

Sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de enseñanza media

FÉLIX COVA S.¹, ROBERTO MELIPILLÁN A.², MARIO VALDIVIA P.³,
ELIZABETH BRAVO G.⁴, BÁRBARA VALENZUELA Z.⁴

1. Psicólogo, Doctor en Psicología, Departamento de Psicología, Universidad de Concepción.
2. Psicólogo, Facultad de Psicología, Universidad del Desarrollo.
3. Psiquiatra Infantil, Departamento de Psiquiatría, Universidad de Concepción.
4. Psicólogos, Universidad de Concepción.

ABSTRACT

Depressive and anxiety disorders in high school students

Background: Symptoms and disorders are relevant mental health problems in adolescents, impacting in the present and future development of the person. **Objective:** Estimate the prevalence of anxiety and depressive symptoms in adolescents. **Method:** We assessed a representative sample of 700 adolescents in Concepción, using the review version of Beck's Depression Inventory (BDI-II) and Beck's Anxiety Inventory (BAI). **Results:** The prevalence of depressive and anxiety symptoms was 32,6% and 42,3%, respectively. **Conclusions:** These rates are in concordance with other Chilean studies and are clearly higher than foreign studies with similar samples. It is necessary to understand the causes and implications of high level discomfort in Chilean adolescents. There is a clear need to develop strategies to improve the emotional status in this particular group.

(**Key words:** adolescence, depression, anxiety).

Rev Chil Pediatr 2007; 78 (2): 151-159

RESUMEN

Introducción: Los síntomas y trastornos depresivos y ansiosos en adolescentes son un problema de salud relevante, con implicaciones tanto inmediatas como en el desarrollo posterior de los jóvenes. **Objetivo:** Estimar la prevalencia de síntomas y síndromes depresivos y ansiosos en una muestra representativa de adolescentes. **Muestra y Método:** Se evaluó una muestra de 700 adolescentes de la comuna de Concepción, representativos de los cuatro niveles de la enseñanza media, utilizando la versión actualizada del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). **Resultados:** Se obtuvo una cifra de prevalencia de síndrome depresivo de 32,6% y de síndrome ansioso de 42,3%.

Trabajo recibido el 29 de diciembre de 2006, devuelto para corregir el 19 de marzo de 2007, segunda versión el 2 de abril de 2007, aceptado para publicación el 9 de abril de 2007.

Esta investigación ha sido realizada en el marco del proyecto DIUC 2041172010-1.0

Correspondencia a:

Félix Cova S.

fecova@udec.cl

Conclusiones: Las tasas obtenidas son concordantes con otros estudios realizados en Chile, y claramente más altas que las encontradas en estudios realizados en muestras semejantes en otros países. Es necesario entender mejor las causas e implicaciones de estos altos niveles de malestar emocional en nuestros adolescentes. Desde un punto de vista más aplicado, es clara la importancia de fortalecer estrategias destinadas a mejorar el nivel de bienestar emocional de éstos.

(**Palabras clave:** adolescencia, depresión, ansiedad).

Rev Chil Pediatr 2007; 78 (2): 151-159

Los síntomas y trastornos depresivos y ansiosos son los problemas de salud mental más comunes, y pueden afectar severamente la calidad de vida de las personas¹. Por ello resulta de importancia contar con estimaciones de la prevalencia de estas manifestaciones psicopatológicas, considerando en ello los distintos factores que influyen en éstas: momento del ciclo vital, condiciones sociales, género, etc². El estudio de las manifestaciones depresivas en la adolescencia temprana es particularmente relevante, dado que se ha observado que en este período vital se da un incremento notorio de estas dificultades respecto de períodos previos de la vida, con impactos múltiples en la vida de los adolescentes –inmediata y futura– y en su entorno³. Por otro lado, hay diversos indicios respecto a que los adolescentes actuales estarían presentando estas dificultades con mayor frecuencia que en el pasado, sin que esto pueda ser atribuido solamente a una mayor sensibilidad social respecto de los trastornos mentales y afectivos, o a cambios en las metodologías y criterios de evaluación y diagnóstico^{4,5}.

En relación a las manifestaciones depresivas, es claro que la adolescencia constituye un punto de inflexión respecto a la niñez, produciéndose un incremento acentuado de los síntomas depresivos y trastornos depresivos luego de los 13 años, particularmente en adolescentes de sexo femenino^{6,7}. Respecto a la ansiedad es menos posible establecer generalizaciones, pero es claro que los adolescentes informan experimentar más síntomas ansiosos que los niños, y que presentan tasas de prevalencia más altas que éstos en la mayoría de los trastornos ansiosos⁸.

Las estimaciones de la prevalencia de sínto-

mas y trastornos depresivos y ansiosos en adolescentes varían considerablemente en función de los instrumentos utilizados por los investigadores y de los criterios empleados para definir qué constituye un “caso”². En relación con la prevalencia de los trastornos depresivos, se ha encontrado que en los adolescentes la prevalencia del trastorno depresivo mayor oscila entre 0,4% y 8,3%, y que la relación hombres y mujeres es 1:2; respecto del trastorno distímico en adolescentes, las tasas oscilan entre 1,6% y 8,0%³. Estudios recientes muestran hallazgos similares, observándose que la tasa prevalencia anual del trastorno depresivo mayor asociado con impedimento varía entre 1% y 6%, y cuando se incluyen todas las clases de trastorno depresivo, la prevalencia puede aumentar a 10%⁹. Respecto de la prevalencia de sintomatología depresiva, en general, se estima que al menos un tercio de los adolescentes la presentan¹⁰.

En relación a los trastornos de ansiedad, ha existido mayor variabilidad en los usos diagnósticos, por lo que las tasas de prevalencia son menos claras, estimándose que oscilan entre 5% y 10%, con algunas excepciones en que los rangos exceden el 20%^{8,11}.

En Chile, existe poca información sobre la epidemiología de los síntomas y trastornos depresivos y ansiosos en población adolescente, y se cuenta con escasos instrumentos que faciliten la evaluación de estas problemáticas. Los dos grandes estudios epidemiológicos de trastornos psicopatológicos realizados en Chile consideran sólo población por sobre los 15 años, y no han desagregado sus datos para las edades entre 15 y 20 años^{12,13}. A nivel de síntomas y síndromes sí existen algunas investigaciones, en particular, respecto a síntomas y síndromes

depresivos e ideación suicida¹⁴⁻¹⁸. Respecto de la ansiedad, no hay datos de prevalencia de ningún tipo en Chile en población adolescente no clínica.

Un estudio realizado en 1991, por Sepúlveda, Almonte, Valenzuela y Avendaño¹⁹, en base a un instrumento diseñado por los propios autores, en una muestra de 241 adolescentes de 16 a 19 años del área norte de Santiago, mostró que se habían registrado síntomas o signos frecuentes de depresión en un 14,7% de los adolescentes del grupo, y ocasionales en un 59% de ellos, con incidencia significativamente mayor entre las niñas (20% vs 9,7%). En 1997, Cumsille y Martínez¹⁴, realizaron un estudio de sintomatología depresiva en una muestra constituida por 376 adolescentes, de 14 a 19 años, alumnos de dos liceos técnico-profesionales del área sur de la Región Metropolitana de Santiago. En él utilizaron una versión modificada del Inventario de Depresión de Beck de 19 ítems (y no la habitual de 21 ítems). Los investigadores encontraron un alto puntaje promedio para síntomas depresivos en el conjunto de la muestra (15,6), y diferencias entre los y las adolescentes (14,0 y 16,9, respectivamente, $p < 0,05$). Un 44% de la muestra presentaba síntomas depresivos reconocibles.

En la región del Bío-Bío se han realizado tres estudios de prevalencia de sintomatología depresiva. En los tres se ha empleado el BDI, en su versión de 1961²⁰. Uno de estos estudios se realizó con escolares de enseñanza media de la ciudad de Concepción¹⁵, y dos en comunas con altos porcentajes de ruralidad –Florida y Santa Juana-^{16,17}. En los tres se emplearon los punto de corte y categorías sugeridas en la primera versión del cuestionario de Beck²⁰, las cuales distinguen entre (a) no presencia de depresión, (b) sintomatología depresiva leve, (c) sintomatología depresiva leve a moderada (d) sintomatología depresiva moderada a severa y (e) sintomatología depresiva severa. Las cifras de prevalencia de síndrome depresivo obtenidas en estos estudios son 32,9%, 36,2% y 37% respectivamente (esta prevalencia de síndrome depresivo se obtiene al utilizar como punto corte 16 puntos, que se constituyó en el punto de corte recomendado para el BDI²¹⁻²³; con este criterio los puntajes entre 0 y 9 son

considerados como “sin síntomas”, y entre “10 y 15” como síntomas leves no considerables como síndrome depresivo).

Los resultados de todos estos estudios indican una frecuencia elevada de sintomatología depresiva en adolescentes chilenos, claramente más alta que la observada con el mismo instrumento y muestras equivalentes en otros países. Sanz et al.²³ comparan diversos estudios con el BDI en población universitaria en USA, Canadá, España, y las prevalencias que observan nunca superan el 14%. Olsson²⁴ también compara sus datos, obtenidos en Suecia, en población general adolescente, con los de países como USA y Canadá, y en todos los estudios que revisa los promedios de síntomas son inferiores a un 10,3, y las prevalencias de síndrome depresivo (con el ya indicado puntaje de corte de 16) son inferiores a 16%, con sólo una excepción²⁴. Un estudio reciente de Gorenstein²⁵ es particularmente interesante, porque corresponde a una muestra de adolescentes de 13 a 17 años de una país con mayor cercanía sociocultural a Chile como Brasil (aunque la muestra sobrerrepresenta a los colegios privados respecto a los públicos), y también obtiene en el BDI puntajes de síntomas depresivos más bajos que los estudios chilenos (prevalencia total, con puntaje de corte de 16, de 16,3%). Sólo un estudio chileno ha obtenido prevalencias equivalentes a otros países, pero se trata de una muestra de 363 alumnos de dos colegios privados del sector oriente de Santiago (edades entre 12 a 18 años), donde se observaron síntomas depresivos en un 13,18% de los estudiantes (además, el puntaje corte empleado fue de 17 y no el habitual de 16)¹⁸.

El objetivo de la presente investigación fue realizar una estimación de la prevalencia de sintomatología tanto depresiva como ansiosa en una muestra representativa de adolescentes estudiantes de enseñanza media de la comuna de Concepción, empleando la versión actual del BDI¹⁸.

Material y Método

Se realizó un muestreo estratificado. Para ello, se procedió primeramente a clasificar todos

los establecimientos de la comuna según su grupo socioeconómico y su tamaño. Para la variable “grupo socioeconómico”, se empleó como base la categorización realizada por el Ministerio de Educación para comparar los resultados obtenidos en el SIMCE. Esta categorización surge de criterios como los años promedio de escolaridad de los padres y madres, ingreso familiar e Índice de Vulnerabilidad Escolar del establecimiento (IVE), calculado anualmente por la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB). La categorización propuesta por el Ministerio de Educación contempla los siguientes cinco grupos: Bajo (grupo A), Medio Bajo (grupo B), Medio (grupo C), Medio Alto (grupo D) y Alto (grupo E). Para esta investigación, los grupos antes señalados se reagruparon en cuatro: grupo A y B, grupo C, grupo D y grupo E. La muestra fue estratificada considerando además del nivel socioeconómico, el tamaño de los establecimientos, la dependencia (municipal, particular subvencionada y particulares no subvencionada), el tipo de educación media impartida (científico-humanista y técnico-profesional-comercial, industrial y técnica). En cuanto al “tamaño”, los diferentes establecimientos educacionales se agruparon en grandes, medianos y pequeños, a partir de los cortes naturales que se generaban al considerar la totalidad de alumnos matriculados en enseñanza media. El tamaño muestral se estimó sobre la base de evaluar al menos el 5% del universo. Una vez satisfechos los criterios de estratificación, los establecimientos se seleccionaron combinando criterios de aleatoriedad con consideraciones prácticas de accesibilidad. Los cursos se seleccionaron procurando contar con una proporción homogénea de las edades y el sexo. De este modo, la muestra de participantes estuvo formada por 746 estudiantes de enseñanza media de ambos sexos, 374 mujeres y 372 hombres y con edades comprendidas entre 14 y 20 años (16,08 años promedio). Un 69% de los estudiantes de este grupo pertenecía a establecimientos educacionales de dependencia municipal, un 8% a establecimientos particulares y un 22,9% a establecimientos particulares subvencionados. Las cifras antes expuestas conservan la proporción de alumnos pertenecientes a establecimientos municipal-

zados, particulares pagados y particulares subvencionados que se presenta en la comuna.

Instrumentos

Inventario de Depresión de Beck- Segunda Versión²⁶:

El Inventario de Depresión de Beck Segunda Versión BDI-II, es uno de los instrumentos autoaplicados más utilizados internacionalmente en este momento para medir síntomas depresivos, existiendo mucha investigación que respalda sus propiedades psicométricas^{26,28}. Tiene importantes modificaciones respecto a las versiones anteriores del instrumento^{22,26}. En esta muestra su valor alfa observado fue de 0,9.

Inventario de Ansiedad de Beck BAI²⁷.

El BAI es un instrumento de autoinforme ampliamente utilizado a nivel internacional, con elevados índices de consistencia interna y capacidad para discriminar entre ansiedad patológica y normal^{27,29}. En esta muestra su valor alfa observado fue de 0,9.

Resultados

Las puntuaciones totales del BDI-II oscilaron entre 0 y 56, con una media igual a 16,2 y una desviación típica igual a 11. Las mayores puntuaciones se obtuvieron en aquellos ítems que aludían a: “Cambios en el patrón de sueño” (1,3), “Dificultad de Concentración” (1,2), “Autocríticas” (1,1) y “Cambios en el apetito” (1,1). Las menores puntuaciones se encontraron en los ítems que hacían referencia a: “Pérdida de interés por el sexo” (0,3), “Pensamientos o deseos de suicidio” (0,5) y “Sentimientos de fracaso” (0,6). En la tabla 1 se muestra la distribución porcentual de los ítems del BDI-II diferenciados por género.

Las puntuaciones totales del BAI oscilaron entre 0 y 56, con una media igual a 16 y una desviación típica igual a 11. Las mayores puntuaciones se obtuvieron en aquellos ítems que aludían a: “Nerviosismo” (1,4), “No me puedo relajar” (1,2) y “Sensación de calor” (1,2). Las menores puntuaciones se encontraron en los

Tabla 1. Distribución porcentual de los puntajes obtenidos por hombres y mujeres en cada ítem del BDI-II

Ítemes	Hombres (n = 367)					Mujeres (n = 370)				
	Nada	Levemente	Moderadamente	Severamente	Perdido	Nada	Levemente	Moderadamente	Severamente	Perdido
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
1. Tristeza	71,2	15,3	9,4	3,5	0,5	51,3	24,1	18,2	6,4	--
2. Pesimismo	62,1	21,2	11,3	4,6	0,8	46,5	30,5	12,6	10,2	0,3
3. Sentimiento de fracaso	65,6	26,3	6,2	1,6	0,3	51,1	31,3	14,4	2,4	0,8
4. Pérdida del placer	59,7	29,0	8,3	3,0	--	51,1	30,0	14,7	3,7	0,3
5. Sentimiento de culpa	43,8	48,7	3,2	4,0	0,3	40,4	48,1	5,3	6,1	--
6. Sentimiento de castigo	59,9	27,4	4,0	8,1	0,5	59,4	24,6	4,0	11,5	0,5
7. Insatisfacción con uno mismo	58,9	26,3	9,9	4,0	0,8	42,8	28,6	18,7	8,8	1,1
8. Auto-críticas	32,3	43,5	16,7	7,3	0,3	28,9	34,2	20,6	16,0	0,3
9. Pensamiento o deseos de suicidio	68,8	22,8	5,4	1,9	1,1	57,2	31,6	4,8	5,9	0,5
10. Llanto	77,7	8,1	1,3	11,6	1,3	40,4	16,3	15,0	27,8	0,5
11. Agitación	57,5	29,8	5,9	6,2	0,5	46,3	31,0	6,7	15,0	1,1
12. Pérdida de interés	52,7	31,5	7,5	6,2	2,2	39,8	36,6	9,9	12,3	1,3
13. Indecisión	55,4	32,3	6,7	4,8	0,8	37,2	38,5	10,2	14,2	--
14. Inutilidad	70,7	14,8	10,8	2,4	1,3	54,5	17,6	23,5	2,9	1,3
15. Pérdida de energía	43,0	40,9	12,6	1,9	1,6	29,4	43,3	22,5	4,0	0,8
16. Cambios en el patrón de sueño	29,3	39,5	18,0	11,8	1,3	23,3	36,6	19,0	20,0	0,8
17. Irritabilidad	64,2	24,5	4,0	5,9	1,3	46,8	34,0	9,1	9,1	1,1
18. Cambios en el apetito	38,4	37,1	11,6	11,8	1,1	29,9	35,6	12,6	21,4	0,5
19. Dificultad de concentración	34,7	34,4	25,5	3,0	2,4	18,7	35,8	39,3	5,9	0,3
20. Cansancio o fatiga	46,8	38,7	11,0	2,7	0,8	35,0	38,0	19,0	7,5	0,5
21. Pérdida del interés por el sexo	82,3	8,6	6,2	2,2	0,8	81,3	7,2	5,6	4,8	1,1

ítemes que hacían referencia a: “Sensación de desmayarse” (0,4), “Dificultad para respirar” (0,4) y “Sensación de ahogo” (0,5). En la tabla 2 se muestra la distribución porcentual de los ítemes del BAI, según género.

Al comparar los puntajes globales tanto en el BDI-II como en el BAI se observan puntajes más elevados en mujeres (tabla 3), diferencias que son también significativas en casi todos los ítemes de estos instrumentos.

En relación a los grupos etáricos (tabla 4), tanto en el BDI-II como en el BAI las diferencias de medias entre el grupo de 14 a 16 años con las del 17 a 20, son estadísticamente significativas, mostrando más sintomatología el grupo de mayor edad. En ambos grupos etáricos se observan diferencias de género en las puntuaciones tanto del BDI-II como del BAI ($p < 0,05$).

Respecto a la dependencia de los establecimientos (municipales, particulares, particulares subvencionados), no se observaron diferencias estadísticamente significativas en los puntajes ni del BDI-II ni del BAI (tabla 5).

Prevalencia de síndrome depresivo y ansioso

La estimación de la prevalencia de síndrome ansioso o depresivo depende del punto de corte que se establezca. Un estudio complementario a éste³⁰, encontró como puntaje óptimo para discriminar entre una muestra de adolescentes consultantes por sintomatología ansioso-depresiva en servicios de salud mental y una muestra de no consultantes, un puntaje de 21 para el BDI-II. Este puntaje mostró una sensibilidad de 72% y una especificidad de

Tabla 2. Distribución porcentual de los puntajes obtenidos por hombres y mujeres en cada ítem del BAI

Ítemes	Hombres (n = 368)					Mujeres (n = 367)				
	Nada	Levemente	Moderadamente	Severamente	Perdido	Nada	Levemente	Moderadamente	Severamente	Perdido
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
1. Hormigueo o adormecimiento	45,2	40,1	12,1	1,9	0,8	39,6	34,2	19,8	5,3	1,1
2. Sensación de calor	26,3	43,0	23,4	6,7	0,5	25,1	37,7	28,6	8,6	--
3. Debilidad o temblor en las piernas	59,9	27,2	9,7	2,4	0,8	49,2	24,6	16,3	8,6	1,3
4. No me puedo relajar	35,8	33,1	21,2	8,3	1,6	22,2	29,1	29,4	17,1	2,1
5. Miedo a que pase lo peor	47,8	25,0	18,0	8,6	0,5	36,6	22,7	20,1	20,1	0,5
6. Mareos o vértigos	77,2	13,4	6,2	2,4	0,8	54,8	25,1	11,5	7,8	0,8
7. El corazón me salta o me late muy rápido	49,5	30,6	15,6	3,2	1,1	44,1	25,9	20,1	9,6	0,3
8. Sensación de inestabilidad	56,5	30,6	9,1	2,7	1,1	40,1	30,5	19,3	8,3	1,9
9. Sensación de estar aterrizado	75,3	18,3	4,8	0,8	0,8	58,6	22,5	12,8	5,6	0,5
10. Nerviosismo	28,8	37,4	23,9	9,1	1,3	13,4	30,5	34,0	21,7	0,5
11. Sensación de ahogo	75,5	17,7	3,8	2,2	0,8	62,3	15,8	13,9	7,5	0,5
12. Temblor de manos	65,3	23,9	7,5	2,7	0,5	54,8	23,5	12,6	8,6	--
13. Estar tembloroso	65,9	25,5	6,7	0,5	1,3	55,3	24,9	11,2	7,2	1,3
14. Miedo a perder el control	68,8	18,3	8,3	4,0	0,5	64,7	15,0	10,7	8,3	1,3
15. Dificultad para respirar	74,2	15,9	6,5	2,2	1,3	69,5	16,8	8,3	4,0	1,3
16. Miedo a morir	75,3	12,6	5,4	5,9	0,8	66,6	13,6	9,4	9,6	0,8
17. Estar asustado	53,5	36,0	7,3	1,1	2,2	36,9	34,0	19,0	8,3	1,9
18. Indigestión o molestias estomacales	54,8	25,8	14,0	4,3	1,1	38,5	25,9	17,9	15,8	1,9
19. Sensación de desmayarse	83,3	11,0	4,0	1,1	0,5	68,2	15,5	10,4	4,0	1,9
20. Sonrojarse	41,7	34,4	16,1	6,5	1,3	24,1	30,2	23,8	20,1	1,9
21. Transpiración (no por el calor)	51,3	29,6	12,6	5,6	0,8	50,5	24,6	13,9	10,7	--

66% en esta muestra; al utilizar en esta muestra el puntaje de 19 propuesto por Beck et al.²⁶, la sensibilidad obtenida es de 72% y la especificidad de 69%. Si se tiene presente que

las limitaciones de cobertura no hacen de la consulta un criterio óptimo de discriminación entre presencia y no presencia de un síndrome depresivo, y que las diferencias de rendimiento

Tabla 3. Puntajes BDI-II y BAI en hombres y mujeres

	Sexo	n	Media ^a	Desviación típ.
BDI-II	Hombre	367	13,2	9,0
	Mujer	370	19,2	11,6
BAI	Hombre	368	12,8	8,2
	Mujer	367	19,1	11,7

^a Las diferencias de medias entre hombres y mujeres tanto en el BAI como BDI son estadísticamente significativas con $p < 0,001$.

Tabla 4. Puntajes BDI-II y BAI en adolescentes entre 13-16 años y entre 17-20

	Edad	n	Media ^a	Desviación típ.
BDI-II	13-16	432	15,6	10,7
	17-20	305	17,1	10,9
BAI	13-16	431	15,0	9,9
	17-20	304	17,3	11,4

^a Las diferencias de medias entre el grupo de 13 a 16 años con las del 17 a 20, son, tanto en el BAI como BDI, estadísticamente significativas con $p < 0,01$ (BAI) y $p < 0,05$ (BDI-II).

Tabla 5. Promedios de los puntajes totales del BDI-II y BAI obtenidos por los diferentes establecimientos educacionales

Establecimientos	BDI-II			BAI	
	N	M	DT	M	DT
Municipalizados	508	16,9	11,2	15,7	10,7
Particulares subvencionados	169	14,8	9,9	16,7	10,5
Particular	60	14,7	9,0	15,6	10,5

en sensibilidad y especificidad son marginales entre ambos puntos de corte, parece razonable conservar el valor sugerido por Beck, lo que además facilita la comparación con estudios en otros países. Por razones análogas, respecto del BAI también se optó por utilizar el puntaje de corte de 16 propuesto por Beck et al²⁷.

De acuerdo a estos criterios, un 32,6% de los adolescentes de la muestra presenta sintomatología depresiva, (moderada o severa), y un 42,3% sintomatología ansiosa moderada o severa.

Discusión

Las puntuaciones promedio del BDI-II obtenidas en este estudio en adolescentes de 13 a 19 años (media= 16,2, ds=11) son más altas que las obtenidas en otros países, indicando que nuestros adolescentes informan experimentar comparativamente más sintomatología depresiva. El promedio en diferentes estudios internacionales con muestras de adolescentes y jóvenes, oscila entre 9,2 y 10,3^{23,25,31}. Si bien la comparación se dificulta porque, a diferencia de la muestra de este estudio, las investigaciones internacionales corresponden a estudiantes universitarios, debe tenerse presente que la mayor edad que ello implica está asociada habitualmente a una mayor presencia de síntomas y no a una disminución. Este estudio también corrobora eso, mostrando que el grupo de 15 a 17 años informa más síntomas que el de 13 a 15 años.

Este mayor puntaje también se observa en relación a la ansiedad evaluada por el BAI. Las

investigaciones internacionales (con estudiantes universitarios también en su mayoría) muestran valores en un rango de 8,4 y 13,1 puntos, y en este estudio se observó un promedio de 16 puntos (ds = 11)³²⁻³⁵.

Estos resultados son equivalentes a los obtenidos en las investigaciones previas realizadas en Chile con la versión anterior del Inventario de Depresión de Beck, que también mostraban valores más altos que los estudios internacionales con ese instrumento.

Debe tenerse presente que consistentemente se ha mostrado que el puntaje total del actual BDI-II es 2 ó 3 puntos más altos respecto del BDI (por lo que el puntaje de corte sugerido por Beck et al, para el BDI-II^{23,26} es de 19, que es el puntaje equivalente a 16 del BDI). Haciendo estas equivalencias entre el BDI-II y el BDI, los resultados obtenidos en el presente estudio son prácticamente iguales a los que encontró Salvo et al en 1995¹⁵, también una muestra representativa de los estudiantes de enseñanza media de la comuna de Concepción, indicando que la prevalencia de síndrome depresivo se ha mantenido estable en la última década.

Si bien es una buena noticia que no existan indicios de un aumento de este síndrome, no deja de ser preocupante esta significativa presencia de malestar afectivo en nuestros adolescentes, más aun cuando diversas investigaciones han mostrado que tanto los síntomas depresivos subumbrales como los que configuran trastornos del estado de ánimo propiamente tienen consecuencias relevantes³⁶.

Respecto de los valores obtenidos con el BAI no es posible hacer comparaciones, porque no existen estudios previos en nuestra realidad. Los altos valores obtenidos indican una presencia notoria de sintomatología ansiosa en nuestros adolescentes que obliga a poner atención en ella. Entre otras consideraciones, se ha mostrado que niveles incrementados de ansiedad es uno de los factores de riesgo relevantes para el desarrollo de trastornos depresivos³⁷. Es necesario señalar que las múltiples formas de manifestación de la ansiedad hacen muy complejo el diseño de instrumentos que logren abarcar esa diversidad. Ilustrando esa dificultad, en esta investigación se empleó un instrumento como el BAI, que evalúa fundamental-

mente sintomatología ansiosa de tipo fisiológico, especialmente la relacionada con las crisis de angustia, y evalúa de manera sólo parcial y selectiva otras formas de manifestación ansiosa³⁵.

El aumento de la sintomatología depresiva y ansiosa en el subgrupo de 17-19 años respecto al de 14-16 es concordante con lo observado en investigaciones longitudinales^{6,7}. Lo que no es claro es en qué momento tiende a estabilizarse este aumento. En este estudio, por tratarse de estudiantes de enseñanza media, el grupo de alumnos con más de 19 años es muy pequeño para obtener conclusiones al respecto.

Las diferencias de género encontradas en la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa son concordantes con la mayoría de las investigaciones al respecto, que muestran que la sintomatología depresiva y ansiosa se presenta con mayor frecuencia en mujeres que en hombres, en particular, a partir de los 13-14 años^{38,39}. Las excepciones que se han observado a esta tendencia, especialmente con el uso del BDI y BDI-II han sido en muestras seleccionadas, como las de estudiantes universitarios²³.

Interesa destacar dos consideraciones finales. Por una parte, no es claro a qué atribuir las mayores tasas de síntomas emocionales que informan nuestros adolescentes. En estudios hechos en población adulta también Chile ha mostrado mayores tasas de sintomatología en comparación a otros países. Se requieren investigaciones transculturales para dilucidar si los factores explicativos de estas diferencias tienen relación con nuestro modo de organización social o con factores culturales que influyen en nuestra forma de percibir e informar de nuestras experiencias. Más allá de ese interesante ejercicio intelectual, las evidencias son claras respecto de la importancia de fortalecer estrategias destinadas a mejorar el nivel de bienestar emocional de nuestros adolescentes⁴⁰.

Referencias

- 1.- *Goldberg D, Huxley P*: Common mental disorders: A biosocial model. London: Routledge, 1992.
- 2.- *Costello EJ, Angold A*: Developmental epidemiology. En Cichetti D., Cohen D. (Eds.) *Developmental Psychopathology* New Jersey: Wiley and Sons 2006; 1: 41-75.
- 3.- *Harrington RC*: Affective disorders. En Rutter M., Taylor E. (Eds.) *Child and Adolescent Psychiatry* (4ª ed.), Oxford: Blackwell Publishing Science 2002; 463-85.
- 4.- *Achenbach TM, Dumenci L, Rescorla LA*: Are American children's problems still getting worse? A 23-year comparison. *J Abnorm Child Psychol* 2003; 31: 1-11.
- 5.- *Fombonne E.*: Increased rates of psychosocial disorders in youth european. *Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1998; 248: 14-21.
- 6.- *Hankin B, Abramson L, Moffitt T, Silva P, McGee R, Angell K*: Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *J Abnorm Psychol* 1998; 107: 128-40.
- 7.- *Wade T, Cairney J, Pevalin D*: Emergence of gender differences in depression during adolescence: National panel results from three countries. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41: 190-8.
- 8.- *Klein R, Pine D*: Anxiety Disorders. En Rutter M., Taylor E. (Eds.) *Child and Adolescent Psychiatry* (4ª ed.), Oxford: Blackwell Publishing Science 2002; 486-509.
- 9.- *Canino G, Shrout P, Rubio-Stipec M, et al*: The DSM-IV rates of child and adolescents disorders in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 85-93.
- 10.- *Stewart SM, Lewinsohn PM, Lee PWH, et al*: Symptom patterns in depression and "subthreshold" depression among adolescents in Hong Kong and the united states. *J Cross Cultural Psychol* 2002; 33: 559-76.
- 11.- *Lewinsohn P, Gotlib I, Lewinsohn M, Seeley JR, Allen NB*: Gender differences in anxiety disorders and anxiety symptoms in adolescent. *J Abnorm Child Psychol* 1998; 107: 109-17.
- 12.- *Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G*: Common mental health disorders in Santiago, Chile: Prevalence and socio-demographic correlates. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 228-33.
- 13.- *Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Baker C, Torres S*: Population prevalence of psychiatric disorders in Chile: 6-month and 1-month rates. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 299-305.
- 14.- *Cumsille P, Martínez M*: Síntomas de depresión en estudiantes de enseñanza media de Santiago. *Rev Chil Pediatr* 1997; 68: 74-7.
- 15.- *Salvo L*: Ideación e intento de suicidio en adolescentes de enseñanza media en la comuna de Concepción. Tesis para optar a la especialización en psiquiatría. Universidad de Concepción, Concepción, 1995.
- 16.- *Valdivia M*: Factores de riesgo asociados a intento de suicidio en adolescentes en una comuna rural de la provincia de Concepción. Procedente del XXII Congreso Anual Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia; 25, 26 y 27 de Noviembre de 2004; Concepción, Chile.
- 17.- *Valdivia M, Silva D, San Martín L, Flores M, Torres S*: Factores de riesgo asociados a intento de suicidio adolescente en la comuna de Santa Juana. Procedente del

- XXIV Congreso Psiquiatría y Neurología del Niño y del Adolescente; 12, 13 y 14 de Octubre de 2006; Viña del Mar, Chile.
- 18.- *Gellona J, Zorraonandia A, Muñoz R, Flores M*: Prevalencia de síntomas depresivos en escolares adolescentes del sector oriente de Santiago. *Rev Psiquiatr Salud Ment* 2005; XXII 1-2: 93-9.
 - 19.- *Sepúlveda G, Almonte C, Valenzuela C, Avendaño A*: Estilos de socialización de los padres y desarrollo psicosocial en adolescentes de 16 a 19 años. *Rev Chil Pediatr* 1991; 62: 396-403.
 - 20.- *Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J*: An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 561-71.
 - 21.- *Barrera M Jr, Garriosn-Jones CV*: Properties of the Beck Depression Inventory as a screening instrument for adolescent depression. *J Abnorm Child Psychol* 1988;16: 263-73.
 - 22.- *Kendall PC, Hollon SD, Beck AT, Hammen CI, Ingram RE*: Issues and recommendations regarding the use of the Beck Depression Inventory. *Cog Therapy Res* 1987; 11: 289-99.
 - 23.- *Sanz J, Navarro ME, Vázquez C*: Adaptación española del inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Anal Modif Conduc* 2003; 29: 239-88.
 - 24.- *Olsson G, von Knorring AL*: Beck's Depression Inventory as a screening instrument for adolescent depression in Sweden: Gender differences. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95: 277-82.
 - 25.- *Gorenstein C, Andrade L, Zanolo E, Artes R*: Expression of depressive symptoms in a nonclinical Brazilian adolescent sample. *Can J Psychiatry* 2005; 50: 129-36.
 - 26.- *Beck AT, Steer RA, Brown GK*: BDI-II. Beck depression Inventory-Second Edition. Manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation. 1996.
 - 27.- *Beck A, Steer R*: Beck Anxiety Inventory. Psychological Corporation: San Antonio, 1993.
 - 28.- *Dozois D, Dobson K, Ahnberg J*: A psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II. *Psychol Assess* 1998; 10: 83-9.
 - 29.- *Beck A, Epstein N, Brown G, Steer RA*: An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56: 893-7.
 - 30.- *Cova F, Melipillán R, Rincón P, Valdivia M*: Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión BDI-II en adolescentes chilenos (en preparación). FALTA AÑO
 - 31.- *Coelho R, Martins A, Barros H*: Clinical profiles relating gender and depressive symptoms among adolescents ascertained by the Beck Depression Inventory II. *Eur Psychiatry* 2002; 17: 222-6.
 - 32.- *Lovinbond PF, Lovinbond SH*: The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther* 1995; 33, 335-43.
 - 33.- *Craemer M, Foran J, Bell R*: The Beck Anxiety Inventory in a non clinical sample. *Behav Res Ther* 1995; 33: 477-85.
 - 34.- *Nitschkle JB, Heller W, Imig JC, McDonald RP, Miller GA*: Distinguishing dimensions of anxiety and depression. *Cog Therapy Res* 2001; 25: 1-22.
 - 35.- *Sanz J, Navarro ME*: Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario para la Ansiedad de Beck-II (BAII). *Ansiedad y Estrés* 2003; 9: 239-88.
 - 36.- *Angold A, Costello EJ, Farmer EMZ, Burns BJ, Erkanli A*: Impaired but undiagnosed. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38: 129-37.
 - 37.- *Breslau N, Schultz L, Peterson E*: Sex differences in depression. A role for preexisting anxiety. *Psychiatr Res* 1995; 58: 1-12.
 - 38.- *Cova F*: Una perspectiva evolutiva de las diferencias de género en la presencia de trastornos depresivos. *Terapia Psicológica* 2005; 1: 49-57.
 - 39.- *Zahn-Waxler C, Crik N, Shirtcliff, Woods E*: The origin and development of psychopathology in females and males. En Cichetti D., Cohen D. (Eds.) *Developmental Psychopathology*, New Jersey: Wiley and Sons 2006; 1: 76-138.
 - 40.- *Cova F, Aburto B, Sepúlveda MJ, Silva M*: Potencialidades y obstáculos de la prevención de la depresión en niños y adolescentes. *Revista Psykhe* 2006; 15: 57-65.