

Suma Psicológica, Vol. 17 N° 1
Junio 2010, 59-68
ISSN 0121-4381
ISSN-E 2145-9797

FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES ASOCIADOS A TRASTORNOS MENTALES PSYCHOSOCIAL AND ENVIRONMENTAL RISK FACTORS ASSOCIATED WITH MENTAL DISORDERS

Nora H. Londoño*, **Carlos A. Marín** (*Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia*),
Fernando Juárez (*Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia*),
Jorge Palacio (*Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia*),
Oscar Muñiz, Blanca Escobar e Isabel Herrón
(*Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia*),
Diana Agudelo (*Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga, Colombia*),
Mariantonia Lemos y Beatriz E. Toro (*Universidad CES, Medellín, Colombia*),
Nohora L. Ochoa (*Universidad de San Buenaventura, Cartagena, Colombia*),
Maria Hortensia Hurtado (*Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia*),
Yvonne Gómez (*Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia*),
Ana Fernanda Uribe y Alba Luz Rojas (*Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia*),
Mónica Liliana Pinilla (*Universidad Cooperativa de Colombia, Barrancabermeja, Colombia*),
Diana Villa-Roel (*Universidad de Santander UDES, Santander, Colombia*),
Martha Juliana Villegas, Ana Lucía Arango y Paula Andrea Restrepo
(*Universidad Católica Popular de Risaralda, Pereira, Colombia*),
Isabel Cristina López (*Universidad de Manizales, Manizales, Colombia*),

RESUMEN

Recibido: Junio 21 2010

Aceptado: Julio 21 2010

Palabras clave: salud mental, problemas psicosociales y ambientales, depresión, ansiedad generalizada, pánico, fobia social.

En Colombia, son escasos los estudios sobre la asociación de los factores psicosociales y medioambientales con trastornos mentales de mayor prevalencia; tales estudios son necesarios debido al contexto de violencia, inseguridad social e inestabilidad laboral y económica del país. El objetivo de este estudio fue identificar los factores de riesgo psicosociales y ambientales de los trastornos mentales, en los usuarios de servicios de psicología de Colombia. Para ello, se aplicaron el Mini International Neuropsychiatric Interview y un cuestionario de evaluación del Eje IV del DSM-IV-TR, a 490 participantes. Se utilizaron análisis descriptivos y de factores de riesgo. Como factor de riesgo para la depresión, se identificaron los problemas de vivienda, acceso a los servicios de asistencia sanitaria, los relativos al grupo primario, los económicos, del ambiente social y los problemas laborales. Para la ansiedad generalizada se identificaron los problemas económicos y los relativos a la enseñanza. Para los trastornos de pánico, fueron relevantes los problemas relacionados con el ambiente social, y para la fobia social, los problemas de enseñanza, los laborales y el ambiente social.

* Correspondencia: Nora H. Londoño A. Cra 56C # 51-90. Universidad de San Buenaventura – Medellín. Correo electrónico: nora.londono@usbmed.edu.co; nora_londono@yahoo.es

ABSTRACT

Keywords: *mental health, psychosocial and environmental problems, depression, generalized anxiety, panic, social phobia.*

In Colombia, there are few studies on the association of psychosocial and environmental factors with the most prevalent mental disorders; such studies are important due to the context of violence, social insecurity, and job and economic instability in the country. The objective of this study was to identify the psychosocial and environmental risk factors for mental disorders, in users of psychological services in Colombia. The Mini International Neuropsychiatric Interview and a Questionnaire to evaluate the Axis-IV of the DSM-IV-TR were applied to 490 participants. The analysis comprised descriptive statistics and risk factors. As risk factors for depression, there were identified housing problems, access to health care services, problems related to the primary group, economics, problems of the social environment, and labor. For generalized anxiety, there were identified economic and education issues. For panic disorders, the risk factors were related to social environment, and for social phobia, the risk factors were problems in education, work and social environment.

Se ha comprobado que los trastornos mentales de mayor prevalencia son los del estado de ánimo depresivo y los de ansiedad; la depresión se ha reportado con porcentajes del 10 al 25% para las mujeres y del 5 al 12% para los hombres, y la ansiedad con porcentajes del 3 al 5% de la población general a lo largo de la vida (American Psychiatric Association, [APA], 2002). En Colombia, en el Estudio Nacional de Salud Mental realizado con una muestra de 2,100 participantes por Torres y Montoya (1997), se reportaron cifras inferiores para la depresión mayor: del 5 al 9% para la población femenina y del 2 al 3% para la población masculina. En un estudio posterior realizado en 2003, se reportó que el 14.9% de la población femenina y el 8.6% de la masculina habían presentado un episodio depresivo a lo largo de la vida (Ministerio de Protección Social, 2003).

En Europa, el estudio realizado por Alonso et al. (2004b) en Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Holanda y España, con una muestra representativa y aleatoria de 21,425 habitantes, con edades de 18 años o mayores, y entrevistados entre enero de 2001 y agosto de 2003, se reportaron dos trastornos mentales como los más comunes: la depresión mayor y la fobia específica. Además, se identificó que el 14% de los participantes había presentado trastornos emocionales, y el 13.6% trastorno de ansiedad.

Las mujeres fueron doblemente más propensas a sufrir trastornos de ansiedad y trastornos emocionales al compararlas con los hombres, mientras que los hombres fueron más propensos a sufrir trastornos de abuso de alcohol; el 5.2% reportó historia de algún trastorno de abuso de alcohol. En otro estudio llevado a cabo por los mismos autores (Alonso et al., 2004a) con 580 sujetos adultos, se encontraron altas asociaciones entre las subcategorías diagnósticas de los trastornos de ansiedad. Los factores asociados para comorbilidad de trastornos emocionales y de ansiedad fueron el género femenino, la menor edad, el nivel educativo más bajo, el nivel de urbanidad más alto, no vivir con un compañero y el desempleo. Únicamente las personas menores estaban en un riesgo más alto de comorbilidad de trastorno por el abuso de alcohol.

Se ha señalado que la prevalencia y aparición de las alteraciones de salud mental son el resultado de múltiples factores sociales, culturales, económicos y ambientales. Varias investigaciones han identificado factores de riesgo para los desajustes emocionales y mentales, y dentro de éstas cobra importancia el estudio de los estresores (Giráldez, 2003; Serrano, 2008). A través de la exploración del eje IV propuesto por la American Psychiatric Association (2002) en la evaluación multiaxial, se pueden iden-

tificar estresores psicosociales y ambientales como: problemas relativos al grupo primario, al ambiente social, educativo, laboral, legales, y de acceso a los servicios de salud, entre otros.

La asociación entre estresores psicosociales y ambientales con los trastornos psicopatológicos ha sido referida en varios estudios, siendo el grupo primario el de mayor importancia (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1983; Beckham & Leber, 1997; Clark, Beck & Alford, 1999; Dobson & Kendall, 1993). La depresión se ha relacionado con problemas familiares, especialmente con problemas de pareja (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995; Latorre, Contreras Pezzotti, García Rueda & Arteaga Medina, 2006; Rueda, Díaz & Rueda, 2008). En Colombia, se ha analizado la influencia de conflictos con el grupo primario en la infancia, además de la ausencia de cobertura en salud y la economía insuficiente, en los trastornos mentales (Urrego, 2007). Por su parte, Gaborit (2006), en su revisión sobre desastres y trauma psicológico, indicó que además de las reacciones de ajuste inmediatas a la causación del evento traumático, cerca del 23% de las personas expuestas a eventos de trauma desarrollan a mediano y a largo plazo trastornos de estrés postraumático, siendo mayor el riesgo cuando hay antecedentes de disfunciones familiares, ausencia de apoyo social u otros factores socio-ambientales. En los estudios de Alejo (2005) y Aristizábal y Palacio (2003), se indicó que haber experimentado violencia previa en la vida, aumenta el riesgo de trastornos y síntomas de depresión, duelo, frustración e ira, ante la presencia de importantes estresores ambientales, dentro de los cuales se menciona el desplazamiento forzado. Además, los problemas de salud han mostrado relación significativa con los sucesos estresantes y el ánimo depresivo; las mujeres presentan una mayor ocurrencia de problemas de salud, impacto de los sucesos estresantes y ánimo depresivo (Barra, Cancino, Lagos, Leal & San Martín, 2005).

De otra parte, el maltrato en sus formas de violencia física, sexual y psicológica, la negligencia y el abandono, han sido ampliamente reconocidos como factores de riesgo en el con-

sumo de drogas. La disfunción familiar, caracterizada por patrones negativos de educación y crianza, actitud negativa hacia la familia, sistema familiar en crisis, se ha asociado con los primeros consumos en los adolescentes, y con el abuso de alcohol y otras drogas (Cáceres, Salazar, Varela & Tovar, 2006). El estudio de Vázquez y Blanco (2008) con estudiantes universitarios en España refirió altos índices de depresión mayor (8.7%), y en un estudio previo, Arco, López, Heilborn y Fernández (2005), señalaron el impacto de la disfunción familiar en la depresión de estudiantes universitarios.

Otro de los estresores de gran importancia es el relacionado con el grupo social. La influencia del grupo ha sido de gran interés en el momento de comprender los problemas del adolescente y de los jóvenes. La aprobación de otros, la competitividad y el desempeño académico se han identificado como factores de vulnerabilidad a síntomas depresivos (Rueda et al., 2008; Sargent, Crocker & Luhtanen, 2006). También se ha señalado la influencia de grupo social en el embarazo de adolescentes, el consumo de drogas, la depresión y el intento de suicidio, la fobia social y los problemas de la conducta alimentaria (Santana, Verdeja, Ovies & Fleitas, 2006). Por otro lado, el apoyo social, la competencia y las redes sociales son variables importantes para predecir los niveles de autoestima y depresión (Williams & Galliher, 2006).

La depresión también ha sido asociada con fracaso académico, y se han identificado síntomas depresivos de importancia clínica en un 39.5% de los individuos evaluados y una asociación significativa con rendimiento académico (Campo et al., 2005). En Colombia, el estudio de Arrivillaga, Cortés, Goicochea y Lozano (2004) identificó la asociación entre depresión y dificultades académicas, inestabilidad económica y separación de los padres en estudiantes universitarios. Estos datos se confirman en los estudios de Agudelo, Casadiegos y Sánchez (2008, 2009) con estudiantes de Psicología.

Los antecedentes investigativos identifican la importancia de estudiar los estresores como factores asociados con trastornos mentales. Sin

embargo, son escasos los estudios referentes a la asociación de cada uno de los factores psicosociales y medioambientales con trastornos mentales de mayor prevalencia. En Colombia, es importante tener en cuenta todos los factores psicosociales y ambientales debido al contexto de violencia, inseguridad social e inestabilidad laboral y económica, entre otros, aunque no reciben la atención que se merecen, como manifiestan De Santacruz, Chams y Fernández de Soto (2006) en su estudio de revisión sobre investigaciones en Colombia relacionadas con la vinculación ente factores psicosociales y de violencia con trastornos mentales.

Así, la presente investigación tuvo como propósito identificar los trastornos mentales de mayor prevalencia en la población que consulta en diferentes centros de asistencia psicológica (consultorios psicológicos y Bienestar Universitario) y cada uno de los factores de riesgo asociados, de acuerdo con los indicados por la

American Psychiatric Association (2002) en el eje IV.

MÉTODO

Participantes

En el estudio participaron 490 usuarios de servicios psicológicos de varias universidades de Colombia, 181 (36.9%) hombres y 309 (63.1%) mujeres con edad media 24.8 (*DE.* 9.6). De los participantes, el 51% de los usuarios fue de los consultorios psicológicos y el 49% de los servicios psicológicos ofrecidos a través de Bienestar Institucional. La muestra estuvo distribuida en algunas regiones de Colombia (región Andina 78%, Santanderes 11.8%, costa Pacífica 5.1% y costa Atlántica 4.7%); la distribución con relación al sexo, estado civil, estrato social y ocupación, se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1

Estadísticas descriptivas de las variables sociodemográficas de 490 usuarios de servicios psicológicos de varias universidades de Colombia

| | Frecuencia | % |
|------------------------|------------|------|
| Sexo | | |
| Hombre | 181 | 36.9 |
| Mujer | 309 | 63.1 |
| Estado civil | | |
| Soltero | 405 | 82.7 |
| Casado | 72 | 14.7 |
| Separado | 13 | 2.7 |
| Estrato socioeconómico | | |
| (Bajo) 1-2 | 92 | 18.8 |
| (Medio) 3-4 | 293 | 59.8 |
| (Alto) 5-6 | 93 | 19.5 |
| Ocupación | | |
| Actualmente no laboran | 24 | 4.9 |
| Estudiantes | 344 | 70.2 |
| Laboralmente activos | 122 | 24.9 |

Instrumentos

Entrevista estructurada Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI; Sheehan & Lecrubier, 1999). Evalúa los siguientes trastornos mentales:

1. Episodio depresivo mayor: alteración del humor, con una descripción de episodios afectivos.
2. Trastorno distímico: estado de ánimo crónicamente depresivo.
3. Riesgo de suicidio: ha planeado cómo suicidarse o ha intentado suicidarse.
4. Episodio (hipo) maniaco: estados de exaltación y euforia, o estados de irritabilidad
5. Trastorno de angustia: crisis o ataques en los cuales se sintió súbitamente ansioso, asustado, incómodo.
6. Agorafobia: se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación.
7. Fobia social: se caracteriza por un miedo persistente y acusado a situaciones sociales.
8. Trastorno obsesivo-compulsivo: presencia de obsesiones o compulsiones de carácter recurrente.
9. Estado por estrés postraumático: temor intenso, terror o impotencia y persistencia de los síntomas.
10. Abuso y dependencia de alcohol: patrón de repetida auto-administración que a menudo lleva a la tolerancia.
11. Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas: tolerancia e ingestión compulsiva.
12. Trastornos psicóticos: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado.
13. Anorexia nerviosa: rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal.
14. Bulimia nerviosa: atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso.
15. Trastorno de ansiedad generalizada: ansiedad y preocupación excesiva.

En el estudio de validez realizado con 636 participantes (Estados Unidos $n=330$; Francia

$n=306$) en relación con las entrevistas SCID (U.S.) y el CIDI (Francia) del DSM-III-R y el ICD-10 respectivamente, se identificaron niveles apropiados de especificidad y sensibilidad para cada una de las escalas (Sheehan et al., 1998).

Cuestionario del Eje IV del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002). Evalúa los siguientes problemas psicosociales y ambientales:

1. Problemas relativos al grupo primario de apoyo: fallecimiento de un miembro de la familia, problemas de salud en la familia, perturbación familiar por separación, divorcio o abandono, cambio de hogar, nuevo matrimonio de uno de los padres, abuso sexual o físico, sobreprotección de los padres, abandono del niño, disciplina inadecuada, conflictos con los hermanos, nacimiento de un hermano.
2. Problemas relativos al ambiente social: fallecimiento o pérdida de un amigo, apoyo social inadecuado, vivir solo, dificultades para adaptarse a otra cultura, discriminación, adaptación a las transiciones propias de los ciclos vitales (tal como la jubilación).
3. Problemas relativos a la enseñanza: analfabetismo, problemas académicos, conflictos con el profesor o los compañeros de clase, ambiente escolar inadecuado.
4. Problemas laborales: desempleo, amenaza de pérdida de empleo, trabajo estresante, condiciones laborales difíciles, insatisfacción laboral, cambio de trabajo, conflicto con el jefe o los compañeros de trabajo.
5. Problemas de vivienda: falta de hogar, vivienda inadecuada, vecindario insalubre, conflictos de vecinos o propietarios.
6. Problemas económicos: pobreza extrema, economía insuficiente, ayudas socioeconómicas insuficientes.
7. Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria: servicios médicos inadecuados, falta de transportes a los servicios asistenciales, seguro médico inadecuado.
8. Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o con el crimen: arrestos, en-

carcelamiento, juicios, víctima de acto criminal.

9. Otros problemas psicosociales y ambientales: exposición a desastres, guerra u otras hostilidades, conflictos con cuidadores no familiares como consejeros, asistentes sociales, o médicos, ausencia de centros de servicios sociales.

Análisis de datos

Se calculó el nivel de prevalencia de los trastornos a través de estadísticos descriptivos, se establecieron los factores de riesgo psicosociales y ambientales (eje IV) a través del cálculo de la razón de disparidad (Odds Ratio [OR]), con su respectivo intervalo de confianza.

RESULTADOS

Análisis de prevalencia

La distribución de los trastornos mentales en la muestra de referencia alcanzó un 51.4%. Los trastornos de mayor prevalencia fueron el trastorno depresivo mayor (26.3%) y el trastorno de ansiedad generalizada (17.8%), seguidos por el trastorno de angustia (12.9%), fobia social (10.8%) y trastornos asociados al uso de sustancias no alcohólicas (6.5%). La Tabla 2 describe la distribución porcentual de las variables sociodemográficas y los trastornos de mayor prevalencia; los análisis mostraron diferencias de la prevalencia de los trastornos con relación al sexo en algunos trastornos, lo cual indica que los resultados deben tratarse con cuidado para el análisis de estas variables.

Tabla 2

Estado de salud mental de 490 usuarios de consulta externa en psicología de varias universidades de Colombia, de acuerdo con el sexo, el rango de edad, el estado civil, el estrato socioeconómico y el nivel académico

| | | Sin trastornos | Con trastornos | Depresión mayor actual | Ansiedad generalizada | T. de angustia | Fobia social |
|---------|-------------------|------------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | | <i>n</i> = 236 (48.6%) | <i>n</i> = 250 (51.4%) | <i>n</i> = 129 (26.3%) | <i>n</i> = 87 (17.8%) | <i>n</i> = 65 (12.9%) | <i>n</i> = 53 (10.8%) |
| Sexo | Hombre <i>n</i> % | 92 (39) | 88 (35.2) | 43 (33.3) | 31 (35.6) | 25 (38.5) | 22 (41.5) |
| | Mujer <i>n</i> % | 144 (61) | 162 (64.8) | 86 (66.6) | 56 (64.4) | 40 (61.5) | 31(58.5) |
| Estrato | Bajo <i>n</i> % | 43 (18.2) | 49 (19.6) | 22 (17.1) | 21 (24.1) | 15 (23.1) | 4 (7.5) |
| | Medio <i>n</i> % | 135 (57.2) | 156 (62.4) | 89 (69) | 44 (50.6) | 39 (60) | 35 (66) |
| | Alto <i>n</i> % | 55 (23.3) | 36 (14.1) | 15 (11.6) | 18 (20.7) | 9 (13.8) | 5 (9.4) |

La Tabla 3 presenta la distribución porcentual de las variables estado de salud mental y factores psicosociales y ambientales asociados. Como factores de riesgo para la depresión, se reportaron los problemas de vivienda, de acceso a los servicios de asistencia sanitaria, los relativos al grupo primario, problemas económicos, los relativos a ambiente social y los problemas laborales. Con relación a los trastornos de an-

siedad, para la ansiedad generalizada se identificaron como factores de riesgo los problemas económicos y los relativos a la enseñanza. Para los trastornos de angustia, al factor de riesgo solamente se asociaron los problemas relativos al ambiente social; para la fobia social, los factores de riesgo fueron los problemas relativos a la enseñanza, los laborales y los relativos al ambiente social.

Tabla 3

Distribución porcentual de la variable estado de salud mental y su prevalencia en relación con los factores psicosociales y ambientales

| Estresores psicosociales y ambientales | Depresión mayor actual n=129 | Ansiedad generalizada n=87 | Trastorno de angustia n=63 | Fobia social n=53 |
|---|---|---|--|---|
| | Frecuencia (%) | Frecuencia (%) | Frecuencia (%) | Frecuencia (%) |
| Problemas relativos al grupo primario | 82 (63.6)** RD 2.314 IC (1.532 – 3.511) | 45 (51.7) RD 1.177 IC (.741 – 1.872) | 33 (52.4) RD 1.202 IC (.708 – 2.042) | 27 (50.9) RD 1.123 IC (.635 – 1.986) |
| Problemas relativos al ambiente social | 51 (39.5)** RD 1.969 IC (1.286 – 3.014) | 30 (34.5) RD 1.386 IC (.846 – 2.267) | 26 (41.3)* RD 1.906 IC (1.105 – 3.289) | 25 (47.2)** RD 2.471 IC (1.384 – 4.411) |
| Problemas relativos a la enseñanza | 41 (31.8) RD .889 IC (.583 – 1.356) | 35 (40.2)* RD 1.815 IC (1.122 – 2.939) | 24 (38.1) RD 1.574 IC (.908 – 2.730) | 29 (54.7)** RD 3.383 IC (1.892 – 6.050) |
| Problemas laborales | 29 (22.5)** RD 1.723 IC (1.038 – 2.862) | 19 (21.8) RD 1.537 IC (.864 – 2.734) | 13 (20.6) RD 1.373 IC (.707 – 2.664) | 16 (30.2)** RD 2.475 IC (1.301 – 4.707) |
| Problemas de vivienda | 21 (16.3)** RD 3.500 IC (1.814 – 6.753) | 7 (8) RD 1.537 IC (0.864 – 2.734) | 4 (6.3) RD .736 IC (.253 – 2.144) | 1 (1.9) RD .196 IC (.026 – 1.459) |
| Problemas económicos | 24 (18.6)* RD 2.002 IC (1.154 – 3.500) | 19 (21.8)** RD 2.402 IC (1.317 – 4.379) | 9 (14.3) RD 1.202 IC (.464 – 2.512) | 7 (13.2) RD 1.079 IC (.464 – 2.512) |
| Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria | 13 (10.1)* RD 2.585 IC (1.195 – 5.594) | 5 (5.7) RD 1.007 IC (.372 – 2.728) | 2 (3.2) RD 506 IC (.117 – 2.184) | 4 (7.5) RD 1.405 IC (.468 – 4.217) |
| Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o con el crimen | 8 (6.2) RD 6.2 IC (.684 – 4.573) | 5 (5.7) RD 1.829 IC (.635 – 5.272) | 4 (6.3) RD 2.000 IC (.637 – 6.280) | 2 (3.8) RD 1.032 IC (.231 – 4.617) |
| Otros problemas psicosociales y ambientales | 12 (9.3)** RD 4.011 IC (1.649 – 9.761) | 5 (5.7) RD 1.475 IC (.525 – 4.140) | 5 (7.9) RD 2.214 IC (.782 – 6.272) | 4 (7.5) RD 2.017 IC (.652 – 6.235) |

* $p < .05$; ** $p < .01$; RD razón de disparidad; IC Intervalo de confianza.

DISCUSIÓN

Se ha evidenciado que los estresores son factores de riesgo para el origen o mantenimiento de los trastornos mentales, con repercusiones en la calidad de vida de las personas (Giráldez, 2003; Serrano, 2008; Urrego, 2007). La presente investigación estableció los niveles de prevalencia de los trastornos mentales de la población que consulta en los servicios de psicología ofrecidos en varias universidades de Colombia, e identificó los factores de riesgo asociados a los de mayor prevalencia.

A través de los resultados de esta investigación, se pudo precisar que los trastornos de mayor prevalencia fueron los del estado de ánimo depresivo, la ansiedad generalizada,

los trastornos por angustia, la fobia social y el abuso de sustancias psicoactivas. Los factores que más presencia tuvieron en dichos trastornos fueron los relativos al grupo de apoyo primario. Estos resultados han sido apoyados en otros estudios (Arrivillaga et al., 2004; Beck et al., 1983; Beckham & Leber, 1997; Clark et al., 1999; Dobson & Kendall, 1993; Kessler et al., 1995; Latorre et al., 2006; Rueda et al., 2008; Urrego, 2007). Los estresores relativos al grupo primario hacen referencia al fallecimiento de un miembro de la familia, problemas de salud en la familia, perturbación familiar por separación, divorcio o abandono, cambio de hogar, nuevo matrimonio de uno de los padres, abuso sexual o maltrato físico, sobreprotección de los padres, abandono del niño, disciplina in-

adecuada, conflictos con los hermanos y nacimiento de un hermano. Estos estresores se asociaron con la depresión, trastorno que a su vez fue el de mayor prevalencia especialmente en las mujeres.

De esta manera, la asociación de la depresión mayor con los problemas relativos al grupo primario, permite concluir que, en muchas ocasiones, son los problemas familiares los que generan en los jóvenes alteraciones en el estado de ánimo, tal como lo apoyan otras investigaciones (Arrivillaga et al., 2004; Cáceres et al., 2006; Torres, Osorio, López & Mejía, 2007). Los hallazgos de otras investigaciones sobre la cohesión familiar, las buenas relaciones con los padres y la convivencia con la familia nuclear, como factores protectores, son coherentes con los resultados de esta investigación (Torres et al., 2007). Las consecuencias favorables de este factor protector también impactan en otras áreas de desempeño como el rendimiento académico, referidas por diversos autores (Agudelo et al., 2008, 2009; Arco et al., 2005; Arrivillaga et al., 2004; Campo et al., 2005; Rueda et al., 2008).

Los problemas relativos al medio social mostraron asociación con la depresión, la fobia social y los trastornos de angustia. Este factor refiere acontecimientos como el fallecimiento o pérdida de un amigo, apoyo social inadecuado, vivir solo, dificultades para adaptarse a otra cultura, la discriminación, la adaptación a las transiciones propias de los ciclos vitales (tal como la jubilación). De manera similar, dicha asociación se ha encontrado en estudios como los de Sargent et al. (2006) y Williams y Galliher (2006). En Colombia, Alejo (2005) y Aristizábal y Palacio (2003), encontraron la misma asociación e insisten en el peso de factores relacionados con población inmersa en el conflicto. Esto además se relaciona con los datos que señalan que el apoyo social y la pertenencia a redes sociales pueden ser un factor de protección para la depresión (Williams & Galliher, 2006).

Los problemas relativos a la enseñanza se constituyeron en factor de riesgo para la fobia social y para la ansiedad generalizada. Este estresor hace referencia al analfabetismo, a los

problemas académicos, a los conflictos con el profesor o con los compañeros de clase, al ambiente escolar inadecuado, a preocupaciones frente al desempeño académico y al déficit en las competencias académicas que influyen en el autoconcepto y en la identidad social, donde se experimentan expectativas de desaprobación y rechazo en los demás. Estos resultados también son reportados en los estudios de Sargent et al. (2006); Chandavarkar, Azzam y Mathews (2007) y Arco et al. (2005).

Los problemas laborales se constituyeron en factor de riesgo para la fobia social y la depresión. El desempleo, la amenaza de pérdida de empleo, el trabajo estresante, las condiciones laborales difíciles, la insatisfacción laboral, el cambio de trabajo, los conflictos con el jefe o los compañeros de trabajo, son problemas laborales que alteran el estado de ánimo, y producen un sentimiento de rechazo social. Los problemas laborales se han constituido en factor de exclusión social en la actualidad como fue indicado por Arrivillaga et al. (2004); Rueda et al. (2008) y Urrego (2007).

Los problemas de vivienda son un factor de riesgo para la depresión, y si bien la frecuencia de casos analizados no fue muy alta, la RD fue una de las más elevadas. La falta de hogar, de vivienda adecuada, el vecindario insalubre, los conflictos de vecinos o propietarios, son condiciones de necesidades básicas, y al no tenerlas resueltas en edad adulta se vive como una pérdida de ideales y puede afectar el estado de ánimo. En el contexto colombiano, estos problemas también se refieren a la dificultad para llevar al día los créditos hipotecarios, y los gastos ligados a la vivienda, como el alto porcentaje del salario que ocupan los servicios públicos. La depresión se produce por pérdida de personas, objetos e ideales, ya que poseer vivienda es un ideal social en nuestra cultura. Los problemas de crédito para la vivienda son uno de los mayores problemas que afrontan hoy los colombianos en la crisis económica y se identificaron como factor de riesgo para la ansiedad generalizada y la depresión. La pobreza extrema, la economía insuficiente, las ayudas socioeconómicas insuficientes y, en el contexto de Colom-

bia, la inseguridad económica del conjunto de los ciudadanos (contratación laboral que deja al individuo en la incertidumbre año tras año), están ligados a la expectativa de pérdida o a la pérdida misma. El sujeto colombiano está afectado tanto por la pérdida económica como por la expectativa de pérdida, debido a la inseguridad social y a la delincuencia, así como a la inestabilidad de los contratos laborales. Este factor ha mostrado en estudios previos un peso importante (Gaborit, 2006; Latorre et al., 2006; Urrego, 2007).

Los problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria, como los problemas en los servicios médicos inadecuados o insuficientes y la falta de transportes a los servicios asistenciales, se constituyen en factor de riesgo para la depresión, y si bien son pocos los casos, el tenerlo es el factor de mayor riesgo para la depresión de acuerdo con la RD identificada como ya lo mostraron Urrego (2007) y Rueda et al. (2008).

Para concluir, es importante considerar que la atención al impacto de los factores psicosociales sobre la generación de trastornos mentales, es un tema de gran relevancia y compromete la acción desde las políticas de seguridad social y asistencial, hasta la satisfacción de necesidades básicas como una condición para estimular planes y programas de prevención que resulten más efectivos, sobre todo en el marco de una sociedad profundamente afectada por el conflicto interno, la crisis económica y la carencia o inestabilidad de recursos en salud, vivienda y educación.

REFERENCIAS

- Agudelo, D., Casadiegos, C. & Sánchez, D. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, 1, 34-39.
- Agudelo, D., Casadiegos, C. & Sánchez, D. (2009). Relación entre esquemas maladaptativos tempranos y características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 8(1), 87-103.
- Alejo, E. (2005). Aplicación del modelo de estrés postraumático en el estudio del impacto de la violencia sobre la salud mental en población desplazada. *Medunab*, 8(1), 23-28.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H. et al. (2004). 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica: Supplementum*(420), 28-37.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H. et al. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica: Supplementum*(420), 21-27.
- American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4 ed.). Washington, D.C.: APA.
- Arco, J. L., López, S., Heilborn, V. A. & Fernández, F. D. (2005). Terapia breve en estudiantes universitarios con problemas de rendimiento académico y ansiedad: eficacia del modelo "la Car-tuja". *International Journal of Clinical Health Psychology*, 5(3), 589-608.
- Aristizábal, E. T. & Palacio, J. (2003). Subjetivación del acto de desplazarse y aspectos psicopatológicos relacionados con experiencias violentas. *Investigación y Desarrollo*, 11(1), 238-253.
- Arrivillaga, M., Cortés, C., Goicochea, V. L. & Lozano, T. M. (2004). Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Universitas Psychologica*, 3(1), 17-26.
- Barra, E. E., Cancino, V., Lagos, G., Leal, P. & San Martín, J. (2005). Factores psicosociales y problemas de la salud reportados por adolescentes. *Psicología y Salud*, 15(2), 231-239.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beckham, E. & Leber, W. (1997). *Handbook of Depression* (Second ed.). New York: The Guilford Press.
- Cáceres, D., Salazar, I. C., Varela, M. T. & Tovar, J. R. (2006). Consumo de drogas en Jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Universitas Psychologica*, 5(3), 521-534.
- Campo, A., González, S. J., Sánchez, Z. M., Rodríguez, D. C., Dallos, C. M. & Díaz, L. A. (2005). Percepción de rendimiento académico y síntomas depresivos en estudiantes de media vocacional de Bucaramanga- Colombia. *Archivo Pediátrico Uruguayo*, 76(1), 21-26.
- Chandavarkar, U., Azzam, A. & Mathews, C. A. (2007). Anxiety symptoms and perceived performance in medical students. *Depression and anxiety*, 24(2), 103-111.
- Clark, D. A., Beck, A. T. & Alford, B. A. (1999). *Scientific Foundations of Cognitive Theory and Therapy of depression*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- de Santacruz, C., Chams, W. & Fernández de Soto, P. (2006). Colombia: violencia y salud mental. La opinión de la psiquiatría. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(1), 30-49.
- Dobson, K. S. & Kendall, P. C. (1993). *Psychopathology and Cognition*. California: Academic Press.
- Gaborit, M. (2006). Desastres y trauma psicológico. *Pensamiento Psicológico*, 2(7), 15-30.
- Giráldez, S. (2003). La psicopatología de la infancia y la adolescencia: consideraciones básicas para su estudio. *Papeles del Psicólogo*, 24(85), 19-28.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comor-

- bidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060.
- Latorre, J. F., Contreras Pezzotti, L. M., García Rueda, S. & Arteaga Medina, J. (2006). La depresión postparto en madres adolescentes de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 57(3), 156-1
- Ministerio de Protección Social. (2003). *Un panorama nacional de la salud y enfermedad mental en Colombia: informe preliminar Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia*. Manuscrito no publicado, Bogotá, Colombia.
- Rueda, M., Díaz, L. A. & Rueda, G. E. (2008). Prevalencia del trastorno depresivo mayor y factores asociados: un estudio poblacional en Bucaramanga. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(2), 159-168.
- Santana, F., Verdeja, O. L., Ovies, G. & Fleitas, R. (2006). Asociación entre algunos factores psicosociales y el inicio de las relaciones sexuales en adolescentes. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 22(1).
- Sargent, J. T., Crocker, J. & Luhtanen, R. K. (2006). Contingencies of self-worth and depressive symptoms in college students. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(6), 646.
- Serrano, G. L. (2008). *Estudio nacional de salud mental en Colombia*. Bogotá: Ministerio de Protección Social.
- Sheehan, D. V. & Lecrubier, Y. (1999). M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview. In L. Ferrendo, Bobes, J. M., Gilbert, J. (Ed.), *Versión en Español 5.0.0*. Madrid: Instituto IAP.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E. et al. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59 Suppl 20, 22-33;quiz 34-57.
- Torres, Y. & Montoya, I. D. (1997). *II Estudio de Salud Mental y consumo de sustancia psicoactivas, Colombia 1997*. Bogotá: Ministerio de Salud.
- Torres, Y., Osorio, J. J., López, P.-L. & Mejía, R. (2007). *Salud mental del adolescente. Medellín, 2006*. Medellín, Colombia: Artes y Letras.
- Urrego, Z. (2007). Reflexiones en torno al análisis de la situación de Salud Mental en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(2), 307-319.
- Vázquez, F. L. & Blanco, V. (2008). Prevalence of DSM-IV major depression among Spanish university students. *Journal of American College Health*, 57(2), 171.
- Williams, K. L. & Galliher, R. V. (2006). Predicting depression and self-esteem from social connectedness, support, and competence. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(8), 874.