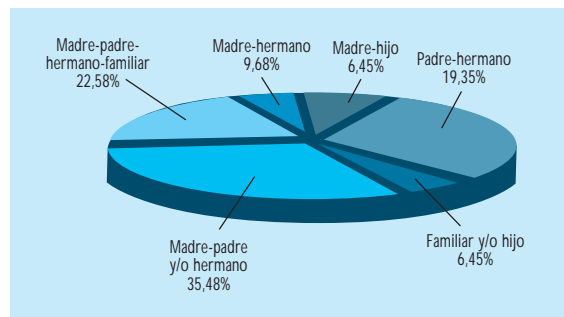


Figura 1. Grupo de convivencia de 31 alumnos de una Escuela de Formación Profesional de la ciudad de Resistencia, agosto de 2005

visitar amigos; el 16,13 (5) actividades religiosas; el 61,29% (19) practicas deportivas; el 16,13% (5) actividades barriales y el 45,16% (14) tareas del hogar. Además, el 3,23% (1) consignó "salir con la pareja" como respuesta abierta.

DISCUSION

Aunque el tamaño muestral no ha sido importante, la frecuencia detectada de adolescentes con severidad depresiva (64,51%), fue similar a la detectada en una escuela periférica de la ciudad de Corrientes (65,91%) con una población estudiada de edades similares.⁽¹⁴⁾ Y a diferencia de esta última, los alumnos de la Escuela Técnica Profesional no presentaron severidad depresiva grave, y obtuvieron una menor cifra (22,58%) de depresión con un punto de corte > 18 .

Antes de la pubertad las mujeres y los hombres se hallan en igual riesgo de depresión, considerando que la proporción es dos veces mayor en la mujer (2:1) después de la misma.⁽⁵⁾ En esta muestra preponderantemente masculina, no se observaron diferencias significativas entre los sexos y severidad depresiva. ($X^2 = 0,67$, $gl = 1$; $P = 0,72$).

Los reactivos que recibieron las mayores puntuaciones en el BDI en frecuencia e intensidad fueron: llanto, insatisfacción, irritación. Mientras que los que se presentaron con menor frecuencia fueron: sentimiento de fracaso, autodecepción y desinterés por el sexo.

Un ítem que merece destacarse en el BDI es el de idea de suicidio. Investigaciones demuestran una fuerte asociación con la depresión.^(8,16) La relación entre severidad depresiva e idea suicida (22,8%) hallada en los adolescentes de este estudio es significativa. ($X^2 = 9,28$; $gl = 4$; $P < 0,05$).

El elevado porcentaje de alumnos que trabajan en esta institución se debe a la orientación de la misma, que les ofrece además de salida laboral inmediata la posibilidad de aplicar sus conocimientos prácticamente durante el proceso. No se apreciaron diferencias significativas entre alumnos con y sin depresión en relación con esta variable, sosteniendo la premisa conocida de que a través del trabajo se valoriza la persona y se instrumenta la creatividad.

Tabla 1. Distribución de 31 adolescentes según sexos y severidad depresiva del BDI

Sexo	Ninguna		Severidad depresiva		Moderada		Grave	
	N	%	n	%	n	%	n	%
● Femenino	3	9,7	2	6,4	2	6,4	-	-
● Masculino	8	25,8	11	35,5	5	16,1	-	-
Total	11	45,5	13	41,9	7	22,6	-	-

Tabla 2. Frecuencia de los ítems del BDI en 31 alumnos de Escuela de Formación Profesional de la ciudad de Resistencia, agosto de 2005.

Ítems	Escala de severidad							
	0		1		2		3	
	n	%	n	%	n	%	n	%
• Tristeza	22	23,40	4	4,26	5	5,32	–	–
• Pesimismo	15	15,96	4	4,26	7	7,45	5	5,32
• Sentimiento de fracaso	29	30,85	2	2,13	–	–	–	–
• Insatisfacción	12	12,77	15	15,96	–	–	4	4,26
• Culpabilidad	20	21,28	8	8,51	2	2,13	1	1,06
• Sentimiento de castigo	21	22,34	3	3,19	3	3,19	4	4,26
• Autodecepción	28	29,79	1	1,06	–	–	2	2,13
• Autoculpa	19	20,21	7	7,45	4	4,26	1	1,06
• Ideas de suicidio	24	25,53	6	6,38	–	–	1	1,06
• Llanto	11	11,70	4	4,26	1	1,06	15	15,96
• Irritación	14	14,89	6	6,38	2	2,13	9	9,57
• Desinterés social	20	21,28	5	5,32	5	5,32	1	1,06
• Indecisión	18	19,15	7	7,45	4	4,26	2	2,13
• Pobre imagen corporal	23	24,47	2	2,13	6	6,38	–	–
• Dificultad laboral	18	19,15	8	8,51	5	5,32	–	–
• Insomnio	20	21,28	6	6,38	4	4,26	1	1,06
• Fatiga	22	23,40	5	5,32	3	3,19	1	1,06
• Pérdida del apetito	20	21,28	7	7,45	3	3,19	1	1,06
• Pérdida de peso	23	24,47	5	5,32	2	2,13	1	1,06
• Hipocondría	22	23,40	5	5,32	3	3,19	1	1,06
• Desinterés por el sexo	27	28,72	–	–	3	3,19	1	1,06

Destacamos además la presencia de los nuevos tipos de familia (monoparentales, matriarcales) que se evidencian en los convivientes de estos adolescentes, siendo mayor su frecuencia que la de la hasta hace unos años, típica familia argentina. Si bien no se apreciaron diferencias significativas correlacionadas con las variables trabajo ($X^2 = 1,73, 90; gl = 2; P = 0,42$) y relación de pareja ($X^2 = 0,17; gl = 2; p = 0,55$), es reconocido que en individuos con rasgos depresivos pueden representar un soporte social y un factor protector. ⁽¹⁶⁾

El fumar cigarrillos de tabaco representa la causa de enfermedad más extensamente documentada en toda la historia de la investigación biomédica, y la población está conformada por personas cada vez más jóvenes, es decir, los niños. Según la OMS, cada día se fuman 15 billones de cigarrillos en el mundo, ⁽¹⁷⁾ por lo cual este hábito tóxico es una problemática a nivel mundial, y no solo particular de una proporción de este grupo de adolescentes.

Tabla 3. Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas en 31 alumnos de Escuela de formación profesional de la Ciudad de Resistencia, agosto de 2005.

Severidad	Rasgo depresivos		Sin rasgos depresivos		Total	
	n	%	n	%	n	%
• Nunca	6	19,35	3	9,68	9	29,03
• 1 vez al mes o menos	4	12,90	4	12,90	8	25,81
• 2 o 4 veces al mes	6	19,35	2	6,45	8	25,81
• 2 o 5 veces a la semana	4	12,90	2	6,45	6	19,35
• 4 o más veces a la semana	–	–	–	–	–	–

El 70,97% de los adolescentes de esta muestra consumen bebidas que contienen alcohol, constituyéndose en una frecuencia elevada. Algunos autores mencionan al alcohol como parte de las conductas de socialización y otros hablan de una asociación que se explica a partir de la ausencia de sociabilidad relacionada con el complejo de la depresión. ⁽¹⁸⁾ En nuestra cultura en particular está arraigado el consumo de alcohol, relacionándolo con una situación vital, tanto de alegría como de tristeza.

Las alteraciones del humor constituyen una de las cargas más importantes en la salud mental de las personas, y teniendo en cuenta las características de este colectivo en particular consideramos que solo a través de trabajos epidemiológicos de campo es posible tener una aproximación a las realidades cotidianas. Aquellas que no llegan a la consulta especializada y permanecen en el anonimato de la población, hasta el momento que se presenta públicamente una decisión personal. La significancia en esta población muestral respecto a la variable indagada en relación a suicidio refuerza esta consideración. Consideramos que la prevención y promoción de la salud mental puede ser una tarea con dificultades en este tipo de individuos ya que lo evidente puede verse enturbiado por las características propias de la etapa de vida en conjunción con aquellas de la modernidad como la privación de medios de subsistencia y de la posmodernidad como la pérdida del lazo social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas, 1998-2001. Washington DC: OPS/OMS. 1998.
- Fahrer R, y col. Concepción actual de la salud mental y de la psiquiatría. En: Manual de Psiquiatría, Editores La Prensa Médica Argentina. 2ª Edición. p. 23-8.
- Haquin C, Larraguibel M, Cabezas J. Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. Rev Chil Pediatr. 2004; 75:425-33.
- Programa de Educación en Salud Mental de la Federación Mundial de Salud Mental. Trastornos emocionales y conductuales de niños y adolescentes. 2003.
- Brent DA, Birmaher B. Adolescent Depression. N Engl J Med. 2002; 347:667-71.
- Zamorano L. El diagnóstico psicopatológico y los trastornos mentales en la adolescencia. En: Suárez Richards M. Introducción a la Psiquiatría. B.Aires: Salerno; 2000:389-406.
- Basile HS. El suicidio de los adolescentes en Argentina. Alcmeeon. 2005;12(3). Disponible en: URL: http://www.alcmeeon.com.ar/12/47/01_Basile.htm
- Moreno-Núñez E, Arenas-Jiménez D, et al. Estudio de la prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos en pacientes en hemodialisis. Rev Soc Esp Enferm Nefrol. 2004; 7:225-33.
- Czernik G, Almirón L, Cuenca E, Mazzaro B. Ansiedad y depresión en un barrio céntrico de la ciudad de Reconquista, Santa Fe. Alcmeeon. 2005; 12(2):142-47.
- Sanz J, Vázquez C. Fiabilidad, validez y datos Normativos del Inventario para la depresión de Beck. Psicothema. 1998; 10(2):303-18.
- Vázquez C, Sanz J. Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. Clínica y Salud. 1999; 10(1):59-81.
- Rudd MD, Rajab M. Specificity of the Beck Depression Inventory and the confounding role of comorbid disorders in a clinical sample. Cogn Ther Res. 1995; 19:51-68.
- Xunta de Galicia y la Organización Panamericana de la Salud. Epidat 3.1 para Windows Análisis Epidemiológico de Datos Tabulados 2004.
- Almirón LM, Romero P, López A, Czernik G. Rasgos de depresión en adolescentes que asisten a clases en una Escuela Técnica de la ciudad de Corrientes. Disponible en: URL: <http://www.unne.edu.ar/VWeb/cyt/com2005/3-Medicina/M-118.pdf>
- González C, Ramos L, Caballero M, Wagner F. Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. Psicothema. 2003; 15:524-32.
- Nazar J. Trastorno del humor. En: Suárez Richards M, editor. Introducción a la Psiquiatría. Buenos Aires: Salerno; 2000:143-60.
- Kalina E. El tabaquismo es una adicción: prevenible, controlable y tratable. Rev Neuropsicofarmacol Clin. 2004; IX(57):12-21.
- Marietán H. Curso de Semiología Psiquiátrica. Editorial Ananké. 1996.