

Aina Oliver-Quetglas¹
Elena Torres²
Sebastià March²
Isabel M. Socías³
Magdalena Esteva²

Factores de riesgo de síndrome depresivo en adultos jóvenes

¹Hospital de Manacor
Mallorca, IB-Salut.

²Unidad de investigación
Gerencia de atención primaria de Mallorca, IB-Salut.

³Centro de salud Manacor
Mallorca, IB-Salut.

Objetivos: Determinar factores de riesgo relacionados con presencia de depresión en adultos jóvenes (20-35 años).

Material y métodos: Estudio caso-control 6 centros de salud.

Sujetos: Adultos jóvenes, visitados en los últimos dos años en Atención primaria. Casos: Diagnóstico de depresión <12 meses. Controles: sin diagnóstico de depresión, o tratamiento relacionado. Diagnóstico confirmado mediante cuestionario CIDI. Selección aleatoria de controles.

Mediciones: Entrevista personal. Variable dependiente: síndrome depresivo presente o ausente. Independientes: sociodemográficas, laborales, económicas, relaciones sociales, salud, consumo de drogas, y acontecimientos vitales.

Resultados: 95 casos y 93 controles. Tasa de respuesta 57,7% y 45,0% respectivamente. Variables asociadas a depresión: Ser mujer; estar viuda/separada/divorciada; ingresos <1000 €/mes; dificultades en el trabajo; pasar el tiempo libre solo; tener problemas para relacionarse o para mantener relaciones cercanas; falta de satisfacción vida sexual; peor percepción estado de salud; consumo de marihuana; sedentarismo; haber sufrido algún tipo de discriminación; maltrato infantil; algún familiar con problema psicológico grave (último año).

Conclusiones: Los factores de riesgo encontrados se asemejan a los de otros estudios con rango de edad más amplio. Factores diferenciales son maltrato en la infancia, pasar tiempo solo, problemas para relacionarse.

Palabras clave: Factores de riesgo, Depresión, Adultos jóvenes, Estudios de casos y controles

Actas Esp Psiquiatr 2013;41(2):84-96

Correspondencia:
Elena Torres Solera
Unidad de investigación
Gerencia de atención primaria de Mallorca
IB-Salut. 07003
Correo electrónico: elenatorres@ibsalut.caib.es.

Risk factors of depressive syndrome in young adults

Objectives: To determine risk factors associated with presence of depression in young adults (20-35 years).

Methods: Case-control design in 6 health centers. Subjects: Young adult, visited in the past two years in primary health care. Cases: Diagnosis of depression <12 months.

Controls: no diagnosis of depression or related treatment. Diagnosis confirmed by CIDI questionnaire. Random selection of controls.

Measurements: Personal interview. Dependent variable: depressive syndrome present or absent. Independent: demographic, labor, economic, social, health, drug abuse and life events.

Results: 95 cases and 93 controls. Response rate 57.7% and 45.0% respectively. Variables associated with depression: being female, being separated/divorced/widow, income <1000 €/month, difficulties at work, spending free time alone, have problems getting or maintaining relationships, sexual dissatisfaction, worse perceived health status, marijuana use, sedentary lifestyle, having suffered some form of discrimination, child abuse, a family member with serious psychological problems (last year).

Conclusions: The risk factors found are similar to those of other studies with wide age range. Differentiating factors are abuse in childhood, spending time alone, problems with relationships.

Keywords: Depression, Risk factors, Young adults, Case-control studies

INTRODUCCIÓN

La depresión es la causa principal de discapacidad en población general y se prevé que en el 2020 sea la segunda causa de incapacitación y muerte en los países industrializados¹. Desde la perspectiva de salud pública resulta preocupante que en los últimos años, esta patología no haya disminuido a pesar de la existencia de tratamientos efectivos, campañas de educación para la salud y guías clínicas^{2,3}.

La prevalencia de depresión varía según diferentes estudios, situándose alrededor del 15-20%. Los pacientes que presentan esta patología suelen ser atendidos en atención primaria⁴, y sólo la mitad o menos reciben atención especializada^{5,6}.

El trastorno depresivo puede presentarse de manera aislada o acompañado de otras categorías diagnósticas y convertirse en una patología crónica o recurrente. Se asocia con el absentismo laboral y mayor demanda de atención sanitaria, con los importantes gastos económicos que ello supone^{7,8}.

Se han descrito distintos factores de riesgo para la depresión, como el ser mujer y el bajo nivel socioeconómico^{5,6,9}. Asimismo, factores genéticos y constitucionales son importantes en el inicio de este trastorno^{10,11}. Los estudios también coinciden en que factores como el abuso sexual, aislamiento social e historia familiar de depresión intervienen en el desarrollo de esta enfermedad^{9,12}.

Se ha observado que la edad es uno de los factores más variables aunque parece que los problemas de salud mental son más frecuentes entre los jóvenes adultos^{9,13}. La sintomatología depresiva iniciada antes de los 21 años supone un riesgo particular, ya que estos pacientes presentan un primer episodio de mayor duración, ratios más elevados de recurrencia y comorbilidad y hospitalizaciones más largas¹⁴. Además pueden alterar su desarrollo normal, afectando al periodo de formación e influyendo negativamente en opciones laborales posteriores y situación socioeconómica^{7,8}. Además, en jóvenes entre 15 y 34 años, el suicidio, complicación más frecuente, es la segunda causa de muerte, después de los accidentes de tráfico, para ambos sexos¹⁵.

Las intervenciones efectivas para la prevención de la depresión deben dirigirse sobre todo a minimizar los factores de riesgo dominantes, por lo que estos deberían ser claramente identificados. La mayoría de estudios que evalúan factores de riesgo lo hacen en población con un rango amplio de edad o adolescentes y pocos se centran específicamente en población adulta joven. Por ello, se pretende evaluar los factores de riesgo de depresión en adultos jóvenes atendidos en Atención Primaria.

METODOLOGÍA

Diseño

Estudio de casos y controles realizado entre abril-diciembre de 2010 en 6 centros de salud (CS) de Mallorca que atienden una población total de 108.542 personas.

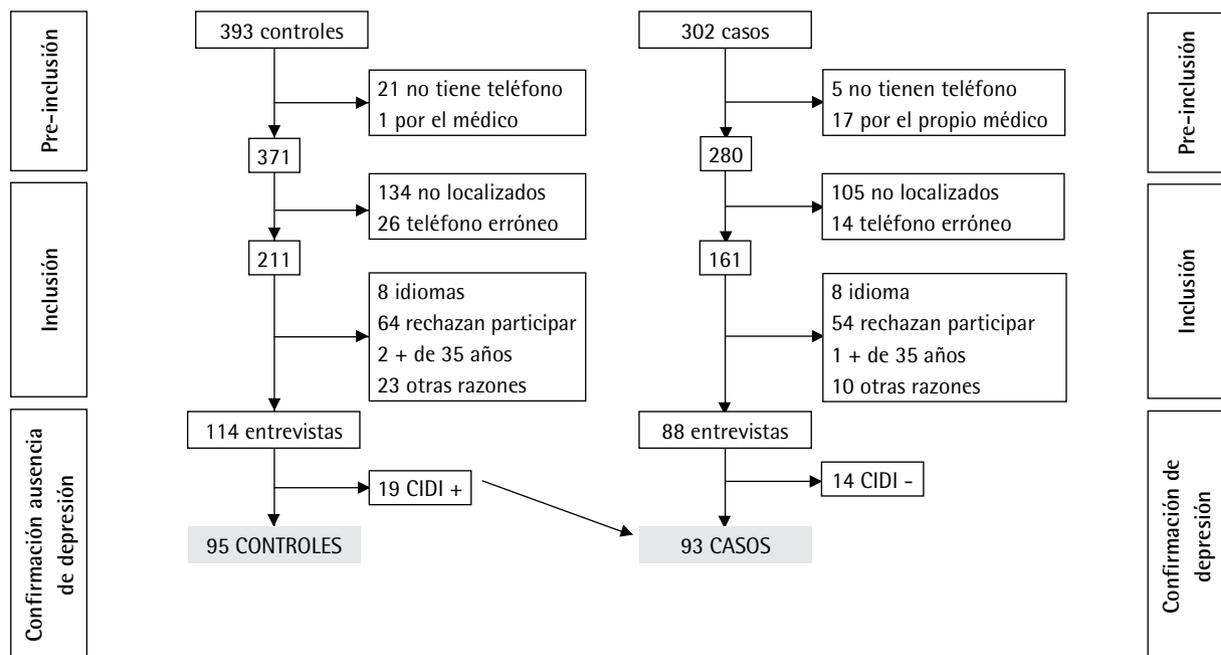


Figura 1

Flujo de participación

Sujetos de estudio

Se incluyeron sujetos de 20-35 años adscritos a los CS y visitados los dos últimos años. Los casos se definieron como sujetos con diagnóstico de depresión en el último año, mientras que los controles no habían tenido ningún diagnóstico de depresión, ni recibían tratamiento con antidepresivos o ansiolíticos.

Los criterios de exclusión comunes fueron: enfermedades neurodegenerativas, oncológicas con mal pronóstico, minusvalías físicas u patologías mentales graves que impidan colaborar de manera fluida.

La inclusión de sujetos se hizo en dos fases. En la preinclusión se extrajeron listados de casos/controles con historia clínica abierta por muestreo aleatorio sistemático. Se desarrollaron dos estrategias de captación: contacto directo por el médico o contacto del entrevistador tras revisión del listado por el médico para excluir diagnósticos erróneos, y/o participaciones contraproducentes.

En una segunda fase se contactó telefónicamente con cada sujeto para pedir su participación y confirmar diagnóstico mediante el cuestionario Composite International Diagnostic Interview (CIDI), según clasificación CIE-10^{16,17}. Los preseleccionados como depresivos pero con CIDI negativo se excluyeron del estudio y los controles con CIDI positivo fueron considerados casos (Figura 1). Se realizaron un mínimo de 4 intentos de contacto por sujeto antes de reponer por otro. Tras el contacto y la asignación definitiva, se les citó en el CS para informarles del estudio, solicitar su consentimiento y pasar el cuestionario.

El número de sujetos necesarios se calculó partiendo de que en Baleares un 60% de la población tiene estudios primarios o inferiores. Para un OR esperado de 2.2 en los casos respecto a los controles, un nivel de confianza del 95%, y un error beta del 20%, resultaron 132 individuos por grupo con corrección de Yates. Estimando unas pérdidas del 20%, se necesitaban 158 individuos por grupo. El cálculo de la muestra se hizo con el programa Epidat 3.1.

VARIABLES

Se elaboró un cuestionario *ad-hoc* que incluía algunas de las mediciones realizadas en el estudio predict^{13,18} y otras variables recogidas en la Encuesta Autonómica de Salud¹⁹.

- Edad, sexo, estado civil, lugar de nacimiento, nivel de estudios, régimen de vivienda, convivencia, pareja estable.
- Acontecimientos vitales, usando listado validado²⁰.
- Lugar de residencia, incluyendo satisfacción con el barrio y la seguridad.

- Experiencias de discriminación por: sexo, edad, raza, aspecto físico, minusvalía, orientación sexual y otras razones utilizando preguntas del *European study*²¹.
- Control, demanda y recompensas del trabajo remunerado y no remunerado, usando una versión adaptada del instrumento de valoración de trabajo²².
- Adecuación, disponibilidad y fuentes de apoyo social de amigos y familiares²³.
- Historia psiquiátrica familiar y suicidio de miembros de primer grado²⁴.
- Calidad sexual y emocional en la relación de pareja, adaptación de un cuestionario estandarizado²⁵.
- Presencia de enfermedades físicas, psicológicas, abuso de sustancia o incapacidad grave que afectan a personas con las que tiene una relación estrecha. Dificultad para establecer y mantener relaciones cercanas usando preguntas de una escala de habilidad social²⁶.
- Abuso de alcohol, medido por *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*²⁷.
- Percepción de maltrato infantil, hábito tabáquico, consumo de drogas, actividades ocio¹⁹.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se ha realizado un análisis descriptivo de todas las variables y un análisis bivalente para estudiar la relación entre la presencia o ausencia de depresión con las diferentes variables mediante regresión logística simple. Se calcularon OR crudos e intervalos de confianza al 95%.

Para evaluar el efecto independiente de las distintas variables con la presencia de depresión se realizó un análisis multivariante de regresión logística. Se incluyeron las variables que en el análisis bivalente presentaban un valor de $p \leq 0,1$ con el hecho de ser caso o control. Para incluir las variables, se utilizó el modelo de razón de verosimilitud hacia atrás, valorando en cada paso los cambios en los coeficientes beta y los valores de $-2LR$. En caso de modificación de los coeficientes de más de un 10% en uno de los pasos, se forzó el ajuste por variable de confusión. Se comprobó la existencia de interacciones.

RESULTADOS

La muestra final fue de 188 pacientes, 95 controles y 93 casos, con una tasa de respuesta del 45% y 57,7% respectivamente. El algoritmo de inclusión y pérdidas se encuentra en la Figura 1.

En la tabla 1 se presentan las características sociodemográficas para ambos grupos y en la tabla 2 las económico-laborales. La presencia de depresión se asocia significativamente con el hecho de ser mujer; estar separado; tener ingresos menores de 1000€; tener dificultades en el trabajo

tanto remunerado como no; y tener poco reconocimiento en el trabajo no remunerado.

Las variables de relaciones y apoyo social se recogen en la tabla 3. Se observa que pasar el tiempo libre a solas, te-

Tabla 1 Características sociodemográficas

Variables	CONTROL N (%)	CASO N (%)	P	OR (IC 95%)
Sexo				
Hombres	42 (44,2)	28 (30,1)		1
Mujeres	53 (55,8)	65 (69,9)	0,047	1,84 (1,00-3,35)
Edad				
20-25 años	19 (20,0)	18 (19,4)		1
26-30 años	31 (32,6)	28 (30,1)	0,909	0,95 (0,41-217)
31-35 años	45 (47,4)	47 (50,5)	0,802	1,10 (0,51-2,36)
Estado civil				
Casado/vivir en pareja	54 (56,8)	47 (50,5)		1
Separado-divorciado/viudo	2 (2,1)	11 (11,8)	0,020	6,31 (1,33-29,96)
Soltero	39 (41,1)	35 (37,6)	0,920	1,03 (0,56-1,88)
Lugar de nacimiento				
Baleares	54 (56,8)	58 (62,4)		1
Resto de España	9 (9,5)	16 (17,2)	0,271	1,65 (0,67-4,05)
Otro país	32 (33,7)	19 (20,4)	0,087	0,55 (0,28-1,08)
Nivel de estudios				
Superiores	29 (30,5)	17 (18,3)		1
Secundarios completos	32 (33,7)	39 (41,9)		2,07 (0,97-4,44)
Primarios completos/secund incompletos	29 (30,5)	30 (32,2)	0,059 0,251	2,32 (0,87-6,20)
Sin estudios/primarios incompletos	5 (5,2)	7 (7,5)	0,092	1,63 (0,70-3,76)
Régimen de vivienda				
Propiedad con hipoteca	22 (23,4)	24 (25,8)		1
Propiedad pagada/casa padres	31 (33,0)	40 (43,0)	0,659	1,18 (0,56-2,49)
Alquiler	41 (43,6)	29 (31,2)	0,257	0,64 (0,30-1,37)
Con quién comparten la vivienda *(sí)				
Solo*	8 (8,4)	8 (8,6)	0,965	
Pareja*	63 (66,3)	52 (55,9)	0,144	0,97 (0,35-2,72) 1,55 (0,86-2,80)
Hijos*	34 (35,8)	32 (34,4)	0,843	1,06 (0,58-1,93)
Padres*	19 (20)	20 (21,5)	0,799	0,91 (0,45-1,84) 0,97 (0,19-4,97)
Amigos*	3 (3,2)	3 (3,2)	0,979	0,45 (0,16-1,26)
Hermanos*	6 (6,3)	12 (12,9)	0,132	0,44 (0,17-1,09)
Otros*	8 (8,4)	15 (16,1)	0,077	
Pareja estable				
Sí	74 (77,9)	64 (68,8)		1
No	21 (22,1)	29 (31,2)	0,161	1,59 (0,83-3,07)

Tabla 2		Características laborales			
Variables	CONTROL N (%)	CASO N (%)	P	OR (IC 95%)	
Situación Laboral					
Trabajo	75 (78,9)	62 (66,7)		1	
Parado/sin trabajo	17 (17,9)	18 (19,4)	0,051	1,28 (0,60-2,69)	
No activos	3 (3,2)	13 (14,0)	0,012	5,24 (1,42-19,22)	
Ingresos mensuales					
>1501€	28 (29,5)	11(11,8)		1	
1001-1500€	34 (35,8)	31 (33,3)	0,052	2,32 (0,99-5,43)	
<1000€	33 (34,7)	51 (54,8)	0,001	3,93 (1,72-8,96)	
Puedo adquirir todo lo que considero necesario					
Siempre/habitualmente	64(67,3)	53 (57,0)		1	
A veces	20 (21,1)	17 (18,3)	0,940	1,02 (0,48-2,15)	
Ocasionalmente/Nunca	11 (11,6)	23 (24,7)	0,024	2,52 (1,12-5,65)	
Tipo de contrato					
Fijo	45 (60)	30 (47,6)		1	
Fijo discontinuo	10 (13,3)	8 (12,7)	0,731	1,20 (0,42-3,38)	
Eventual	8 (10,7)	10 (15,9)	0,235	1,87 (0,66-5,29)	
Autónomo	6 (8)	9 (14,3)	0,160	2,25(0,72-6,97)	
Sin contrato	6 (8)	6 (9,5)	0,516	1,50 (0,44-5,09)	
TRABAJO REMUNERADO					
Tiempo para hacerlo todo					
A menudo	37 (50)	36 (57,1)		1	
A veces	21 (28,4)	12 (19)	0,217	0,58 (0,25-1,36)	
Rara vez /nunca/casi nunca	16 (21,6)	15 (23,8)	0,931	0,96 (0,41-2,23)	
Elegir cómo realizar mi trabajo					
A menudo	40 (54,1)	29 (46)		1	
A veces	21 (28,4)	16 (25,4)	0,904	1,05 (0,46-2,35)	
Rara vez /nunca/casi nunca	13 (17,6)	18 (28,6)	0,140	1,91 (0,80-4,50)	
Elegir qué deseo en mi trabajo					
A menudo	16 (21,9)	19 (30,2)		1	
A veces	26 (35,6)	9 (14,3)	0,170	0,29 (0,10-0,79)	
Rara vez /nunca/casi nunca	31 (42,5)	35 (55,6)	0,904	0,95 (0,41-2,16)	
Dificultades					
No	70 (93,4)	44 (71)		1	
Sí	5 (6,7)	18 (29)	0,001	5,72 (1,98-16,53)	
Reconocimiento que se merece					
Sí	48 (65,8)	34 (54,8)		1	
No	25 (34,2)	28 (45,2)	0,197	1,58 (0,78-3,17)	
Cambio de trabajo último año					
No	60 (84,5)	45 (75)		1	
Sí	11 (15,5)	15 (25)	0,177	1,81 (0,76-4,33)	

Tabla 2		Continuación			
Variables	CONTROL N (%)	CASO N (%)	P	OR (IC 95%)	
Mi trabajo me da seguridad					
Completamente/bastante de acuerdo	53 (73,6)	36 (58,1)		1	
Ni de acuerdo ni desacuerdo	10 (13,9)	10 (16,1)	0,436	1,47 (0,55-3,89)	
Completamente/bastante desacuerdo	9 (12,5)	16 (25,8)	0,040	2,61 (1,04-6,56)	
Me gustaría cambiar de trabajo en breve					
Completamente/bastante de acuerdo	25 (34,7)	27 (43,5)		1	
Ni de acuerdo ni desacuerdo	6 (8,3)	9 (14,5)	0,581	1,38 (0,43-4,46)	
Completamente/bastante desacuerdo	41 (56,9)	26 (41,9)	0,155	0,58 (0,28-1,22)	
Me siento realizado					
Completamente/bastante de acuerdo	48 (66,7)	35 (56,5)		1	
Ni de acuerdo ni desacuerdo	12 (16,7)	12 (19,4)	0,497	1,37 (0,55-3,41)	
Completamente/bastante desacuerdo	12 (16,7)	15 (24,2)	0,227	1,71 (0,71-4,11)	

Tabla 3		Relaciones sociales			
Variables	CONTROL N (%)	CASO N (%)	P	OR (IC 95%)	
Con quién pasas tiempo libre					
Pareja	31 (34,8)	23 (26,1)		1	
Solo	3 (3,4)	20 (22,7)	0,001	8,90 (2,30-33,90)	
Amigos	21 (23,6)	20 (22,7)	0,549	1,20 (0,56-2,90)	
Familia	34 (38,2)	25 (28,4)	0,981	0,98 (0,47-2,09)	
Dónde pasa mayor parte del tiempo libre					
Fuera de casa	34 (41,5)	29 (34,9)		1	
En casa	48 (58,5)	54 (65,1)	0,389	1,31 (0,70-2,47)	
Lectura					
Nunca/menos de 1 vez/ mes	36 (40,0)	28 (31,5)		1	
Cada mes/cada semana	28 (31,1)	28 (31,5)	0,178	0,61 (0,30-1,25)	
A diario/casi a diario	26 (28,9)	33 (37,1)	0,524	0,78 (0,37-1,64)	
Cine					
Nunca/menos de 1 vez al mes	57 (64,0)	63 (70,8)		1	
Cada mes/cada semana	31 (34,8)	25 (28,1)	0,332	0,73 (0,38-1,38)	
A diario/casi a diario	1 (1,1)	1 (1,1)	0,944	0,90 (0,05-14,80)	
Videojuegos					
Nunca/menos de 1 vez/ mes	71 (78,9)	69 (77,5)		1	
Cada mes/cada semana	15 (16,7)	15 (16,9)	0,943	1,02 (0,46-2,26)	
A diario/casi a diario	4 (4,4)	5 (5,6)	0,716	1,28 (0,33-4,99)	

Tabla 3 Continuación

Variables	CONTROL N (%)	CASO N (%)	P	OR (IC 95%)
Internet				
Nunca/menos de 1 vez/mes	15 (16,7)	15 (16,9)		1
Cada mes/cada semana	25 (27,8)	23 (25,8)	0,858	0,92 (0,36-2,29)
A diario/casi a diario	50 (55,6)	51 (57,3)	0,962	1,02 (0,45-2,30)
Televisión				
Nunca/menos de 1 vez/mes	9 (10,0)	7 (7,9)		1
Cada mes/cada semana	15 (16,7)	14 (15,7)	0,771	1,20 (0,35-4,09)
A diario/casi a diario	66 (73,3)	68 (76,4)	0,598	1,32 (0,46-3,76)
Asociacionismo, ONG				
Nunca	83 (92,2)	76 (85,4)		1
A veces	7 (7,8)	13 (14,6)	0,153	2,02 (0,76-5,35)
Satisfacción con la convivencia				
Muy/medianamente satisfecho	71 (81,6)	59 (69,4)		1
Ni satisfecho ni insatisfecho	13 (14,9)	19 (22,3)	0,100	1,91 (0,88-4,16)
Muy/moderadamente insatisfecho	3 (3,5)	7 (8,2)	0,043	3,42 (1,03-11,29)
Satisfacción con el barrio				
Muy/moderadamente satisfecho	80 (84,2)	72 (77,4)		1
Ni satisfecho ni insatisfecho	11 (11,6)	14 (15,1)	0,425	1,41 (0,60-3,31)
Muy/moderadamente insatisfecho	4 (4,2)	7 (7,5)	0,304	1,94 (0,54-6,91)
Problemas para relacionarse				
Nunca/ningún problema	65 (68,4)	54 (58,1)		1
Ocasionalmente	23 (24,2)	20 (21,5)	0,898	1,04 (0,52-2,10)
Mayor parte del tiempo	7 (7,4)	19 (20,4)	0,013	3,26 (1,27-8,35)
Problemas establecer/ mantener relaciones cercanas				
Nunca/ningún problema	69 (72,6)	46 (49,5)		1
Ocasionalmente	20 (21,1)	24 (25,8)	0,100	1,80 (0,89-3,62)
Mayor parte del tiempo	6 (6,3)	23 (24,7)	<0,001	5,75 (2,17-15,21)
Relación sentimental pareja				
Muy satisfecho	54 (73)	34 (53,1)		1
Medianamente satisfecho	13 (17,6)	17 (26,6)	0,880	2,07 (0,89-4,81)
Ni satisfecho ni insatisfecho	7 (9,5)	13 (20,3)	0,037	2,95 (1,07-8,13)
Satisfacción vida sexual en general				
Muy satisfecho	82 (87,2)	67 (72)		1
Medianamente satisfecho	6 (6,4)	10 (10,8)	0,188	2,04 (0,70-5,90)
Satisfecho/Muy o moderadamente insatisfecho	6 (6,4)	16 (17,2)	0,019	3,26 (1,21-8,80)
Satisfacción relación sexual pareja				
Muy/moderadamente satisfecho	69 (93,2)	52 (81,3)		1
Ni satisfecho ni insatisfecho	2 (2,7)	7 (10,9)	0,062	4,64 (0,92-23,2)
Muy/moderadamente insatisfecho	3 (4,1)	5 (7,8)	0,292	2,21 (0,50-9,67)

Tabla 3 Continuación

Variables	CONTROL N (%)	CASO N (%)	P	OR (IC 95%)
TENGO FAMILIARES O AMIGOS QUE...				
Hacen cosas para hacerme feliz				
Verdadero	69 (73,4)	66 (71,0)		1
Falso/a veces	25 (28,6)	27 (29,0)	0,710	1,12 (0,59-2,14)
Hacen que me sienta querido/a				
Verdadero	74 (78,7)	72 (77,4)		1
Falso/a veces	20 (21,3)	21 (22,6)	0,829	1,07 (0,54-2,15)
Con los que puedo contar pase lo que pase				
Verdadero	78 (83,0)	72 (77,4)		1
Falso/a veces	16 (17,0)	21 (22,6)	0,341	1,42 (0,68-2,93)
Cuidarían de mí si lo necesitara				
Verdadero	80 (85,1)	74 (79,6)		1
Falso/a veces	14 (14,9)	19 (20,4)	0,322	1,46 (0,68-3,13)
Me aceptan tal y como soy				
Verdadero	78 (83,0)	69 (74,2)		1
Falso/a veces	16 (17,0)	24 (25,8)	0,145	0,59 (0,29-1,20)
Me hacen sentir parte importante de sus vidas				
Verdadero	74 (78,7)	61 (65,6)		1
Falso/a veces	20 (21,3)	32 (34,4)	0,047	1,94 (1,01-3,73)
Me dan ánimos y apoyo				
Verdadero	74 (78,7)	68 (73,1)		1
Falso/a veces	20 (21,3)	25 (26,9)	0,371	1,36 (0,69-2,66)

ner problemas para relacionarse con la gente la mayoría del tiempo y las dificultades para establecer o mantener relaciones próximas se asocia con la presencia de depresión. Lo mismo ocurre cuando la satisfacción con la relación sentimental de pareja es moderada o neutra o cuando las relaciones sexuales son insatisfactorias.

En la tabla 4 se presentan las variables de salud y consumo de tóxicos. La mala percepción de salud, las enfermedades crónicas y la discapacidad se asocian con la presencia de depresión. Respecto al consumo de tóxicos sólo se ha encontrado asociación con el consumo de marihuana.

En la tabla 5, que recoge acontecimientos vitales personales y familiares, se observa que la enfermedad o lesión grave de la persona, y el acabar con una relación íntima se asocian con riesgo de depresión. Asimismo, haber padecido discriminación en el último año y/o maltrato infantil se observan con más frecuencia entre los deprimidos.

Por último, en la tabla 6 se presentan los resultados correspondientes al modelo multivariante. En el modelo final

se forzó la entrada de lugar de origen, dificultades para relacionarse y maltrato infantil puesto que causaban variaciones importantes en los coeficientes beta de otras variables en el modelo, identificándolas como posibles confusoras. El modelo presenta una R² de Nagelkerke de 0,52. El ser mujer, pasar el tiempo libre solo, percibir la propia salud como regular o mala y tener alguna discapacidad, se asocian con la presencia de depresión. Sin embargo, haber nacido en el extranjero, estar casado y pasar el tiempo de ocio con la familia, son factores protectores.

DISCUSIÓN

Los resultados de nuestro estudio muestran que en los adultos jóvenes existe una relación entre el desarrollo de la depresión y ciertas variables como el hecho de ser mujer, problemas de salud o padecer alguna discapacidad, tener un peor nivel económico y poco apoyo psicosocial. Estos resultados coinciden con otros estudios^{5,10}. Además, también se ha determinado relación en aquellos sujetos que han sufrido

Tabla 4 Salud y consumo de drogas

Variables	CONTROL N (%)	CASOS N (%)	P	OR (IC 95%)
Salud percibida				
Excelente/muy buena	43 (45,3)	20 (21,5)		1
Buena	43 (45,3)	42 (45,2)	0,032	2,10 (1,06-4,14)
Regular/ mala	9 (9,5)	31 (33,3)	<0,001	7,40 (2,97-18,43)
Padece alguna enfermedad crónica				
No	78 (82,1)	65 (69,9)		1
Sí	17 (17,9)	28 (30,1)	0,052	1,97 (0,99-3,92)
Padece alguna discapacidad				
No	93 (97,9)	85 (91,4)		1
Sí	2 (2,1)	8 (8,6)	0,067	4,37 (0,90-21,18)
Consumo elevado bebida alcohólica				
No	81 (87,1)	75 (80,6)		1
Sí	12 (12,9)	18 (19,4)	0,234	1,62 (0,73-3,58)
Dependencia del alcohol				
No	88 (92,6)	78 (83,9)		1
Sí	7 (7,4)	15 (16,1)	0,068	2,41 (0,93-6,23)
Aumento de consumo de alcohol último año en bebedores				
No	48 (88,9)	53 (84,1)		1
Sí	6 (11,1)	10 (15,9)	0,457	1,50 (0,51-4,46)
Fumador habitual, fumador alguna vez				
No	8 (24,2)	13 (24,5)		1
Sí	25 (75,8)	40 (75,5)	0,976	0,98 (0,35-2,71)
Consumo marihuana				
Nunca	87 (91,6)	75 (80,6)		1
Aveces (<1 vez /mes, mensual, semanal, diaria)	8 (8,4)	18 (19,4)	0,034	2,61 (1,07-6,34)
Deporte				
Cada semana/a diario	25 (27,8)	15 (16,9)		1
Cada mes	33 (36,7)	27 (30,3)	0,457	1,36 (0,60-3,08)
Nunca/menos de 1 vez/mes	32 (35,6)	47 (52,8)	0,025	2,44 (1,12-5,35)

algún tipo de discriminación a lo largo de su vida, malos tratos durante la infancia y/o tienen antecedentes familiares de problemas psicológicos. Por otro lado, como factores diferenciales respecto a otros estudios aparecen los problemas para establecer/mantener relaciones cercanas, el aislamiento social y el lugar de nacimiento. Estos factores de riesgo no coinciden con los resultados descritos en la bibliografía consultada por lo que aportan nuevos indicios en cuanto a los factores de riesgo de depresión en gente joven.

La R2 de Nagelkerke es de 0,52. En un estudio similar¹², con población de 15 a 24 años, el porcentaje de la varianza explicado por el modelo era levemente inferior (43%), por-

que no consideraban variables de ingresos, discapacidad y aspectos de apoyo social. En cambio, este último estudio, mantenía en su modelo final factores que no se consideraron en nuestros cuestionarios como el fracaso escolar/universitario, variables de personalidad, o conflictos de identidad sexual. Bellón et al.¹³ logran un poder predictivo elevado de su modelo de predicción de la depresión en población general, con variables similares a las utilizadas en nuestro estudio. A diferencia del nuestro, su modelo final mantiene las dificultades en el trabajo, y la satisfacción en la convivencia. Puede que estas variables influyan menos a los adultos jóvenes, o que nuestro tamaño de muestra sea insuficiente para mantenerlas en el modelo final.

Tabla 5 Acontecimientos vitales personales y familiares

Variab	CONTROL	CASOS	P	OR (IC 95%)
	N%	N %		
ACONTECIMIENTOS VITALES PERSONALES				
Muerte persona cercana último año				
No	74 (77,9)	66 (71,0)		1
Sí	21 (22,1)	27 (29,0)	0,277	1,44 (0,74-2,78)
Enfermedad/ lesión grave último año				
No	85 (89,5)	69 (74,2)		1
Sí	10 (10,5)	24 (25,8)	0,008	2,95 (1,32-6,60)
Acabar relación pareja último año				
No	86 (90,5)	71 (76,3)		1
Sí	9 (9,5)	22 (23,7)	0,011	2,96 (1,28-6,83)
Quedarse sin trabajo/no encontrarlo último año				
No	75 (78,9)	66 (71,0)		1
Sí	20 (21,1)	27 (29,0)	0,208	1,53 (0,78-2,98)
Haber sufrido algún tipo de discriminación				
No	78 (82,1)	51 (54,8)		1
Sí	17 (17,9)	42 (45,2)	<0,0001	3,77 (1,94-7,34)
Discriminación por...				
Sexo	2 (2,1)	7 (7,5)	0,103	3,78 (0,76-18,72)
Color de piel o raza	5 (5,3)	7 (7,5)	0,528	1,46 (0,44-4,79)
Edad	1 (1,1)	2 (2,2)	0,556	2,06 (0,18-23,18)
Aspecto físico	5 (5,3)	18 (19,4)	0,006	4,32 (1,53-12,18)
Minusvalía	1 (1,1)	1 (1,1)	0,988	1,02 (0,06-16,58)
Orientación sexual	1 (1,1)	2 (2,2)	0,556	2,06 (0,18-23,18)
Otras razones	6 (6,3)	23 (24,7)	<0,0001	4,87 (1,88-12,62)
Sufrir maltrato en la infancia				
No	86 (90,5)	62 (66,7)		1
Sí	9 (9,5)	31 (33,3)	<0,0001	4,77 (2,12-10,74)
Familiar con problema emocional grave				
No	66 (69,5)	33 (35,9)		1
Sí	29 (30,5)	59 (64,1)	<.0,001	4,06 (2,21-7,48)
Suicidio en familiar				
No	88 (93,6)	83 (89,2)		1
Sí	6 (6,4)	10 (10,8)	0,290	1,76 (0,61-5,07)
ACONTECIMIENTOS VITALES A PERSONAS CERCANAS ULTIMO AÑO				
Minusvalía grave				
No	91 (95,8)	83 (89,2)		1
Sí	4 (4,2)	10 (10,8)	0,099	2,74 (0,82-9,07)
Existencia de enfermedad física grave				
No	71 (74,7)	69 (74,2)		1
Sí	24 (25,3)	24 (25,8)	0,932	1,02 (0,53-1,98)

Tabla 5		Continuación			
Variables		CONTROL	CASOS	P	OR (IC 95%)
		N%	N %		
Problemas serios con el alcohol					
	No	83 (87,4)	73 (78,5)	0,109	1
	Sí	12 (12,6)	20 (21,5)		1,89 (0,86-4,14)
Problema psicológico emocional grave					
	No	88 (92,6)	66 (71,0)	<0,0001	1
	Sí	7 (7,4)	27 (29,0)		5,14 (2,11-12,52)

Los datos sociodemográficos obtenidos confirman que las mujeres tienen mayor probabilidad de tener depresión. Este dato coincide con la literatura revisada y parece ser un efecto internacional, independiente de la cultura²⁸. Sin embargo, algunos estudios señalan interacción entre edad y sexo, explicando que en la tercera edad los hombres sean los que tienen mayor probabilidad de depresión^{9,29}.

En cuanto a las características laborales se observan diferencias significativas entre los dos grupos. Los controles tienen más trabajo, sueldos más elevados y mayor estabilidad laboral respecto a los casos. Estos datos concuerdan con la bibliografía consultada que apoya la relación entre problemas de salud mental y nivel socioeconómico desaventajado^{5,6}.

La asociación detectada entre estado de salud y depresión es consistente con otros trabajos^{30,31}. Este hecho afecta especialmente a las personas más jóvenes³². Aunque por el tipo de diseño utilizado no queda clara la dirección de la causalidad, tanto Bellón como King en sus estudios de cohortes coinciden en demostrar que la mala percepción de salud predice la depresión^{9,13}.

Los resultados de diversos trabajos indican los efectos negativos del uso de drogas en el funcionamiento psicossocial y cognitivo que pueden derivar en alteraciones psicopatológicas. En nuestro estudio, sólo se encuentra asociación con el consumo de cánnabis aunque este efecto no se mantiene tras el ajuste multivariante. Estos resultados convergen con los de otros estudios^{33,34}, aunque no hemos identificado relación con el consumo de otras sustancias^{31,34}.

Nuestros resultados demuestran la relación entre la depresión, el establecer/mantener relaciones cercanas y el pasar el tiempo libre solo. Estos factores son difíciles de valorar por las propias limitaciones del diseño. La literatura ha evidenciado que el apoyo social tiene un efecto amortiguador sobre la depresión^{9,35} pero tanto el estado emocional como la propia cultura pueden influir en la percepción del apoyo social³⁶.

En nuestro estudio el ser extranjero aparece como factor protector aunque la mayoría de la bibliografía subraya la asociación de la inmigración con la depresión³⁷. Una explicación de estos resultados es que la población inmigrante tiene más barreras de acceso a los servicios de salud mental, así como para ser diagnosticados^{38,39}, por lo que pudo haber un infradiagnóstico e infraselección en los casos. Además, el estudio excluía por dificultades de idioma.

La mayoría de los estudios muestran que los individuos que han sufrido algún tipo de maltrato (experiencia de negligencia, abuso físico o sexual) durante la infancia tienen más tendencia a desarrollar un trastorno del estado de ánimo^{10,11,31}. Concretamente, tienen un mayor riesgo de desencadenar un episodio depresivo en cualquier momento de su vida y el doble de posibilidades de que estos episodios sean recurrentes o persistentes que otros sin historia de maltrato⁴⁰. En nuestro estudio se confirma la importancia de esta variable.

LIMITACIONES Y FORTALEZAS

Una de las limitaciones que nos encontramos, se refiere a la diferente tasa de respuesta entre casos y controles, siendo mayor en estos últimos. Estas tasas fueron similares a lo largo de todo el proceso de inclusión respecto al % de no localizados y de rechazos. Sin embargo, las diferencias se produjeron en el último escalón, ya que con la confirmación del diagnóstico, controles pasaron a ser casos, y casos fueron excluidos.

Otra limitación recae en que no se logró el tamaño de muestra estimado. Esto ha restado potencia al estudio para detectar asociaciones entre factores descritos en otros trabajos y el hecho de tener depresión como consumo de tóxicos.

El diseño retrospectivo no permite establecer una clara secuencia temporal entre algunos de los factores y la depresión como por ejemplo las variables que se refieren a relaciones sociales y de salud en el momento de la entrevista.

Tabla 6		Ecuación de regresión	
Variables		OR	(IC 95%)
Sexo	Hombre	1	
	Mujer	2,662	(1,12-6,31)
Lugar de nacimiento	Baleares	1	
	Resto de España	1,126	(0,33-3,77)
	Otro país	0,365	(0,13-0,98)
Estado civil	Casado o viviendo en pareja	1	
	Viudo/separado/divorciado	4,293	(0,69-26,37)
	Soltero	0,401	(0,14-1,10)
Ingresos mensuales	>1501€	1	
	1001-1500€	3,693	(1,18-11,47)
	<1000€	1,913	(0,63-5,76)
Salud percibida	Excelente/muy buena	1	
	Buena	2,644	(1,00-6,95)
	Regular/mala	9,210	(2,61-32,49)
Alguna discapacidad	No	1	
	Sí	8,822	(1,08-71,86)
Dificultades en Relaciones cercanas	Nunca/ningún problema	1	
	Ocasionalmente	3,701	(0,93-14,64)
	La mayor parte del tiempo	0,936	(0,37-2,33)
Alguna persona cercana, problema psicológico emocional grave (último año)	No	1	
	Sí	6,956	(2,02-23,90)
Familiar con problema emocional grave	No	1	
	Sí	2,016	(0,88-4,59)
Sufrir maltrato en la infancia	No	1	
	Sí	1,619	(0,52-4,98)
Con quién pasa tiempo libre	Pareja	1	
	Solo	4,849	(1,02-22,94)
	Con amigos	0,894	(0,28-2,79)
	Familia	0,281	(0,09-0,83)

* R2 de Nagelkerke=0,524 y -2LogLR=166,6.

Este hecho aconseja cierta prudencia en la afirmación de la existencia de relaciones de causalidad entre las variables del estudio.

En este estudio no se han considerado variables del apoyo de la comunidad y de personalidad que en algunos estudios han mostrado su relación con la presencia de depresión¹². Sería interesante incorporarlas a futuras investigaciones.

CONCLUSIONES

Las variables socioeconómicas de relaciones sociales y de salud se relacionan con la depresión de los adultos jóvenes. En el contexto actual de crisis y precariedad, con un potencial efecto de deterioro de la salud mental de los jóvenes, este tema se vuelve particularmente relevante y debería hacersele seguimiento.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Efrén Moncada y Mauricio Palacios su colaboración en el trabajo de campo, a Juan Bellón por sus sugerencias y a Javier Arranz por su colaboración en la extracción de datos.

Este estudio recibió una beca de ayuda de investigación de la Conselleria de Salut i Consum de les Illes Balears (DGAVAL_PI014/09) y el apoyo de la Red de investigación en actividades preventivas y promoción de la salud (RedIAPP RD06/0018).

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Geneva: World Health organization; 2007 (Consultado en 15-05-2012). Programmes and projects, mental health, depression. Disponible en: http://who.int/mental_health/management/depression/definition/en/.
2. Andrews G. Should depression be managed as a chronic disease? *BMJ*. 2001;322:419-21.
3. Kendrick T. Why can't GPs follow guidelines on depression? *BMJ*. 2000;320:200-1.
4. Wittchen HU, Holsboer F, Jacobi F. Met and unmet needs in the management of depressive disorder in the community and Primary Care: the size and breadth of the problem. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2001;62(suppl 26):23-8.
5. Bones Rocha K, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Obiols JE. Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema*. 2010;3(22):389-95.
6. Aragonés E, Gutiérrez MA, Pino M, Lucena C, Cervera J, Garreta. Prevalencia y características de la depresión mayor y la distimia en atención primaria. *Aten Primaria*. 2001;9(27):623-8.
7. Fletcher JM. Child mental health and human capital accumulation: the case of ADHD revisited. *Journal of Health Economics*. 2008;27(3):794-800.
8. Berndt ER, Koran LM, Finkelstein SN, Gelenberg AJ, Kornstein

- SG, Miller IM, et al. Lost human capital from early-onset chronic depression. *The American Journal of Psychiatry*. 2000;157(6):940-7.
9. Bellón JA, de Dios Luna J, King M, Moreno-Küstner B, Nazareth I, Montón-Franco C, et al. Predicting the onset of major depression in primary care: international validation of a risk prediction algorithm from Spain. *Psychological Medicine*. 2011;41(10):2075-88.
 10. Fletcher JM. Childhood mistreatment and adolescent and young adult depression. *Social Science & Medicine*. 2009;68:799-806.
 11. Smith D, Blackwood HR. Depression in young adults. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2004;10:4-12.
 12. Donald M, Dower J. Risk and protective factors for depressive symptomatology among a community sample of adolescents and young adults. *Austr N Z J Public Health*. 2002;26(6):555-62.
 13. King M, Walker C, Levy G, Bottomley C, Royston P, Weich S, et al. Development and validation of an international risk prediction algorithm for episodes of major depression in general practice attendees. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65(12):1368-76.
 14. Greden JF. The burden of recurrent depression: causes, consequences, and future prospects. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2001;62(suppl 22):5-9.
 15. Instituto de Salud Carlos III. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2009 (Consultado en 15-5-12). Servicios científico técnicos, epidemiología, Mortalidad. Disponible en: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/mortalidad-cne.shtml>
 16. Arroll B, Khin N Kerse N. Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. *BMJ*. 2003;327(7424):1144-6.
 17. World Health Organization. Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Version 2.1. Geneva: WHO, 1997.
 18. Bellón JA, Moreno-Küstner B, Torres-González F, Montón-Franco C, GildeGómez-Barragán MJ, Sánchez-Celaya M, et al. Predicting the onset and persistence of episodes of depression in primary health care. The predictD-Spain study: methodology. *BMC Public Health*. 2008;8:256.
 19. Cabeza E, Artigues G, Pujol A, Tortella G, Yañez A. Enquesta de salut de les illes balears (ESID07). Palma: Conselleria de salut i consum, Govern de les Illes Balears, 2009.
 20. Brugha T, Bebbington P, Tennant C, Hurry J. The List of Threatening Experiences: a subset of 12 life event categories with considerable long-term contextual threat. *Psychological Medicine*. 1985;15(1):189-94.
 21. Janssen I, Hanssen M, Bak M, Bijl RV, de Graaf R, Vollebergh W, et al. Discrimination and delusional ideation. *The British Journal of Psychiatry*. 2003;182:71-6.
 22. Karasek RA, Theorell T. *Healthy work: stress productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books, 1990.
 23. Blaxter M. *Health & lifestyles*. London: Routledge, 1990.
 24. Qureshi N, Bethea J, Modell B, Brennan P, Papageorgiou A, Raeburn S, et al. Collecting genetic information in primary care: evaluating a new family history tool. *Family Practice*. 2005;22(6):663-9.
 25. Reynolds CF, Frank E, Thase ME, Houck PR, Jennings JR, Howell JR, et al. Assessment of sexual function in depressed, impotent and healthy men: factor analysis of brief sexual function questionnaire for men. *Psychiatry Research*. 1998;24:231-50.
 26. Tyrer P. Personality disorder and social functioning. En Peck DF, Shapiro CM, Eds. *Measuring human problems: a practical guide*. New York: Wiley & Sons, 1990; pp. 119-42.
 27. Barbor TF, De la Fuente JR, Saunders J, Grant M. *The alcohol use disorders identification test: guidelines for the use in Primary Health Care*. Geneva: World Health Organisation, 1989.
 28. Gater R, Tansella M, Korten A, Tiemens BG, Mavreas VG, Olatawura MO. Sex differences in the prevalence and detection of depressive and anxiety disorders in general health care settings. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55:405-13.
 29. Bebbington P, Dunn G, Jenkins R, Lewis G, Brugha T, Farrell M, et al. The influence of age and sex on the prevalence of depressive conditions: report from the National Survey of Psychiatric Morbidity. *Psychological Medicine*. 2003;25:9-19.
 30. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Philipps MR, et al. No health without mental health. *Lancet*. 2007;8:859-77.
 31. Saluja G, Iachan R, Scheidt PC, Overpeck MD, Sun W, Giedd JN. Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004;158(8):760-5.
 32. Pelkonen M, Marttunen M, Kaprio J, Huurre T, Aro H. Adolescent risk factors for episodic and persistent depression in adulthood. A 16-year prospective follow-up study of adolescents. *Journal of Affective Disorder*. 2008;106(1-2):123-31.
 33. Degenhart L, Hall W, Lynskey M. Exploring the association between cannabis use and depression. *Addiction*. 2003;98(11):1493-504.
 34. Brook DW, Brook JS, Zhang C, Cohen P, Whiteman M. Drug use and the risk of major depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59:1039-44.
 35. Martínez MF, García M, Maya I. El efecto amortiguador del apoyo social sobre la depresión en un colectivo de inmigrantes. *Psicothema*. 2001;13(4):605-10.
 36. Salovey P, Rothman AJ, Detweiler JB, Steward WT. Emotional states and physical health. *American Psychologist*. 2000;55(1):110-21.
 37. Lindert J, Von Ehrenstein O, Pruebe S, Mielck A, Brähler E. Depression and anxiety in labor migrants and refugees- A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*. 2009;69:246-57.
 38. Gwynn RC, McQuiston HL, Mc Veigh KH, Garg RK, Frieden TR, Thorpe LE. Prevalence, Diagnosis, and Treatment of Depression and generalized Anxiety Disorder in a Diverse Urban Community. *Psychiatric Services*. 2008;59:641-7.
 39. Kirmayer LJ, Weinfeld M, Burgos G, Du Fort GG, Lasry JC, Young A. Use of health care service for psychological distress by immigrants in an urban multicultural milieu. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2007;52:295-304.
 40. Nanni V, Uher R, Danese A. Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*. 2012;169(2):141-51.