



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

**TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR, SEVERIDAD DEL PADECIMIENTO Y SU
COMORBILIDAD: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE ESCUELAS PÚBLICAS
Y PRIVADAS**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
MELIZA CAMPOS PORTILLO

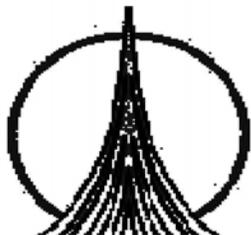
DIRECTOR DE TESIS:
DR. FRANCISCO RAFAEL DE LA PEÑA OLVERA

JURADO:

LIC. MARGARITA VILLASEÑOR PONCE
MTR. JOSÉ ALBERTO MONTAÑO ALVAREZ
LIC. ALEJANDRA VILLAGOMEZ RUIZ
MTRA. BERTHA RAMOS DEL RIO

MÉXICO, D.F.

2006





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESTE TRABAJO TIENEN UN SIGNIFICADO ESPECIAL PARA MÍ, Y ESTA DEDICADO

A mis padres **Alicia Portillo** y **Alberto Campos** por ser las personas más importantes, por darme la vida, apoyarme y guiarme en todo momento gracias.

A mis hermanas, **Mariam** y **Marcia Campos**, por todo el apoyo cariño que nos tenemos, por la ayuda en los momentos difíciles, por compartir tantos años juntas, y por ser mis dos grandes amigas.

A **Erick Ordoñez Capuano**, por seguir caminando conmigo y creciendo juntos, por ser un gran hombre, por ayudarme y apoyarme en todos estos años muchas gracias.

A mi abuelita **Severiana Osorno Hurtado** por su gran fortaleza, y por ser una gran persona.

A la memoria de mis abuelos, **Rebeca Juárez Samano**, **Vicente Campos Meneses**, **Alberto Portillo García**.

A mis primos porque en algún momento hemos compartido algo especial. Rocío, Adriana, María Eugenia (Bebys), Mario Luis, Gabriela, Carlos Alberto, Juan Pablo, Juan Carlos, Rodrigo, Carlos Andrés, Diego, Selene, Yadira, Lupita, Omar, Ernesto, Cecilia, Beatriz, Jorge, Rafael, Marcos, Renato, Valeria, Claudia, karla, Carmen Victoria, Edel, Frida, Deyra, Raúl, Alberto, Darío, Salvador, Karina, Andrei, Irving, Iván, Alberto, Gladis, Georgina, Alberto, Melina, Katia, Edgar, Martín, Edith, Fátima, Israel, y a mi sobrina **Ana Paula** por alegrarme el día cada vez que la veo por su chispa y magia que tiene.

DESEO EXPRESAR MI AGRADECIMIENTO A:

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO (UNAM)
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA (FESZ)
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ (INP"RF")
SECRETARIA EDUCACIÓN PÚBLICA (SEP)
CONSEJO NACIONAL DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA (CONACYT)

Por apoyarme para que este proyecto de investigación pudiera realizarse.

Dr. Gady Zabicky Sirot, por haberme dado la oportunidad de crecer, de aprender y por confiar en mi trabajo.

Dr. Francisco de la Peña Olvera, por haberme transmitido una pequeña parte de su gran conocimiento, y colaboración en el desarrollo y fin de esta investigación.

Dr. Lino Palacios Cruz, por apoyarme en el tiempo que estuve durante la clínica.

Lic. Cecilia Gómez Castro, por todo el apoyo que me dio durante el tiempo que compartimos trabajando, por ser una gran compañera y amiga.

Lic. Sissi Arellano Campos, por todas las cosas buenas que pasamos juntas y por hacerme reír tanto y ser una gran amiga.

Lic. Margarita Villaseñor, por su paciencia y por la gran ayuda que me otorgo durante este proceso.

Mtro. Alberto Montaña, por la ayuda y la confianza que me dio durante este tiempo.

A cada uno de mis sinodales, que me ayudaron durante este proceso, Lic. **Alejandra Villagómez**, y a Mtra. **Bertha Ramós** y a cada una de las personas que tuvieron que ver con este proyecto de investigación.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

CAPITULO 1. ADOLESCENCIA

1.1 Definiciones y conceptos sobre la adolescencia	1
1.1.1 <i>Antecedentes</i>	1
1.1.2 <i>Definición</i>	2
1.2 Teorías y conceptos sobre la adolescencia	4
1.3 La salud en adolescentes de México	8

CAPITULO 2. DEPRESIÓN

2.1 Definición de depresión	11
2.1.1 <i>Antecedentes</i>	11
2.1.2 <i>Teorías sobre la depresión</i>	13
2.1.3 <i>Definiciones clínicas de la depresión</i>	15
2.1.4 <i>Clasificación de los trastornos depresivos según el DSMIV</i>	17
2.2 Trastorno depresivo mayor en adolescentes	19
2.2.1 <i>Descripción y diagnóstico del trastorno depresivo mayor</i>	19
2.2.2 <i>Epidemiología</i>	21
2.2.3 <i>Etiología</i>	21
2.2.4 <i>Curso y pronóstico</i>	22
2.2.5 <i>Tratamiento</i>	22

CAPITULO 3. COMORBILIDAD DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

3.1 Definición de comorbilidad	24
3.1.1 <i>Clasificación de la comorbilidad</i>	24
3.1.2 <i>Evidencia de comorbilidad de los trastornos depresivos</i>	27
3.2 Principales comorbilidades del Trastorno Depresivo Mayor	30
3.3 Importancia de la comorbilidad	34

CAPITULO 4. METODOLOGÍA

4.1 Justificación	36
4.2 Objetivo general	39
4.3 Objetivos específicos	39
4.4 Definición de variables	40
4.5 Sujetos	41
4.6 Criterios de inclusión y exclusión	42
4.7 Instrumentos	43
4.8 Escenario	47
4.9 Diseño de investigación	47
4.10 Procedimiento	48

CAPITULO 5. RESULTADOS

5.1 Descripción general de la población	54
5.2 Descripción de la muestra del trastorno depresivo mayor	54
5.3 Comparación entre escuelas públicas y privadas con TDM	57
5.4 Comorbilidades con el trastorno depresivo mayor	

y sucesos de vida estresantes en conjunto con el TDM	62
5.5 Severidad del trastorno depresivo mayor	67
CAPITULO 6. DISCUSION Y CONCLUSIONES	
6.1 Discusión y conclusiones	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	79

INTRODUCCIÓN

Los problemas que se desprenden de las enfermedades mentales, son un reto para la salud pública en México y en todo el mundo, esta problemática afecta marcadamente a los jóvenes.

Muchos de los esfuerzos de las instancias de salud e investigadores en el ramo, se han concentrado en un enfoque preventivo sobre los jóvenes, sin embargo, son muy escasos en nuestros medios aquellos en donde se implica a la salud mental de modo más amplio.

A pesar de los avances científicos, la atención de los enfermos sigue siendo deficiente, se sabe que la primera puerta que tocan las personas con trastornos mentales es la medicina general. Sin embargo, su detección, tratamiento y/o canalización a servicios especializados es insuficiente, existe aún un importante estigma social que segrega a los pacientes psiquiátricos y el tiempo que pasa entre que el paciente identifica sus síntomas y recibe ayuda especializada es considerable.

Medina Mora y colaboradores en el año 2000 llevaron a cabo la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), en un análisis por trastorno encontraron que las fobias específicas fueron las más comunes (7.1% alguna vez en la vida), seguidas por los trastornos de conducta (6.1%), la dependencia al alcohol (5.9%), la fobia social (4.7%) y el Trastorno Depresivo Mayor (3.3%). Los tres principales trastornos para las mujeres fueron las fobias (específicas y

sociales), seguidas del Trastorno Depresivo Mayor. Para los hombres, la dependencia al alcohol, los trastornos de conducta y el abuso de alcohol (sin dependencia).

Desafortunadamente la población mexicana actualmente presentan un momento de transición epidemiológica que tiene necesariamente un efecto en las neurociencias. Por un lado, persiste una alta frecuencia de acontecimientos traumáticos que afectan negativamente el desarrollo estructural y funcional del encéfalo y, por otro emerge un grupo poblacional cada vez más numeroso, de niños sanos expuestos a exigencias sociales y académicas intensas y de alta competitividad, en quienes los trastornos del comportamiento y el aprendizaje cobran una importancia fundamental.

Los adolescentes que presentan alguna patología en edades tempranas pueden desfavorecer el desarrollo del individuo. En la población abierta, hasta el 20% de los adolescentes presentan por lo menos un trastorno psiquiátrico. Entre los más comunes se encuentran: El trastorno de Conducta (TC), Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), los Trastornos de Ansiedad y los Trastornos Depresivos, como el Trastorno Distímico (TD) y el Trastorno Depresivo Mayor (TDM) en las siguientes menciones se pondrá en siglas. El TDM es particularmente importante, ya que puede convertirse en crónico o recurrente, afectando el funcionamiento y las relaciones interpersonales del individuo, o ser precursor de otros trastornos afectivos..

Diferentes estudios epidemiológicos han descrito una prevalencia del TDM de 12% entre los adolescentes en poblaciones clínicas se han encontrado el 27% y el

40%. De acuerdo al sexo, la frecuencia es similar en los niños, y cambia en los adolescentes en una relación de 2:1 con mayor prevalencia en las mujeres.

Entre las posibles causas de la aparición del TDM en los adolescentes se encuentran los factores biológicos (adrenarquia), los psicológicos (baja autoestima) y los ambientales (mal funcionamiento familiar).

En cuanto a su presentación clínica, aunque la taxonomía actual considera que el TDM en los adolescentes se asemeja por sus síntomas a los que presentan los adultos, la comorbilidad es mucho más frecuente en los adolescentes, y se asocia con un mayor número de episodios depresivos, más búsqueda de tratamiento y mayor frecuencia de intentos suicidas. La comorbilidad tiene una presentación diferente de acuerdo al sexo de los adolescentes; se ha encontrado mayor comorbilidad con Trastornos Internalizados, como el Trastorno Distímico (TD) y los Trastornos Ansiosos en mujeres mientras que en los hombres, la comorbilidad es mayor con Trastornos Externalizados como el Trastorno por Déficit de atención con Hiperactividad (TDAH), el Trastorno Desafiante Oposicionista (TDO) y el Trastorno de Conducta (TC). La presencia de Trastorno Depresivo Mayor (TDM) sin comorbilidad es más frecuente en las mujeres. La comorbilidad aumenta la severidad del Trastorno Depresivo Mayor (TDM) y deteriora el funcionamiento familiar, escolar social del adolescente, influyendo también en una menor respuesta al tratamiento farmacológico.

La determinación de la prevalencia del TDM y de sus patrones de comorbilidad permite conocer los factores que inciden en la severidad como y nos orienta sobre las mejores opciones terapéuticas para el adolescente. La presencia de un

Trastorno psiquiátrico comórbido en los adolescentes deprimidos parece ser más la regla que la excepción para esta población (De la Peña 1999).

Los objetivos de este estudio son comparar la prevalencia, severidad y su comorbilidad del Trastorno Depresivo Mayor (TDM), a dos grupos de estudiantes de nivel secundaria tanto de escuelas públicas como de privadas de la ciudad de México.

Para ello el capítulo 1 se explora lo que es la adolescencia, los diferentes postulados teóricos, así como la salud en ellos. En el capítulo 2 se explica la depresión en los adolescentes, postulados teóricos, clasificación del Trastorno depresivo Mayor según el DSMIV.

En el capítulo 3, se explica las principales comorbilidades del Trastorno Depresivo Mayor, en los adolescentes, y sus principales estudios. En el capítulo 4 se expone la metodología utilizada en la investigación, en lo que respecta en el capítulo 5 aparecen los resultados en gráficas de barra y en tablas descriptivas. En el capítulo 6, se elabora la discusión y conclusión y se concluye con las referencias bibliográficas y los anexos en donde se exponen diversos instrumentos, así como cartas de consentimiento.

**TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR, SEVERIDAD DEL PADECIMIENTO Y SU
COMORBILIDAD: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE ESCUELAS PÚBLICAS Y
PRIVADAS**

RESUMEN

Con el fin de detectar el Trastorno Depresivo Mayor (TDM), la severidad del padecimiento y su comorbilidad en adolescentes, se realizó la siguiente investigación que compara a dos grupos de estudiantes de nivel secundario tanto de escuelas públicas y privadas. Para tal propósito se diseñó un instrumento de tamizaje clínico para adolescentes que se integró con las siguientes escalas: Escala Dimensional de Psicopatología para Adolescentes (EDPA); Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers, (POSIT); Depresión Self Rating Scale (DSRS); Auto-reporte de ansiedad para adolescentes (AAA). Los diagnósticos psiquiátricos se integraron utilizando la Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA), esta entrevista se construyó de acuerdo con los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana en su cuarta edición (DSMIV). (De la Peña, Patiño, Mendizábal, Cortés, Cruz, Ulloa, Villamil y Lara 1998). La severidad de los síntomas fue evaluada por medio de la Escala de Birlson para TDM en la adolescencia (De la Peña, Lara, Cortés, Nicolini y Almeida, 1996). Las derivaciones de este estudio revelan que la prevalencia del Trastorno Depresivo Mayor en esta población es alta y con respecto a la comorbilidad se señala que el TDM tiene una alta comorbilidad con los siguientes trastornos: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), Trastorno Oposicionista Desafiante (TOD), Trastorno por Ansiedad de Separación (TAS), Trastorno Distímico (TD), Trastorno de Conducta (TC) y Fobia Específica (FE). Se reportó que mayoría de los pacientes diagnosticados con trastorno depresivo mayor pertenecían a escuelas públicas, habiendo diferencias estadísticamente significativas con las privadas.

Esta investigación determinó que la presencia del Trastorno Depresivo Mayor en adolescentes está asociada a otros trastornos psiquiátricos, que deben buscarse, prevenirse y tratarse al mismo tiempo con el fin de evitar que se deteriore el funcionamiento del adolescente.

CAPITULO 1

ADOLESCENCIA

1.1 Definiciones y conceptos sobre la adolescencia

1.1.1 Antecedentes

La adolescencia se investigó científicamente por primera vez durante el siglo XIX. Durante aquella época la investigación psicológica exageró de sobremanera la trascendencia de la adolescencia como una etapa preparatoria de la edad madura y durante un tiempo hubo científicos de lo social que consideraban el estudio de la adolescencia como “el punto focal de toda psicología”. No se preparaban procedimientos experimentales y controlados, sino que simplemente se interrogaba a los jóvenes acerca de su sentir.

Como consecuencia, abundaban las hipótesis, y se ganó muy poco en la sistematización de los conocimientos que se iban adquiriendo para formar una ciencia de la adolescencia, a raíz de esto se han ido mejorando los métodos para el estudio de la adolescencia, lo que ha permitido que los científicos propongan interpretaciones más objetivas y adecuadas respecto al comportamiento de los adolescentes. Algunos métodos para estudiar la adolescencia actual son: el método descriptivo utiliza los datos numéricos o biográficos; el método de investigación trata de supervisar los factores extraños: las investigaciones se llevan a cabo sistemáticamente en ambiente natural o en una situación manipulada, artificial. El método retrospectivo permite que el investigador capte los efectos a largo plazo de la socialización, sea mediante el método longitudinal (investigando a las mismas personas a intervalos periódicos), o por el método correlacional (investigando a los

individuos de diferentes edades en el mismo instante del tiempo) (Grinder, 2001).

La psicología considera que el ser humano cumple un largo período de crecimiento y aprendizaje entre su nacimiento y el logro de su madurez física y habilidad adulta (Horrocks, 1999). Dentro de estos periodos existen dos etapas de desarrollo humano antes de llegar a ser adulto, estas son: la niñez y la adolescencia. La adolescencia es la etapa que manifiesta que la infancia ha terminado y se cierra al entrar el individuo en la edad adulta. Esta nueva etapa empieza con cambios fisiológicos y psicológicos con la pre-adolescencia, después sigue con la pubertad y finaliza con la post-pubescencia (Erickson, 1968), sin embargo, existe un desacuerdo en cuanto al tiempo en que termina la etapa de la adolescencia, pero se sostiene que está finaliza cuando el individuo alcanza su madurez emocional, psicológica y social (Ordóñez, 2003), algunas autores como Margaret Mead (2001) mencionan que finaliza cuando ha cumplido con la experiencia, capacidad y voluntad requeridas para escoger entre una amplia gama de actividades y asumir el papel del adulto en la cultura en donde viva.

1.1.2 Definición

La adolescencia ha sido considerada desde 1800 por varias culturas y sociedades (en especial la alemana) como una etapa difícil y problemática, que está llena de contradicciones, problemas y crisis, además describen al adolescente como: un ser eufórico, egoísta y altruista, que desea la soledad y el aislamiento, pero recaba la vida grupal y la amistad, mientras unas veces

está lleno de entusiasmo idealista, otras veces se siente enfermizo y melancólico.

En los años cincuentas se definió a la adolescencia como la etapa de la vida humana que se extiende aproximadamente entre los doce y los veinte años (Horrocks, 1999), es considerada como una “situación marginal” en la cual han de realizarse nuevas adaptaciones; aquellas que dentro de una sociedad dada, que se distinguen de la conducta infantil y del comportamiento adulto.

Cronológica y biológicamente, es el lapso que comprende desde aproximadamente los doce o trece años hasta los primeros de la tercera década, con grandes variaciones conductuales y fisiológicas. Por ejemplo; tiende a iniciarse antes en las niñas que en los varones y acortarse en las sociedades primitivas. Los términos “adolescencia”, “edad adolescente” y “período adolescente”, se usan como sinónimos y la palabra adolescencia deriva de la palabra griega “adolescere = crecer”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), definió en 1978 la adolescencia como aquel período durante el cual:

“El individuo progresa desde un punto de la aparición inicial de los caracteres sexuales secundarios, hasta la madurez sexual,

Los progresos psicológicos del individuo y las pautas de identificación se desarrollan, desde niño hasta adulto.

Se realiza una transición del estado de dependencia socioeconómica total a una relativa independencia.

Tradicionalmente, la adolescencia ha sido considerada como un período crítico de desarrollo, en muchas culturas, especialmente en las sociedades más avanzadas tecnológicamente. Los que han estudiado científicamente la

conducta han señalado que la adolescencia representa un período de tensiones particulares en nuestra sociedad. Algunos, especialmente los de mayor espíritu biológico, le dan mayor importancia a los ajustes que exigen los cambios fisiológicos enfocados a la pubertad, sin exceptuar los aumentos de las hormonas sexuales, a los cambios en la estructura y función del cuerpo. Otros han propendido a descubrir en la cultura la causa primordial de los problemas de los adolescentes, y han hecho hincapié en las demandas numerosas, y grandemente concentradas, que nuestra sociedad ha hecho tradicionalmente a los jóvenes de esta edad: demandas de independencia, de ajustes heterosexuales y con los semejantes, de preparación vocacional, de desarrollo de una filosofía de la vida fundamental y normativa. (Papalia, 1997). Todavía no hay una definición de adolescencia ya que existen diferencias de opinión en lo que respecta a la importancia relativa de los factores biológicos, sociales y psicológicos.

Como conclusión consideraré a la adolescencia como un proceso de transición, es decir, es un tiempo durante el cual el sujeto pasa de un estado (infancia) a otro (madurez) y que las cuestiones y problemas con los que se enfrentan los individuos durante esta etapa son predominantemente el resultado de procesos transicionales que involucra tanto factores psicológicos como biológicos.

1.2 Teorías y conceptos sobre la adolescencia

Las teorías sobre la adolescencia son listas de problemas centrados en el ambiente de este periodo, y que consideran al individuo como casual o de enfoques centrados más en el individuo que en el ambiente; o de descripciones

relativamente teóricas de tal etapa. La combinación de las dos primeras se conoce como enfoque interaccionista.

Gessell concibe el desarrollo como un proceso gradual de establecimiento de patrones, que se extiende a lo largo del tiempo y cada año produce conductas características. El sistema de Gessell tiene flexibilidad al permitir cierta cantidad de traslape entre los grupos separados por edades, y por que reconoce que el desarrollo de cada niño concuerda con un patrón único de crecimiento característico de él como persona. El núcleo de la teoría de Gessell es su concepto de la interacción recíproca y la reincorporación en espiral. Considera que el patrón de desarrollo se repite una y otra vez en cada edad del individuo. Su teoría hace hincapié en los aspectos de maduración del crecimiento.

Según Piaget, las etapas del desarrollo cognitivo son: 1) etapa sensorio-motora (0-2 años) donde los niños muestran una vivaz e intensa curiosidad por el mundo que les rodea, su conducta está dominada por las respuestas a los estímulos; 2) etapa preoperacional (2-7 años) en la que el pensamiento del niño es mágico y egocéntrico, creen que la magia puede producir acontecimientos y los cuentos de hadas les resultan atractivos, además se cree el centro de todos los sucesos, que todas las cosas giran en torno a él, resultándole muy difícil ver las cosas desde otro punto de vista; 3) etapa de las operaciones concretas (7-11 años), el pensamiento del niño es literal y concreto, puede comprender que $8+11=19$, pero la formulación abstracta, como la de una ecuación algebraica, sobrepasa su captación, y 4) etapa de las operaciones formales en el nivel adulto, es capaz de realizar altas abstracciones y efectuar (11-15 años), aquí el niño realiza inferencias, es la

etapa correspondiente a las facultades superiores de los seres humanos.
(Piaget, 1998)

La teoría freudiana presenta al desarrollo en un marco biológico, en función de un despliegue secuencial de tres sistemas orgánicos vitales en un contexto de aprendizaje. Para entender las concepciones freudianas sobre el periodo de adolescencia, es necesario comprender algunos conceptos fundamentales de Freud, como la etapa oral, anal, genital, fálica, el complejo de Edipo, latencia, así como los dos impulsos básicos de la vida y muerte y las formulaciones estructurales del id, el ego y el superego. La etapa genital marca el comienzo de la pubertad y representa la disolución de la personalidad desarrollada la necesidad de definir y reagrupar sus defensas y modos de adaptación. Las luchas edípicas preedípicas despiertan de nuevo. Anna Freud considera que la adolescencia es inevitable y, normalmente, un periodo de tensión y conflicto. El hincapié que hace la teoría freudiana en el individuo es una de las características más destacadas.

A partir de la posición freudiana se han desarrollado varias teorías que se apartan de la de Freud, especialmente la de Adler, quien sustituyó el impulso sexual postulado por Freud como impulso de poder. Otras teorías que se han apartado de Freud son las neofreudianas, como las de Fromm, Horney, Kardiner y Sullivan. Este último difiere de Freud en cuanto al énfasis que pone en la forma como el niño percibe el mundo y se adapta a éste. Sullivan dividió el desarrollo en seis etapas sucesivas, y consideró a la adolescencia en función de desarrollo temprano y desarrollo tardío.

Las tareas del desarrollo son aquellas que surgen en alrededor de cierto periodo de la secuencia del desarrollo. El dominio de la tarea conduce a una

conducta de ajuste y al éxito con tareas posteriores. Fallar en esto acarrea desajustes, desaprobación social y dificultades con tareas subsecuentes. Havighurst propuso diez tareas del desarrollo. Las tareas psicosociales que enumera Erikson son formas de tareas del desarrollo que se le presentan en secuencia al individuo a medida que atraviesa por las ocho etapas del desarrollo. Cada etapa plantea una situación conflictiva que debe resolverse para que el curso del desarrollo de una persona normal y relativamente carezca de problemas. El tema principal de la adolescencia es la difícil búsqueda de la identidad del ego.

Lewin fue un teórico de campo que consideró que el mayor problema de la adolescencia era el hecho de que el espacio vital del adolescente le presenta objetivos que su cultura no le permite alcanzar. En consecuencia, se frustra, y a menudo desarrolla una conducta agresiva o aislacionista.

La teoría del E-R se caracteriza por un diseño de investigación parsimonioso, con procedimientos experimentales objetivos que analizan aspectos relativamente sencillos de la conducta en condiciones controladas, una creencia en la primacía del aprendizaje como base de la conducta, y la renuencia a utilizar formulaciones hipotéticas psicológicas y de tipo subjetivo. (Horrocks, 1999)

Existen diferentes conceptos y postulados teóricos que han intentado explicar la etapa del adolescente, en este apartado se presentó un bosquejo de dichas teorías con el fin de presentar un panorama del tema en estudio.

1.3 La salud en adolescentes de México

En el país existe un porcentaje significativo de población menor a 15 años, un importante descenso en los índices de natalidad y una especialización de las tasas de mortalidad con vida más prolongada, por lo que empieza a presentarse un fenómeno de “envejecimiento” poblacional, al ir aumentando la esperanza de vida que, para 2001, se estimó en alrededor de 76 años para las mujeres y 70 años para los hombres. Este fenómeno ha incrementado los problemas de salud característicos de los grupos de edad avanzada (OPS, 2004).

Con base en la información registrada por el Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (INEGI, 2000), se reportan los porcentajes sobre la forma en que se ha comportado la población en los últimos 30 años e indica la proyección de crecimiento de los siguientes 10 años. Los porcentajes corresponden a las variaciones ocurridas de una década a otra. La población menor de 14 años ha tenido una tasa de crecimiento positiva en los últimos treinta años, y se espera que esta tasa disminuya en los siguientes diez años. La población adulta senil, en cambio, ha tenido un incremento constante. Esta situación, a su vez, plantea que en un futuro próximo coexistirán las enfermedades de la niñez con un número creciente de problemas de salud característicos de los grupos de edad avanzada.

El 25% de la población de México —13 a 64 años— padece de problemas psíquicos, predomina la angustia, la adicción al alcohol, y la depresión. En lo concerniente a la depresión, ésta afecta a unos 4 millones de mexicanos y es la cuarta causa de discapacidad en el mundo, sin embargo, las tendencias indican que en dos décadas ocupará el primer lugar, incluso por encima de las

enfermedades cardiovasculares y cáncer, lo que se refleja en la tasa de suicidios de 1.13% en 1970 a 2.55% en 1991, es decir se ha incrementado en 125%. Es así, que de los 4 millones de mexicanos que padecen depresión, 15% acaban en el suicidio, el 1.6% lo ha intentado. Asociado al estrés, se encuentra el desarrollo de enfermedades psicofisiológicas y coronarias, así como sentimientos de desesperanza e incapacidad para enfrentar los eventos de la vida. Aunado a estos eventos, la crisis económica y social que vive la sociedad mexicana favorece la marginación cultural y un estilo de vida en el que predominan la incompetencia y el desaliento. Se advierte un incremento en los índices de criminalidad, situación que genera desconfianza e inseguridad en la población. De igual forma se da un incremento en la violencia intrafamiliar, abuso sexual y desintegración familiar. Aumenta el consumo de tranquilizantes y antidepresivos. Otro factor que genera problemas se relaciona con el ambiente específicamente la contaminación ambiental, se reporta que la ionización del aire, altera el estado de ánimo, la percepción, la memoria y la coordinación visomotora (De la Fuente, Medina-Mora y Caraveo, 1997). Ante estos hechos, los valores y creencias predominantes se modifican y surgen otros, que afectan a las personas en lo individual, social y familiar.

La Organización Mundial de la Salud informó en 2003 que la población adolescente aumentó en la segunda mitad del siglo XX de 5 a 21 millones. Desde los años sesentas se ha mantenido estable el número absoluto (alrededor de 12 mil), aunque la tasa ha descendido de 2.4 a 0.5 % por 1000 jóvenes. Es indudable que se trata de grupo de población más sano, esto da como resultado que el adolescente actual utiliza menos servicios de salud y es uno de los grupos de edad en el que se presentan menos defunciones.

Sin embargo en esta etapa, es donde se inician exposiciones a factores de riesgo, como las drogas y el consumo de alcohol y tabaco, que determinan problemas en su edad y la aparición de trastornos, que afectan con el paso del tiempo a las personas.

En México a la población adolescente en general se percibe como sana, aunque 2% de ella considera que su salud es mala. (Secretaría de Salud, 2004)

El principal problema de salud que se registra en jóvenes son accidentes y violencias, que se expresa en los niveles más elevados de utilización de servicios. Los traumatismos y las fracturas representan un alto porcentaje dentro de los motivos de egreso hospitalario.

Mueren principalmente por causas *externas*, llama la atención que en los hombres de 15 a 19 años de edad sean los homicidios la principal causa y que en las mujeres de esa edad las causas maternas (embarazo) aparecen entre los principales motivos de defunción. Entre las causas externas no accidentales aparece en todas las edades el suicidio es proporcionalmente más frecuente en mujeres y el homicidio en los hombres. (Celis, 2003).

La adolescencia es una etapa en el desarrollo personal, en la que pueden aparecer algunos problemas que pueden desembocar en trastornos serios si no se detectan a tiempo. Existen factores de riesgo esperados conocidos como normativos y otros no esperados como no normativos estos últimos pueden desarrollar trastornos como anorexia, depresión, fracaso escolar, y problemas con las drogas. También existe la resiliencia. Que es la habilidad para resurgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva. (Munist, Klotiarenco, Suárez, Infante y Grotberg. 1998).

CAPITULO 2

DEPRESION

2.1 Definición de la depresión

2.1.1 Antecedentes

El estudio de los trastornos del estado de ánimo se remota en su historia hasta los primeros registros escritos de la humanidad. La primera descripción clínica objetiva de la depresión fue hecha por Hipócrates, quien llamó a la depresión melancolía, e infirió que estaba estrechamente vinculada con los “humores”. La categorizó, junto con la manía, el delirio y la paranoia, como uno de los cuatro principales tipos de enfermedades psiquiátricas.

Areteo de Cappadocia, en el siglo II, formó un cuadro más completo y notablemente moderno de este desorden. Sugirió que la depresión era causada por factores puramente psicológicos y enfatizó la importancia de las relaciones interpersonales en el curso de la enfermedad. Además observó que la depresión es un padecimiento recurrente y que la recuperación después de un episodio no aseguraba la cura. (Kaplan, Freedman y Sadock, 1980)

En el renacimiento resurgió el interés en la depresión con un nuevo enfoque de sus causas y se volvió a plantear que la melancolía y la manía suelen alternar en el mismo individuo.

Con la difusión de la revolución científica, los investigadores en psiquiatría estudiaron los agentes fisiológicos relacionados con las enfermedades mentales. A mediados del siglo XIX Kraepelin, buscando un sistema de clasificación operativo, basado en el modelo de la medicina, consideró que los desórdenes psiquiátricos tenían una causa orgánica aunque está no fuera

identificada, un curso característico y un desenlace predecible; de esta manera, discriminó los elementos comunes entre los síndromes descritos individualmente y los consolidó en tres categorías principales: a) demencia precoz, b) parafrenia y c) psicosis maniaco-depresiva (Jarne y Talarn, 2000).

En el siglo XIX, Griesinger y Descuret realizaban el diagnóstico de “nostalgia de niños” en donde en 1921 Kraepelin presentó un trabajo epidemiológico con una muestra de 900 pacientes diagnosticados como maniaco-depresivos, y encontró que en 4% había presentado el primer episodio antes de los diez años. Alrededor de 1930, con influencia de la corriente psicoanalítica, se consideró que la depresión infantil no existía por ser esta una patología vinculada estrechamente al desarrollo del superyó, según algunos autores.

Otras posturas distintas como las de Klein, Spitz y Anna Freud, quienes reconocieron la existencia de la depresión infantil.

Finalmente en los 70's surgió el concepto de “depresión enmascarada”, en la que se acepta el término depresión infantil, pero encubierta bajo síntomas como irritabilidad, problemas de conducta y agresividad. A partir de entonces, se empezó a aceptar abiertamente la depresión infantil; así en 1971, la Unión Europea de paidopsiquiatras, en el IV congreso de paidopsiquiatría en Estocolmo, eligió como tema “Los estados depresivos en el niño y el adolescente”.

Lo que propicio polémica sobre la existencia de la depresión infantil, la discusión se concluyó el enfrentamiento entre Costello, (defensor de la existencia de la depresión infantil), y Lefkowitz Burton, (que la negaban). Estos últimos dicen que los síntomas aparecen con elevada frecuencia en los niños y desaparecen conforme van creciendo.

En los últimos años el concepto de la “depresión infantil” contemplado desde una perspectiva evolutiva ha cobrado vigencia; se acepta que hay características similares entre niños y adultos pero también ciertas diferencias propias para cada momento del desarrollo. (Solloa, 2001).

2.1.2 Teorías sobre la depresión

La mayoría de los investigadores cree que la depresión es el resultado de la interacción entre características biológicas, vulnerabilidades fisiológicas de una persona y la frecuencia de sucesos estresantes o situaciones difíciles de superar en su vida. A pesar de esta hipótesis tan difundida de que las características de una persona y determinada situación son importantes, cada una de las perspectivas trata de comprender las causas de la depresión y encontrar estrategias de tratamiento efectivas.

Los diferentes planteamientos teóricos de la depresión producen distintos tipos de estudios y diversos datos que debemos agregar a nuestro entendimiento de las causas y tratamiento de este trastorno complejo.

Modelo biológico: Supone que la causa de la depresión se encuentra ya sea en los genes o en un mal funcionamiento fisiológico que puede tener o no una base en la herencia. El papel de la herencia en estudios de gemelos y familias sugieren con claridad un componente genético tanto en la depresión grave como en los bipolares. Un estudio en 1988 reveló que existe un riesgo mucho mayor de desarrollar una depresión grave si el gemelo idéntico de la persona padece este trastorno (54%) que si lo padece el padre, el hermano o la hermana (16.6%). Las probabilidades de desarrollar este trastorno son aún

menores si una persona no tiene parientes cercanos a quienes se les haya diagnosticado un trastorno así. Estas cifras señalan que la depresión se relaciona con la constitución genética.

También existen estudios con familias que demuestran que mientras más joven sea la persona cuando ocurre la primera depresión, es decir (los familiares de las personas que presentaron un episodio de depresión grave antes de los veinte años de edad), es ocho veces más probable que padezcan de depresión que los familiares de los sujetos normales.

A pesar que los factores genéticos parecen ser importantes en muchos casos de depresión, el mecanismo exacto de la herencia de está no es claro e incluso puede variar de una familia a otra. (Sarason y Sarason, 2002).

Modelo psicoanalítico: Plantea que la pérdida simbólica o real de un objeto con quien se estableció una relación ambivalente (odio-amor) durante la infancia, origina la agresividad del sujeto, la cual en lugar de manifestarse hacia el medio exterior, se vuelca contra él, entonces el instinto agresivo se convierte en afecto depresivo.

Modelo psicológico-experimental: Afirma que, en el curso de su vida, el sujeto aprende a comportarse en forma depresiva por miedo a enfrentarse a otros estímulos más dolorosos, elige, sin que intervenga su voluntad, el comportamiento depresivo porque resulta menos doloroso y encuentra pequeñas recompensas.

Modelo sociológico: Supone que los eventos desafortunados de la vida producen una crisis en el sujeto que le significa la pérdida del status social. (Wicks, 1999).

Modelo cognitivo: La base de este es la idea de que la misma experiencia puede afectar a dos personas en forma muy diferente. Parte de esta diferencia se debe a la manera en que cada persona considera el suceso, a los conocimientos que cada una tiene sobre éste. (Sarason y Sarason, 2002).

2.1.3 Definiciones clínicas de la depresión

Ya que la depresión es ampliamente utilizada en el lenguaje coloquial, resulta conveniente explicar las diferentes concepciones que puede tener el ámbito de la psicología clínica, en donde la depresión puede ser discutida como un síntoma, un síndrome o como un trastorno del estado del ánimo.

Síntoma Depresivo: La palabra depresión, cuando se utiliza como un síntoma individual, tiene un significado muy amplio desde un ánimo triste o infelicidad, hasta sentirse desdichado o melancólico, o bien indicar un estado de ánimo disfórico. Estos síntomas depresivos son relativamente comunes a lo largo de la vida, pero también puede formar parte de un trastorno psiquiátrico determinado, aunque no necesariamente de tipo afectivo.

Síndrome Depresivo: Hay un conjunto de signos y síntomas que ocurren juntos regularmente y no están asociados por casualidad. Se acepta de un modo generalizado que la depresión como síndrome consiste en nueve

síntomas primarios, junto con un estado de ánimo depresivo y la pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, por lo menos durante dos semanas.

Trastorno Depresivo: El término “trastorno depresivo” posee connotaciones todavía más específicas que el de síndrome. El uso de depresión para designar un trastorno no solo significa que existe un síndrome depresivo que es hasta cierto punto incapacitante en importantes áreas de la vida (como el rendimiento escolar, relaciones interpersonales), sino que también existe un cuadro clínico característico con un tiempo de duración, una historia característica, una respuesta particular al tratamiento y determinados correlatos familiares, ambientales, biológicos, cognitivos o una combinación de ellos. El cual será utilizado en el presente trabajo. (Solloa, 2001).

Así mismo el término depresión suele emplearse como un concepto genérico que se asigna a un conjunto de desórdenes de la afectividad, el cual se presenta en forma de alteraciones únicas o en compañía de otros estados patológicos (De la Fuente y Campillo-Serrano, 1975). Los trastornos depresivos abarcan una gran variedad de diferentes aproximaciones y, quizá, muchas entidades clínicas (Wolman y Stricker, 1990). Como ya se mencionó existen aproximaciones teóricas que pretenden conocer sus causas etiológicas, la variabilidad de éstas resalta la complejidad del trastorno.

2.1.4 Clasificación de los trastornos depresivos según el DSMIV

Han sido muchas las clasificaciones que se han propuesto dentro de los trastornos del estado del ánimo. Anteriormente se ha comentado la importancia que supuso la descripción de la psicosis maníaco depresivo hecha por Kraepelin y las apreciaciones clínicas de Freud respecto a lo que él denominó depresión neurótica. Esta idea de que existen dos maneras diferentes de expresar las alteraciones del humor ha sido recogida ampliamente en la bibliografía. Así, desde un criterio descriptivo, se ha hablado de depresiones psicóticas como aquellas que cursan con alucinaciones y/o delirios, en contraposición con las depresiones neuróticas, que no presentan gran gravedad. Otros autores han diferenciado entre depresiones endógenas y exógenas (o reactivas) en función de la presencia o ausencia de factores precipitantes. La depresión endógena surge sin relación aparente con factores ambientales fácilmente evidenciables, mientras que la depresión exógena muestra una asociación directa con factores ambientales o con un conflicto psíquico determinado, como puede ser un duelo mal elaborado. Por último, se ha diferenciado entre formas unipolares y bipolares de la depresión según la ausencia o presencia de fases maníacas, respectivamente.

En general, podemos decir que debido al uso mayoritario del sistema de clasificación de los trastornos mentales propuesta por la Sociedad Americana de Psiquiatría, los vocablos de depresión exógena, endógena o neurótica prácticamente no se utilizan y ha acabado por imponerse la terminología del DSM.

A partir de la tercera revisión del DSM los trastornos del estado del ánimo se describen separadamente de los trastornos psicóticos y los trastornos de

ansiedad. En su cuarta y última revisión (1994), el comité elaborador del manual, siguiendo las propuestas de consultores de todo el mundo, dividió los trastornos del estado de ánimo en:

- Trastorno depresivo mayor
- Trastorno distímico
- Trastorno depresivo no especificado
- Trastorno bipolar I
- Trastorno bipolar II
- Trastorno ciclotímico
- Trastorno bipolar no especificado
- Trastorno del estado del ánimo debido a enfermedad médica
- Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias
- Trastorno del ánimo no especificado

Además el DSM-IV diferencia entre trastorno y episodio. El episodio se refiere a la sintomatología actual del paciente. De esta manera, se han descrito cuatro posibles tipos de episodios afectivos: episodio depresivo mayor, episodio maníaco, episodio mixto y episodio hipomaniaco. El término trastorno es más amplio que el de episodio, al cual incluye, y tiene en cuenta la evolución del paciente y no solo su sintomatología actual.

También se propuso mejorar la especificidad diagnóstica, crear subgrupos más homogéneos, servir para la elección del tratamiento y mejorar la predicción diagnóstica, se pueden añadir especificaciones en el diagnóstico. Así, hay especificaciones que se refieren al episodio afectivo actual y otras

describen el curso de los episodios afectivos recidivantes. (Jarne y Talarn, 2000).

Especificaciones del episodio y del curso que se aplican a los trastornos del estado de ánimo	
Especificaciones del episodio actual	Especificaciones del curso del trastorno
<ul style="list-style-type: none"> • Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos • En remisión parcial, en remisión total • Crónico • Con síntomas catatónicos • Con síntomas melancólicos • Con síntomas atípicos • De inicio en el posparto 	<ul style="list-style-type: none"> • Especificaciones de curso (con o sin recuperación completa) • Con patrón estacional • Con ciclos rápidos

2.2 Trastorno depresivo mayor en adolescentes

2.2.1 Descripción y diagnóstico del trastorno depresivo mayor

En los adolescentes el trastorno depresivo mayor se caracteriza principalmente por tristeza, irritabilidad o aburrimiento, que interfieren de manera importante con la capacidad de trabajar y estudiar. La complicación más grave de la depresión es la conducta suicida. (Gómez y cols, 2005).

No todas las personas que padecen trastorno depresivo mayor presentan el mismo número de síntomas, ni la misma intensidad.

De trastorno depresivo mayor la parte más grave es la conducta suicida que consiste en sentir o pensar de manera ocasional o recurrente acerca de la muerte, puede ser en la muerte de alguien más o en su propia muerte.

La conducta suicida se observa aproximadamente en el 30% de los adolescentes que padecen Trastorno depresivo mayor, pero afortunadamente pocos lo consuman. (Solloa, 2001).

La sintomatología propia de este trastorno es la siguiente:

A) Presencia de 5 o más de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas.

- 1) Estado de ánimo la mayor parte del día, casi todos los días. En el caso de los niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.
- 2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días.
- 3) Presenta pérdida de peso, apetito o ambos, o por el contrario come más de la cuenta y ha aumentado de peso sin estar a dieta.
- 4) Insomnio o hipersomnio casi todos los días.
- 5) Agitación y elentecimiento psicomotores casi todos los días.
- 6) Experiencia subjetiva de fatiga y pérdida de energía.
- 7) Sentimientos inadecuados de inutilidad, culpa excesivos casi todos los días.
- 8) Dificultad para concentrar, recordar y tomar decisiones.
- 9) Presencia de pensamientos sobre la muerte o suicidio (DSM-IV- 2002).

2.2.2 Epidemiología

En la generalidad de los estudios, los índices de la prevalencia del trastorno depresión mayor entre adolescentes es de 12% en poblaciones clínicas se ha encontrado el 27% y el 40%, siendo la principal categoría encontrada en esta edad (De la Peña, Ulloa Páez, 1999). De acuerdo al sexo, la frecuencia es similar en los niños y en la adolescencia se mantiene un hombre por cada dos mujeres. Es importante mencionar que los sujetos nacidos a final del siglo XX tienen un mayor riesgo de manifestar un Trastorno depresivo mayor, y que estos mismos la presentan a una menor edad; este fenómeno se ha llamado “efecto de cohorte de nacimiento” o “incremento secular”. No existe una explicación clara al respecto aunque algunos investigadores señalan las innovaciones en la metodología diagnóstica de reconocimiento como elementos explicativos de este fenómeno (Beecham, 1997).

2.2.3 Etiología

Se han identificado múltiples causas de los trastornos depresivos, las que generalmente, interactúan entre sí, como a continuación se menciona.

- Predisposición biológica: herencia, alteración hormonal o bioquímica.
- Biográfica: estilo de personalidad, estilo de crianza, características familiares.
- Situaciones ambientales: situaciones estresantes, conflictos familiares, fracaso (escolar), pérdidas (abandono amoroso, duelo).

Los estudios señalan que los principales factores asociados con mayor presentación de síntomas en adolescentes son:

- La pertenencia a una minoría

-
- Un bajo nivel socioeconómico
 - Una constelación familiar conflictiva o desintegrada
 - Un bajo desempeño escolar (Beecham, 1997).

2.2.4 Curso y pronóstico

La evolución del trastorno depresivo mayor en los adolescentes se debe a un padecimiento crónico y recurrente, sin embargo, muy pocas investigaciones han determinado de manera prospectiva los intervalos de recaídas, aunque éstas parecen estar relacionadas con una mayor comorbilidad y un peor funcionamiento psicosocial, incluyendo bajo aprovechamiento o abandono escolar.

La tasa de recuperación a dos años en la depresión mayor entre los adolescentes es alrededor del 85% (Beecham, 1997).

2.2.5 Tratamiento

El tratamiento para los adolescentes debe ser integral, tiene que tratarse de manera biológica, psicológica y social. Que a continuación se describen:

Tratamiento biológico: Consiste en el uso de fármacos como antidepresivos, los utilizados en adolescentes con TDM, son los que se denominan tricíclicos como la imipramina, amitriptilina y la desipramina, que han sido los medicamentos más analizados; en estudios abiertos se ha observado una tasa de respuesta de entre el 44 y el 75% con estos medicamentos (Beecham, 1997).

Tratamiento psicológico: Existen varias terapias que se ajustan a las necesidades de cada caso en particular, entre ellas, la psicoterapia individual, grupal y familiar.

Tratamiento social: Consiste en una intervención del equipo de salud mental o escolar, para mejorar las condiciones sociales que favorecen que los síntomas depresivos aparezcan o se mantengan. Las principales intervenciones en esta área, son la psicoeducación, la intervención familiar, la consejería y los grupos de autoayuda (Solloa, 2001).

En conclusión se puede decir que los trastornos depresivos conforman el problema mental con mayor grado de incidencia a escala mundial; cada año, más de 100 mil personas en todo el planeta son diagnosticadas con trastornos depresivos y son 10 veces más frecuente que la esquizofrenia (Wolman y Stricker, 1990). En América Latina, los trastornos depresivos significan el 17.3% de los años de vida perdidos por incapacidad debido a problemas de salud mental (Desjarlais, Eisenberg, Good y Kleinman, 1995). Los trastornos afectivos se encuentran con gran frecuencia en los adolescentes, tanto en población clínica como general; en la actualidad los índices de prevalencia están entre 38 y 40% (De la Peña, Estrada, Almeida y Páez, 1999). Si se considera que el 19% de la población mexicana está conformado por personas que están en la etapa adolescente, el problema adquiere dimensiones considerables dentro del ámbito de la salud pública (INEGI, 2000). Sin embargo, y a pesar del gran cúmulo de las investigaciones, aún no existe un acuerdo sobre cuál es la etiología, la sintomatología y los métodos de tratamiento idóneos para el trastorno depresivo (Tapia, 2002).

CAPITULO 3

COMORBILIDADES DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

3.1 Definición de comorbilidad

3.1.1 *Clasificación de la comorbilidad*

La comorbilidad se acuñó en el contexto de las enfermedades crónicas para referirse a cualquier nueva entidad clínica adicional a la ya existente y fue rápidamente adoptada para describir la coexistencia de dos o más trastornos mentales. Los estudios de psicopatología infantil y de adolescentes han hallado que la comorbilidad frecuentemente constituye la regla y que el promedio de diagnósticos psiquiátricos coexistentes en clínicas adolescentes mexicanos es de 2:5 las investigaciones epidemiológicas de población confirman este tipo de comorbilidad (Ruiz, 2004).

De acuerdo con Kaplan y Feinstein en 1974, hay por lo menos tres tipos distintos de comorbilidad (cuadro 1):

- 1) Comorbilidad patogénica. Esta asociación se presenta cuando una determinada enfermedad “facilita” el desarrollo de otra. Por ejemplo, la diabetes mellitus facilita el desarrollo de enfermedades renales o cardiovasculares. En psicopatología, por ejemplo, es más común encontrar un trastorno de agorafobia posterior a la instalación de crisis de pánico, que encontrarla en forma aislada; en este sentido puede decirse, entonces, que estas dos entidades tienen una asociación patogénica.

-
- 2) Comorbilidad diagnóstica. Esta sucede cuando los diagnósticos de dos o más entidades clínicas se sustentan en síntomas individuales y no específicos. Por ejemplo la dificultad en la concentración se puede encontrar tanto en la ansiedad generalizada como en la depresión. Desde luego que en un sentido estricto este tipo de comorbilidad es artificial, ya que se basa en el grado en que las enfermedades comparten síntomas similares y no en su asociación.
- 3) Comorbilidad pronóstica. Lo que sucede en este tipo de comorbilidad es que la presencia es simultánea de dos enfermedades puede predecir el desarrollo de una tercera. Por ejemplo se ha comprobado que el riesgo de desarrollar alcoholismo es mas elevado en un sujeto que tiene simultáneamente depresión y crisis de pánico, que en otro que presente alguno de los dos.

CUADRO 1

Clasificación de la comorbilidad

<i>Ejemplos</i>	
<i>Tipo</i>	<i>Patología psiquiátrica</i>
<i>1) Patogénica</i>	<i>Crisis de angustia</i> ⇓ <i>Agorafobia</i>
<i>2) Diagnóstica</i>	<i>Dificultad de concentración</i> <i>en</i> <i>Depresión</i> <i>o</i> <i>Ansiedad generalizada</i>
<i>3) Pronóstica</i>	<i>Depresión + crisis de angustia</i> ⇓ <i>Alcoholismo</i>

Desde luego que esta clasificación en ocasiones se traslapa, mientras no se conozca lo suficiente sobre la patogénesis de los diversos trastornos para poder hacer distinción sobre una base real, por lo que es poco aplicable (Berlanga, 1993).

Es conocida la alta prevalencia de los trastornos afectivos tanto en población general como en población clínica. Se sabe que algunos de los síntomas o trastornos afectivos aparecen con una alta frecuencia en muchas de las patologías psiquiátricas, como son los trastornos de ansiedad, los trastornos obsesivo-compulsivos, los trastornos de alimentación, los trastornos esquizofrénicos y el abuso de sustancias, sobre todo el alcoholismo.

En los estudios revisados se observa que existe un incremento, aparentemente imparable de la comorbilidad, y puede ser debido a que se tiende, cada vez más, a una inespecificidad nosológica, etiopatogénica y, probablemente, terapéutica (Campos y Martínez-Larrea, 2004).

3.1.2 Evidencia de comorbilidad en los trastornos depresivos

Hay diversas formas de estudiar al fenómeno de la comorbilidad, que han permitido tener una idea más clara de elementos tales como su forma de presentación, los tipos de comorbilidad y la permanencia a lo largo del tiempo. A continuación se resumen algunos de los principales hallazgos en relación con la depresión.

1) Estudios Epidemiológicos

Diversos estudios, cuyo objetivo ha sido conocer la prevalencia e incidencia de los trastornos mentales en la población en general, se han percatado de que algunos de los padecimientos afectivos tienden a asociarse entre sí o con otros trastornos. Por ejemplo, el estudio epidemiológico del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos, que fue desarrollado en las dos década pasada y que incluyó

la evaluación de cerca de 20,000 sujetos en comunidades tanto rurales como urbanas, reportó una prevalencia de depresión mayor del 3.0 en el periodo de los seis meses anteriores a la entrevista, y 5.8 tomando en cuenta toda la vida del sujeto.(Regier, Boyd, Burke, Rae y Myers, 1988), Este mismo estudio encontró, además, que el 1.9 y el 3.6 de la muestra, presentaba depresión asociada con diversos tipos de ansiedad, en los dos períodos respectivos. Esto significa que alrededor del 33% de los sujetos que presentaban o habían presentado trastornos depresivos, habían tenido trastornos de ansiedad (Weissman y Merikangas, 1986). Por lo que respecta a la depresión mayor con abuso o dependencia de alcohol o drogas, está se presentó en el 1.2 de la muestra en el período de toda la vida. Los estudios epidemiológicos, por lo tanto, muestran información que hace evidente que los trastornos depresivos se presentan simultáneamente con trastornos de ansiedad, en un porcentaje considerable.

2) Estudios Clínicos

La comorbilidad reportada en los estudios clínicos de sujetos deprimidos es desde luego más elevada en comparación con lo reportado en los estudios epidemiológicos (Winokur, Black y Nasrallah, 1988). Esta diferencia se explica por el hecho de que es de esperarse que los sujetos que acuden a buscar ayuda médica por sus alteraciones, tengan necesariamente cuadros más complicados en comparación con los sujetos de población general que son detectados en los estudios epidemiológicos y que no buscan por sí mismos tratamiento. Se ha encontrado en estudios clínicos que casi la mitad de los sujetos hospitalizados por

tener Trastorno Depresivo Mayor, tenía junto con este padecimiento, otro trastorno psiquiátrico no afectivo (Andreasen y Winokur, 1979).

Al comparar a los pacientes deprimidos con y sin comorbilidad, se han encontrado varias similitudes y también varias diferencias: son parecidos en cuanto al tipo de síntomas, severidad del cuadro y tipo de tratamientos recibidos, son distintos en que los que presentan comorbilidad tienen una edad de inicio más temprana de su padecimiento, sus episodios son más duraderos y tienen mayor frecuencia antecedentes familiares de alcoholismo y trastorno de personalidad. Por lo tanto también hay evidencia clínica de comorbilidad en la depresión mayor, demostrándose que con ello se generan dificultades por ser cuadros más complejos, y con menos posibilidades de mejoría.

3) Estudios genéticos

La genética ha aportado también datos importantes para el estudio del fenómeno de comorbilidad, sobre todo en lo que respecta a la asociación de depresión y ansiedad. Las estrategias de investigación en este campo han sido múltiples y entre ellas podemos citar: 1) los estudios de casos controles 2) los estudios descendentes, 3) los estudios ascendentes 4) los estudios de alto riesgo. En el caso de la genética sus resultados están encaminados a demostrar la comorbilidad no tanto intrasujeto sino intrafamiliar, es decir, la asociación de padecimientos que se encuentra en los parientes de primer grado de los sujetos con trastornos depresivos (Coryell, Endicott, Andreasen, Keler y Clayton, 1988). En conjunto los resultados de estudios generan amplia evidencia de que los familiares en primer grado, de los pacientes deprimidos, tienen un riesgo elevado

de presentar trastornos de ansiedad o depresión, en un rango que va del 41 al 75% (Gershon, 1983), siendo la frecuencia de transmisión muy similar para los dos tipos de trastornos. La evidencia genética ha propuesto, por lo tanto, dos hipótesis explicativas del fenómeno de comorbilidad: la primera propone una asociación causal, es decir, un determinado padecimiento produce o facilita el otro. La otra explicación propone que dos o más enfermedades distintas son manifestaciones de una misma causa etiológica subyacente.

3.2 Principales trastornos comórbidos del trastorno depresivo mayor

Ansiedad y depresión

La ansiedad y la depresión se han analizado desde tres puntos de vista: el primero es tradicional, que era el concepto de dos trastornos separados y se aceptó en la práctica clínica durante las décadas de 1960 a 1970. El segundo se refiere a la dicotomía diagnóstica que ha continuado en los últimos años con subcategorización de los trastornos de ansiedad y depresión. En el área de ansiedad ha reconocido múltiples subtipos, cada uno con su propia identidad nosológica, pronóstica, manejo conductual y psicofarmacológica único; por lo que a la depresión se refiere, se han realizado algunos debates sobre sus subcategorías. El punto de vista de la comorbilidad ha aumentado su reconocimiento. Esta coexistencia se ha encontrado con más frecuencia en el estudio de entidades como el trastorno de pánico y el trastorno obsesivo compulsivo, en los cuales se reconoce una alta incidencia del trastorno depresivo mayor. Así mismo, el trastorno depresivo mayor es un padecimiento comórbido, de los trastornos de ansiedad. El tercer punto de vista es el "mixto", en el que los

pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad pueden tener síntomas de depresión al mismo tiempo que no cumplan con los criterios para un segundo diagnóstico del trastorno depresivo mayor y viceversa (Stahl, 1993).

La relación de la ansiedad y depresión pueden tener diferentes formas; por ejemplo, puede ser una sobreposición de dos trastornos distintos que iniciaron, o no, al mismo tiempo; depresión con síntomas de ansiedad, ansiedad con síntomas de depresión o como síntomas secundarios a un trastorno médico o psiquiátrico (Lidiar y Brawman, 1998).

Además, la depresión mayor es una comorbilidad común del trastorno de ansiedad generalizado, el trastorno de pánico, la fobia social, el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno por estrés postraumático. Entonces, la comorbilidad de los trastornos ansiosos y depresivos es la regla, más que la excepción (Ninan, 1999).

Depresión y abuso de sustancias

Depresión y abuso de sustancias: Hay muchas hipótesis para las tasas de comorbilidad de trastornos psiquiátricos y por uso de sustancias. Ya que ambos son comunes, un rango significativo de comorbilidad se puede atribuir a una simple asociación por probabilidad. Además, los trastornos primarios por uso de sustancias predisponen a problemas psiquiátricos, tanto por bases neuroquímicas como psicósomáticas. Los estados de intoxicación y abstinencia también producen síntomas psiquiátricos.

Existen varias hipótesis de que las drogas inducen estados de deficiencia relacionados con la depresión (Extein Y Gold, 1993).

Alcoholismo

Se ha encontrado una relación significativa entre la depresión y alcoholismo en los estudios clínicos y epidemiológicos (Spak, Spak y Allebeck, 2000). El uso y abuso de alcohol está ligado a la depresión en muchas dimensiones, las que incluyen: historia familiar, efectos tóxicos pruebas psicológicas y otras. (Berner y Lesh, 1986). Kendler y su equipo encontraron diferentes factores genéticos que influyen, de manera independiente, en la predisposición a la depresión mayor y al alcoholismo, respectivamente (Spak, Spak y Allebeck, 2000). La relación entre alcoholismo y la depresión es multifacética; se han propuesto varios modelos para explicar su co-ocurrencia. El alcoholismo y depresión pueden ocurrir sincrónica o secuencialmente por casualidad; la depresión puede precipitar o intensificar el alcoholismo y viceversa.(Linnoila, 1989).

Drogas

La comorbilidad de la depresión con el uso diario de drogas es mayor del 40% según la ECA y la Encuesta Nacional de Comorbilidad, también se asocian consistentemente los trastornos afectivos con el uso de sustancias (Merikanges, Angst, Eaton, Canino, Rubio-Stipec y Wacker, 1996). Estas comorbilidades varían de acuerdo con el tipo de droga consumida, con tasas de por vida de trastorno depresivo mayor del 54% en dependientes de opiodes, 38% en consumidores de alcohol y 32% en pacientes afectos a los estimulantes,(Kosten, Markou y Koob, 1998). Otro estudio de séller refiere que la depresión mayor y el abuso de drogas tienen una comorbilidad de 23.6% y la comorbilidad de la depresión doble con abuso de drogas es de 26.8% (Seller, Hirschfeld y Hanks, 1997). Una tasa

relativamente alta de los trastornos depresivos, y los síntomas depresivos, se nota entre los pacientes con dependencia a estimulantes durante la abstinencia (Anthenelli y Schuckit, 1993). Se ha informado que también la dependencia crónica a estimulantes parece ser un proceso que exagera los síntomas depresivos y precipita los trastornos del individuo a través de las alteraciones neurológicas(Kosten, Markou y Koob, 1998).

Depresión y Trastorno por Déficit de atención con Hiperactividad

El estudio de psicopatología infantil ha mostrado que la comorbilidad es una regla más que una excepción, ya que muestra casi en la totalidad de los pacientes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), y Trastorno Depresivo Mayor (TDM), que son las patologías más comunes en la edad pediátrica a nivel mundial. En un estudio de comorbilidad psiquiátrica, (Biederman, Faraone, Mick, y Lelon, 1995) reportó que más de 95% de los pacientes de la muestra obtenida para el estudio que eran diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) moderada a grave tenían al menos un trastorno comórbido y más del 80% tenían más de dos.

Si bien los primeros resultados se obtuvieron en estudios clínicos, se observó que el uso de muestras clínicas para determinar la prevalencia de comorbilidad está limitado por sesgos, ya que niños con condiciones comórbidas estarán más enfermos y tendrán mayor necesidad de atención psiquiátrica si se comparan con niños y adolescentes de población general (Weinstein, Noam, Grimes, Stone y Schwab-Stone, 1990). Sin embargo los estudios epidemiológicos mostraron

resultados similares, haciendo evidente que el fenómeno de la comorbilidad no era exclusivo de los padecimientos más severos.

Los factores de riesgo familiares encontrados entre el trastorno por déficit de atención y la depresión se pueden dar por los factores ambientales o genéticos

3.3 Importancia de la comorbilidad

El hecho que un niño o un adolescente presente un trastorno psiquiátrico al que se le agrega otro afecta el curso clínico (en la presentación, severidad, persistencia y recaídas) el funcionamiento del sujeto.

La presencia o ausencia de comorbilidad puede determinar la cronicidad, recuperación o recaídas frecuentes. Goodyer y colaboradores valoraron con instrumentos estandarizados a 68 niños y adolescentes que cursaban con su primer episodio depresivo, el 93% de la muestra presentó comorbilidad y al ser evaluados nuevamente 36 semanas después, 50% aún estaban deprimidos y 27% se recuperaron y recayeron. Encontraron que la comorbilidad con Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), y el Trastorno Opositor Desafiante (TOD) en el inicio era un factor importante para la persistencia del trastorno depresivo mayor.

En conclusión como hemos reseñado, el análisis de la comorbilidad es complejo y controvertido debido a una alta variabilidad en los resultados de los diferentes estudios revisados.

No obstante, parece que se puede concluir que en algunas patologías, como la depresión y la ansiedad, el solapamiento sintomático es más la norma que la excepción.

Por eso las formas comórbidas son de peor pronóstico. Se sabe que no sólo se incrementa la posibilidad de aparición de un episodio depresivo mayor, sino que además, presentan mayor gravedad y duración de la sintomatología, peor respuesta al tratamiento y persistencia sintomática y una mayor tendencia a la cronicidad del trastorno afectivo. Además tienen un mayor aislamiento social, una disminución del rendimiento laboral y una mayor utilización de recursos sanitarios con un mayor número de hospitalizaciones. En general, presentan una mayor tasa de la mortalidad en relación con enfermedades vasculares, mayor tasa de suicidios, mayor deterioro funcional, y una mayor incidencia de alcoholismo y abuso de otras sustancias.

Por eso es importante el desarrollo de líneas de investigación que nos ayuden a establecer mejores categorías diagnósticas, a fin de determinar cuales trastornos son realmente entidades separadas que se presentan en un mismo momento y cuales trastornos presentan diferentes caras de un mismo diagnóstico. Esto sin duda nos dará mayor conocimiento de la etiología y de las mejores opciones terapéuticas para la psicopatología infantil y de la adolescencia.

CAPITULO 4

METODOLOGIA

El presente trabajo sobre Trastorno Depresivo Mayor se desprende de un proyecto que se lleva a cabo (2002-2005) en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”, el cual lleva por título: *La Salud Mental y el uso de sustancias psicoactivas en escolares de nivel medio: diagnóstico e intervención temprana. Un estudio comparativo*. Donde su principal objetivo es: *implementar un programa de tratamiento multidisciplinario y multimodal en alumnos de escuelas secundarias en la Ciudad de México, para el manejo de condiciones adictivas y psicopatologías*. (De la Peña, Heinze, Vázquez, Vargas, Zabicky y Suárez, 2004).

4.1 Justificación

Según algunos autores como Carretero, Palacios y Marchesi, (1985) define a la adolescencia como una de las etapas de la vida en la que se presentan algunos de los cambios más profundos e importantes en la mayoría de las esferas de la existencia de un individuo; es un evento que tiene implicaciones determinantes en la personalidad, en las relaciones sociales, en la sexualidad y en el estado emocional. Este acontecimiento es el origen de algunas fluctuaciones considerablemente notorias en la forma en la que el sujeto vive, se enfrenta y se ve confrontado por los acontecimientos cotidianos, por el modo en que se relaciona con la gente que lo rodea, cómo se percibe a sí mismo, cuáles son sus

intereses y sus perspectivas y cómo se encuentre su estado de ánimo, es común encontrar diversos estudios como los de González-Forteza, Saldívar, y Corona, (1998) y aproximaciones teóricas que consideran a este grupo como susceptible de experimentar inseguridad emocional y como poseedor de cierta proclividad a sufrir inestabilidad conductual.

Además de lo anterior, se tiene conocimiento de que esta etapa se suele entrar en conflictos con las figuras de autoridad, con los patrones establecidos, con la imagen de sí mismo, con las sensaciones y sentimientos que se experimentan de manera cotidiana, es decir, casi todo lo que les rodea; además de que algunos adolescentes suelen llevar estas confrontaciones hasta un límite que los lleve a examinar situaciones estresantes o sumamente tensas.

En este periodo se experimenta con diferentes roles en escenarios sociales diversos, se enfrenta la presión escolar y las expectativas de los padres. En general, se considera a la adolescencia como un periodo de vida en el cual el individuo se encuentra bajo el peso de la fragilidad emocional. Todas estas conductas suelen considerarse “propias” y “normales” de esta fase, se asume que son estados pasajeros que desaparecen o se resuelven por sí solos, en el mejor de los casos o con un poco de ayuda profesional. Se tiende a pasar por alto el hecho de que, más a menudo de lo que se cree, este tipo de comportamientos es sólo un disfraz que cubre malestares más severos y problemáticas más profundas, los cuales eventualmente tienen resultados que complican el desarrollo individual adecuado y que pueden llegar a tener consecuencias sumamente negativas y difíciles de enfrentar y, por lo tanto manejar. (González- Forteza y Andrade, 1995)

Entre algunas de las dificultades más frecuentes en esta etapa del desarrollo de todo individuo podemos enumerar al suicidio, las adicciones los malestares del estado de ánimo; existen estudios que señalan la presencia de una gran cantidad de gente joven, entre los 14 y los 18 años de edad, que sufre de depresión o psicosis maniaco depresiva, que cae en la adicción a diferentes sustancias y que presenta conductas antisociales y delictivas. Por desgracia, buena parte de esta población difícilmente es diagnosticada con la oportunidad necesaria y tiene menor probabilidad de ser atendida. La presencia de este tipo de malestares ocasiona bajo rendimiento escolar, desórdenes de la conducta alimenticia, problemas en el estado de ánimo y otros padecimientos que afectan a la salud mental de los adolescentes, los cuales al no ser tratados de manera correcta por personal capacitado y profesional tienen un impacto desfavorable sobre su desarrollo normal y su posterior funcionamiento saludable en un medio permeado por las exigencias de la vida "sana". (González-Forteza, Andrade y Jiménez, 1997)

El Trastorno Depresivo Mayor es la principal categoría encontrada en la adolescencia, está se relaciona con una elevada comorbilidad con otros padecimientos como es el Trastorno por Déficit de Atención (TDAH), el Trastorno Dístímico (TD) y el Trastorno de Conducta (TC). (De la Peña, Ulloa y Páez 1999)

Los objetivos de este trabajo es comparar la prevalencia, severidad y su comorbilidad del Trastorno Depresivo Mayor , a dos grupos de estudiantes de nivel secundaria tanto de escuelas públicas como de privadas de la ciudad de México.

Resulta de primordial importancia identificar la “severidad” de la depresión, así como sus principales comorbilidades, los cuales nos orientan sobre las mejores opciones terapéuticas para el adolescente.

Para el presente trabajo el objetivo general y objetivos específicos son los siguientes:

4.2 Objetivo general:

Comparar la prevalencia, severidad y su comorbilidad del Trastorno Depresivo Mayor (TDM), a dos grupos de estudiantes de nivel secundaria tanto de escuelas públicas como de privadas de la ciudad de México.

4.3 Objetivos específicos:

1. Identificar a los alumnos que sean probables casos con trastorno depresivo Mayor de acuerdo al análisis de los resultados del tamizaje clínico (ver anexo 4).
2. Establecer el diagnóstico del Trastorno Depresivo Mayor en alumnos de secundarias públicas y privadas que sean probables casos y sus principales comorbilidades a través de la Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA)(ver anexo 1).
3. Establecer la severidad del Trastorno Depresivo Mayor en alumnos de secundarias públicas y privadas confirmados como casos, a través de la Escala (DSRS) (ver anexo 2).

4.4 Definición de variables

Variables dependientes:

⇒ ***Trastorno Depresivo Mayor:***

De acuerdo a los criterios de la Entrevista Semiestructurada para adolescentes (ESA) (ver anexo 1).

⇒ ***Severidad del Padecimiento:***

La presencia del trastorno puede ser:

Leve: Son pocos, o ninguno, los síntomas que exceden los requeridos para formular el diagnóstico. Los síntomas no dan lugar sino a un ligero deterioro de la actividad social y laboral.

Moderado: Existen síntomas o deterioro funcional situados entre leve y grave.

Grave: Se detectan varios síntomas que exceden los requeridos para formular el diagnóstico, o distintos síntomas que son particularmente graves, o los síntomas dan lugar a una notable deterioro de la actividad social o laboral. (DSM-IV, 2002)

⇒ ***Comorbilidad:***

Coexistencia de dos o más trastornos mentales.

Variable Independiente:**⇒ Tipo de escuela:**

Variable definida por la adscripción a la Secretaría de Educación Pública (SEP), pudiendo ser pública o particular.

Variables atributivas:**⇒ Edad:**

De 12 a 17 años.

⇒ Sexo:

Condición biológica hombre, mujer.

4.5 Sujetos

La población evaluada fueron estudiantes adolescentes de 3 escuelas secundarias privadas (grupo 1) y 4 secundarias públicas (grupo 2), las cuales accedieron a participar en el estudio. Las escuelas están ubicadas en zonas urbanas del Distrito Federal (Delegaciones Tlalpan, Coyoacán y Álvaro Obregón). Estas zonas fueron elegidas para el presente estudio por contener personas de diversos grupos socioeconómicos y sociales.

4.6 Criterios de Inclusión y de Exclusión

Criterios de inclusión

- ⇒ Alumnos inscritos en los planteles seleccionados por el proyecto.
- ⇒ Alumnos de primer y segundo año de secundaria.
- ⇒ Alumnos que hayan decidido participar en el proyecto firmando la carta de consentimiento informado (ver anexo 3).
- ⇒ Padres o tutores que aceptaron la participación de sus hijos firmando la carta de consentimiento informado (ver anexo 3).
- ⇒ Alumnos que se les detecte con algún problema de psicopatología, y deseen participar voluntariamente en el proyecto, sometiéndose a indicaciones generales de los manejos médicos y terapéuticos.

Criterios de exclusión

- ⇒ Alumnos que no correspondan a primer y segundo año de secundaria.
- ⇒ Alumnos que no hayan aceptado y firmado la carta de consentimiento informado (ver anexo 3).
- ⇒ Padres o tutores que no hayan aceptado o firmado la carta de consentimiento informado (ver anexo 3).
- ⇒ Alumnos que estén recibiendo otro manejo para alguna condición psicopatológica o adictológica, ya sea médico, psicológico o alternativo y que no se encuentren dispuestos a suspenderlo durante el estudio, dado que esto constituye un sesgo importante en el mismo.

4.7 Instrumentos

El tamizaje clínico fue elaborado por un grupo de expertos en la psicopatología de los adolescentes (Psiquiatras Certificados) los cuales decidieron incluir 4 escalas, para detectar problemas de salud mental: Depresión, ansiedad, Consumo de drogas. Previamente a su aplicación en la población estudiantil, se sometió a una prueba de comprensión entre los adolescentes de la clínica de adolescentes del INP"RFM" y se adaptó a un lenguaje coloquial sin modificar los contenidos. El tamizaje aplicado en las escuelas identificó a los probables casos cuando alguno de los adolescentes puntuaba en uno o más de las áreas de psicopatología una y media desviación estándar por afuera del grupo. Con el fin de establecer los parámetros del tamizaje como prueba diagnóstica, se entrevistaron a 20 adolescentes no incluidos en los seleccionados como probables casos, con el objetivo de determinar las características en una tabla de 2X2 para Tamizajes Positivos/Negativos y para la Entrevista Semiestructurada para Adolescentes Positivos/Negativos. Los valores del tamizaje como prueba diagnóstica fueron: sensibilidad 0.83, especificidad 0.80, valor predictivo positivo 0.96 y valor predictivo negativo de 0.45.

Las escalas fueron las siguientes.

- ⇒ **Escala Dimensional de Psicopatología para Adolescentes (EDPA)**, (Suárez, 1999). Es un instrumento generado dentro de la clínica de adolescentes del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Fue diseñado por expertos en paidopsicopatología para evaluar de forma

dimensional las principales manifestaciones de los padecimientos internalizados como (depresión y ansiedad), así como padecimientos externalizados como (déficit de atención con hiperactividad y disocial). Se integra por 66 reactivos de tipo Lickert cuando los síntomas se hayan manifestado durante las dos últimas semanas.

- ⇒ **Cuestionario de tamizaje de problemas en adolescentes (POSIT) Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers**, (Mariño, González-Forteza, Andrade, y Medina-Mora, 1998). Fue desarrollado por la NIDA (National institute on Drug Abuse) en el año 1991 en el marco del Adolescent Assesment Referral System. En nuestro país se adaptó a la población mexicana, y el cual tiene por objetivo determinar a los adolescentes que han tenido uso de sustancias en distintas áreas de la vida.

- ⇒ **Escala de Birleson (DSRS) Depresión Self Rating Scale**, (De la Peña, Lara, Cortés, Nicolini y Almeida, 1996). Fue diseñada para cuantificar la severidad de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes, y puede utilizarse para supervisar la respuesta al tratamiento. El instrumento es una escala autoaplicable tipo Lickert que consta de dieciocho reactivos.

⇒ **Auto-reporte de Ansiedad para Adolescentes (AAA)**, (Higuera, 2002).

Fue diseñada para evaluar el nivel de ansiedad en las dos últimas semanas (ver anexo 4).

Los instrumentos que se analizarán en la presente investigación son los siguientes:

Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA), (De la Peña, Patiño, Mendizábal, Cortés, Cruz, Ulloa, Villamil y Lara 1998). Es una entrevista semiestructurada desarrollada en la clínica de adolescentes del Instituto Nacional de psiquiatría Ramón de la Fuente, que como instrumento diagnóstico permite establecer las principales categorías señaladas dentro del DSM-IV. La ESA esta integrada por cuatro partes: la primera corresponde a los datos de identificación general del adolescente y su padecimiento actual, en la segunda se explora propositivamente síntoma por síntoma de las diferentes psicopatologías, en la tercera se interroga al padre sobre los antecedentes del paciente, en la cuarta se abordan los apartados de desarrollo sexual, abuso físico o sexual, consumo de alcohol, drogas y evaluación de funcionamiento psicosocial. La ESA abarca 17 categorías diagnósticas entre las que se incluyen los principales diagnósticos internalizados y externalizados, además de otros padecimientos, como la esquizofrenia, el trastorno bipolar, los tics etc. Permite establecer diagnóstico en el momento actual, a lo largo de la vida, o bien la identificación de síntomas como rasgos en el paciente.

Se ha publicado resultados de los estudios de confiabilidad interevaluador y temporal. Los coeficientes de correlación Kappa (K) en el estudio de confiabilidad interevaluador a la presencia del diagnóstico fueron: depresión mayor (TDM) 0.92; trastorno distímico (TD) 0.81; trastorno de ansiedad de separación (TAS) 0.74; trastorno por déficit de atención (TDA) 0.75; trastorno de conducta (TC) 0.97 y trastorno desafiante oposicionista (TOD) 0.92. Los coeficientes de correlación Kappa (K) en el estudio de confiabilidad temporal (test retest) fueron: TDM 0.59, TD 0.40, TAS 0.58, TDA 0.78, TC 0.85, TDO 0.51.

Los coeficientes de correlación K interevaluador para las principales categorías diagnósticas expresan un rango de 0.74 a 0.97 con una media de 0.85, estos resultados son muy similares a los que otros investigadores han reportado con diferentes entrevistas semiestructuradas.

Al comparar los coeficientes de correlación K de la ESA con entrevistas altamente estructuradas, para el conjunto de los padecimientos internalizados y externalizados encontramos una gran similitud (Ver anexo 1).

Escala de Birlson (DSRS) Depresión Self Rating Scale, (De la Peña, Lara, Cortés, Nicolini y Almeida, 1996). Fue diseñada para cuantificar la severidad de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes, y puede utilizarse para supervisar la respuesta al tratamiento.

El instrumento es una escala autoaplicable tipo Lickert que consta de dieciocho reactivos; todos pueden puntuar de 0 a 2, siendo la máxima calificación treinta y seis. Diez de los dieciocho reactivos se califican de 0 a 2 (1,2,4,7,9,11,13,15) y ocho reactivos se califican de 2 a 0 (3,5,6,10,14,16,17).

El tiempo de respuesta del instrumento varía, dependiendo de cada sujeto, entre 5 y 10 minutos.

La utilización del DSRS como prueba diagnóstica presenta una sensibilidad de 87% y una especificidad de 74% cuando el punto de corte fue de 14. El valor de alfa de Cronbach fue de 0.85. El análisis factorial explicó con un solo elemento el 28.8 % de la varianza. Esta escala puede ser utilizada de manera más amplia en investigaciones clínicas y epidemiológicas para la depresión en adolescentes. (Ver anexo 2).

4.8 Escenarios

Los escenarios fueron 3 escuelas secundarias privadas, y 4 escuelas secundarias públicas, las cuales por mutuo acuerdo tanto del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz como por parte de las escuelas no se mencionaran sus nombres.

4.9 Diseño de Investigación

Se realizó un estudio ex-post-facto transversal, evaluando estudiantes adolescentes de 3 escuelas secundarias privadas (grupo 1) y 4 secundarias públicas (grupo 2) que accedieron a participar en el estudio. Las escuelas que se invitaron a participar están ubicadas en zonas urbanas del Distrito Federal, en las Delegaciones Tlalpan, Coyoacán y Álvaro Obregón. Estas zonas fueron elegidas para el presente estudio por contener personas de diversos grupos socioeconómicos y sociales.

4.10 Procedimiento

El levantamiento de la muestra consistió en dos etapas:

Primera etapa

Recursos Humanos:

Para llevar a cabo el levantamiento de la muestra fue necesario contar con personal capacitado que consistió en un coordinador externo (psiquiatra), 7 encuestadores y 1 supervisor de cada escuela.

Encuestadores:

Principalmente fueron pasantes de Psicología y Trabajo Social, los cuales fueron previamente seleccionados por los coordinadores del proyecto.

La capacitación de los entrevistadores consistió en:

- 1.- En esta etapa los entrevistadores se familiarizaron con la importancia de la prevención de la salud mental en estudiantes adolescentes.
- 2.- Se impartió un curso para el manejo de los diagnósticos psiquiátricos más comunes en la adolescencia.
- 3.- Se llegó a un consenso de cómo abordar a los maestros y estudiantes para invitarlos a participar en la investigación.
- 4.- Recibieron capacitación para el manejo y aplicación de la Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA), se incluyeron a residentes de psiquiatría.

Actividades de campo

- 1.- El coordinador externo del proyecto contacto a las escuelas para invitarlas a participar en el proyecto; cabe mencionar que muchas escuelas privadas no les interesó participar en el estudio.
- 2.- Una vez contactadas las escuelas que aceptaron participar, los coordinadores del Proyecto se entrevistaron con los directores de las escuelas para explicarles el objetivo del estudio, en donde se les indicó que era necesario formar un comité interno en el cual participara el Sistema de Asistencia Educativa (SAE) de cada escuela, compuesto por médicos escolares, prefectos, orientadores, psicólogos y trabajadores sociales, el cual sería el contacto principal entre el Instituto y su escuelas.
- 3.- Se impartieron cursos de Psicoeducación sobre psicopatología y adicciones en adolescencia a miembros del comité en cada una de las escuelas.
- 4.- Con la ayuda de los miembros de los comités, los entrevistadores asistieron a cada uno de los salones de cada escuela para invitar a los alumnos a participar en el estudio, ese mismo día se les entregó las cartas de consentimiento informado tanto para alumnos como para sus padres (ver anexo 3).
- 5.-El comité se encargó de recuperar las cartas de consentimiento alumnos y padres.
- 6.- Una vez identificados a los alumnos que entregaron ambas cartas de consentimiento afirmativas se programó el día de la aplicación del tamizaje clínico (ver anexo 4).

7. Se aplicó el cuestionario de tamizaje clínico, en donde se preguntaba en las dos últimas semanas (ver anexo 4).

8. Se codificaron y capturaron los cuestionados de tamizaje clínico en lector óptico para la creación de una base de datos.

9. Se analizaron los datos para obtener a los alumnos identificados como probables casos.

10. Una vez identificados los probables casos, se entregaron los resultados a los alumnos en dos tipos de cartas (ver anexo 5).

- La primera fue para aquellos alumnos que no reportaron algún problema de salud mental.
- La segunda fue para aquellos alumnos que si se identificó un probable problema de salud mental. Dicha carta los invitaba a que llamarán al Instituto Nacional de Psiquiatría para concertar una cita para aplicarles la Entrevista Semiestructurada para Adolescentes y poder descartar si era caso o no caso.

11. Pocos fueron los padres de familia que llamaron para concertar la cita, por lo que se tomó la decisión de que los entrevistadores les llamarán para invitarlos a que asistieran junto con su hijo para la aplicación de la Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA) (ver anexo 1).

Segunda etapa

12. Finalmente a los padres y alumnos que asistieron al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente se les aplicó la Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA) (ver anexo 1).

13. Una vez identificada su patología, se daba cita subsecuente con algún psiquiatra para el tratamiento farmacológico y se les invitaba a platicas psicoeducativas.

Procedimiento de la selección de la muestra

En las escuelas públicas como privadas se les entregaron cartas de consentimiento informado (ver anexo 3), tanto a los alumnos como a padres de familia, en donde se les explica e invitan a participar en el proyecto de investigación.

En las escuelas públicas se repartieron 984 cartas de consentimiento para alumnos y para padres de familia, de las cuales 835 alumnos aceptaron participar y 149 no aceptaron; 762 papás aceptaron, 62 no aceptaron y 160 no contestaron la carta de consentimiento.

En las escuelas privadas se repartieron 1007 cartas de consentimiento para alumnos y para padres de familia, de las cuales 817 alumnos aceptaron participar y 190 no aceptaron; 737 papás aceptaron, 85 no aceptaron y 185 no contestaron la carta de consentimiento. Entre escuela publicas y privadas la población general fue de 1991 alumnos a los que se les entregaron cartas de consentimiento.

Para poder aplicarles el cuestionario de tamizaje clínico (ver anexo 4) fue necesario tener el consentimiento de ambos: alumnos y papás, en las escuelas públicas se obtuvieron 762 cartas de consentimiento afirmativas de ambos. En las escuelas privadas se obtuvieron 737 cartas de consentimiento afirmativas de ambos.

Finalmente, en las escuelas públicas se aplicaron 752 cuestionarios de tamizaje clínico, ya que 6 alumnos de los que se tenía ambas cartas positivas no asistieron el día de la aplicación, y 4 de ellos no quisieron contestar el cuestionario .

En las escuelas privadas se aplicaron 722 cuestionarios de tamizaje clínico (ver anexo 4), ya que 9 alumnos de los que se tenía ambas cartas positivas no asistieron el día de la aplicación, y 6 de ellos no quisieron contestar el cuestionario. Entre escuelas públicas y privadas se aplicaron 1474 cuestionarios.

Estos cuestionarios de tamizaje clínicos aplicados se capturaron en lector óptico para crear una base de datos.

Una vez creada la base se analizaron los datos para obtener el nombre de los alumnos que eran probables casos de presentar alguna psicopatología y/o abuso de sustancias.

El criterio utilizado para la obtención de los probables casos, fue tomar a todos aquellos alumnos que estuvieran 1.5 desviación estándar de la media para el cuestionario de tamizaje clínico.

Donde se obtuvieron 231 de escuelas públicas y 188 de escuelas privadas tamizajes clínicos positivos, con un total de 419 probables casos.

De estos 419 probables casos, 184 de escuelas públicas y 135 de escuelas privadas tenían tamizajes clínicos positivos y ambas cartas de consentimiento informado (alumno y padres), con un total de 319.

De los 319 candidatos a la entrevista clínica solo 117 asistieron al Instituto Nacional de Psiquiatría para que se les aplicara la Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA), con la cual se confirmaba o descartaba la presencia de psicopatología.

Donde 117 alumnos fueron evaluados, 98 fueron casos (presentaban alguna patología) y 19 no fueron casos (No presentaban ninguna patología).

De los evaluados 70 fueron de escuela pública y 47 de escuela privada.

De los evaluados 50 fueron mujeres y 67 fueron hombres.

De estos 117 alumnos evaluados **57 presentaron Trastorno Depresivo Mayor**, siendo la principal categoría encontrada. Estos 57 pacientes con (TDM) son la muestra empleada para la presente investigación.

CAPITULO 5

RESULTADOS

5.1 Descripción general de la población

Con respecto a los resultados de la Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA), a continuación se describe lo encontrado.

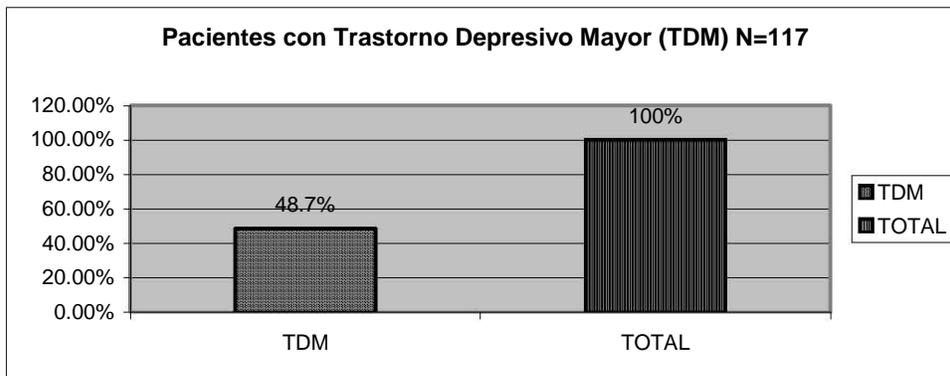
La población estuvo constituida por 117 alumnos de escuelas públicas 70 (59.8%) y escuelas privadas 47(40.2%). De los cuales 50 (42.7%) pertenecen al sexo femenino y 67 (57.3) al masculino.

Con respecto a la edad los alumnos tenían entre 12 y 17 años con un promedio de 13.39 años de edad.

5.2 Descripción de la muestra con trastorno depresivo mayor

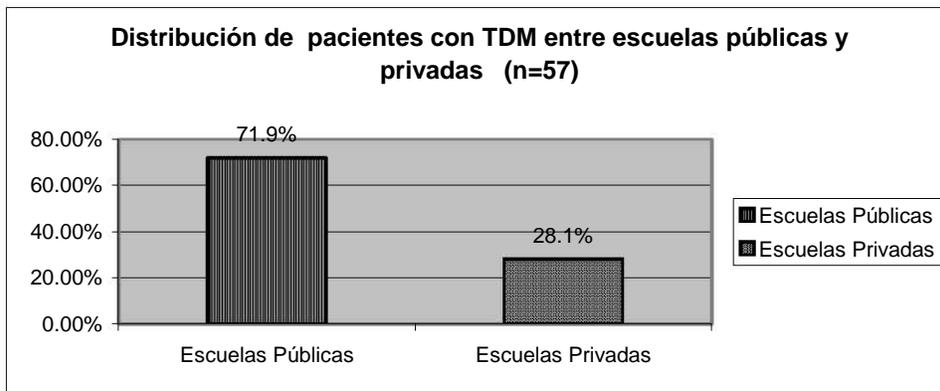
De los 117 estudiantes a los que se les realizó la Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA), 57 presentaron Trastorno Depresivo Mayor que equivale al 48.7%. (Tabla 1) Estos serán los que constituyan la muestra para el presente estudio.

Tabla 1



De los pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) 41 (71.9%) pertenecían a las escuelas públicas, mientras que 16 (28.1%) a escuelas privadas. Siendo esta diferencia estadísticamente significativa (Tabla 2)

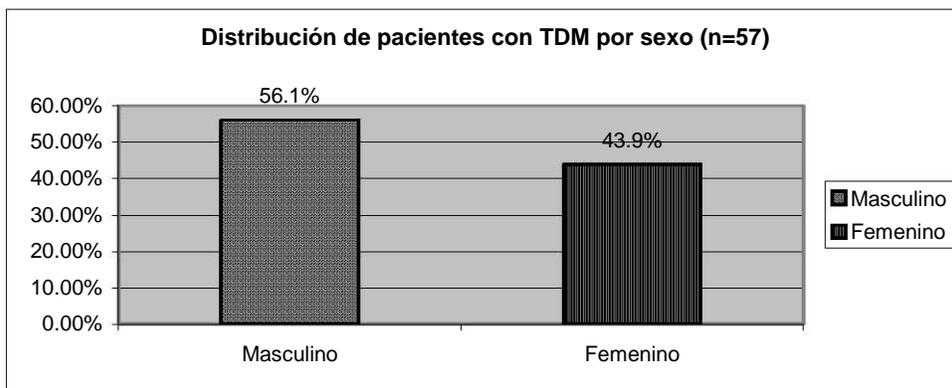
Tabla 2



$X^2 = 6.77$, $gl=1$, $p=.009$

Con respecto al sexo, la mayoría de los pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor (TDM), fueron hombres (56.1%), mientras el 43.9% eran mujeres, sin embargo la diferencia entre sexos no es importante (Tabla 3).

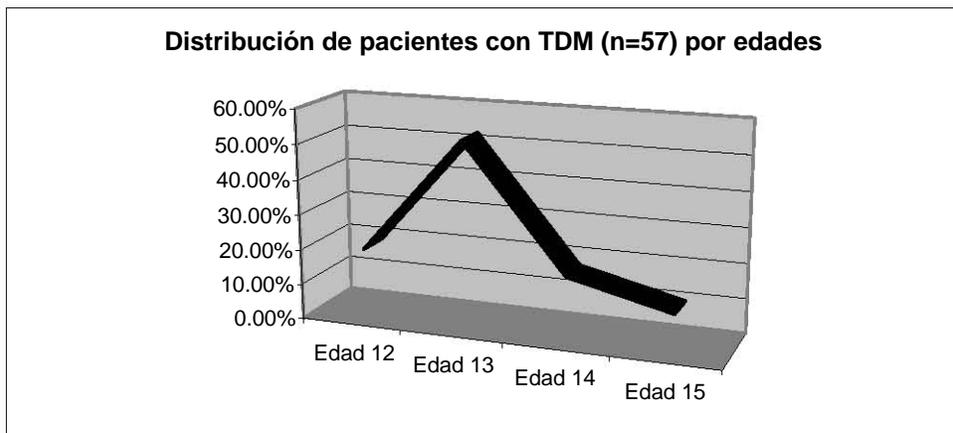
Tabla 3



$X^2 = .57$, $gl=1$, $p=.811$

Las edades de los pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor fluctuaban de 12 a 15 años, no encontrando diferencias estadísticas entre las edades (Tabla 4).

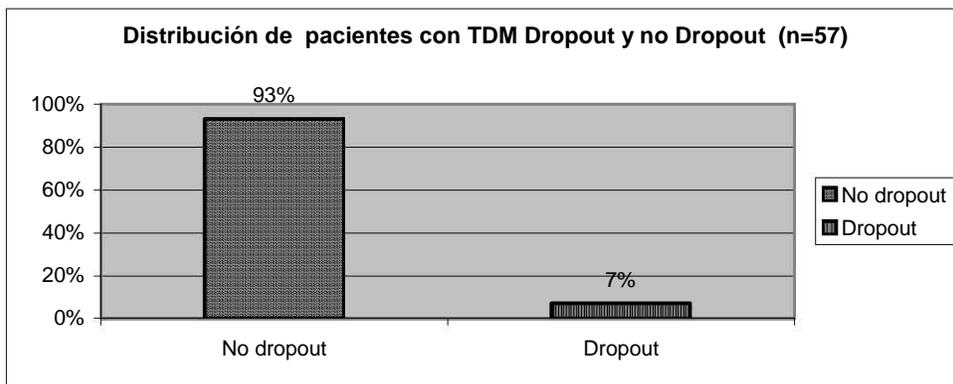
Tabla 4



$X^2=7.817$.,gl=5.,p=.167

No se encontraron diferencias entre los pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM), que abandonaron el tratamiento (Dropout), (7%), y los que siguieron el tratamiento (No dropout) (93%) como se muestra en la (Tabla 5).

Tabla 5

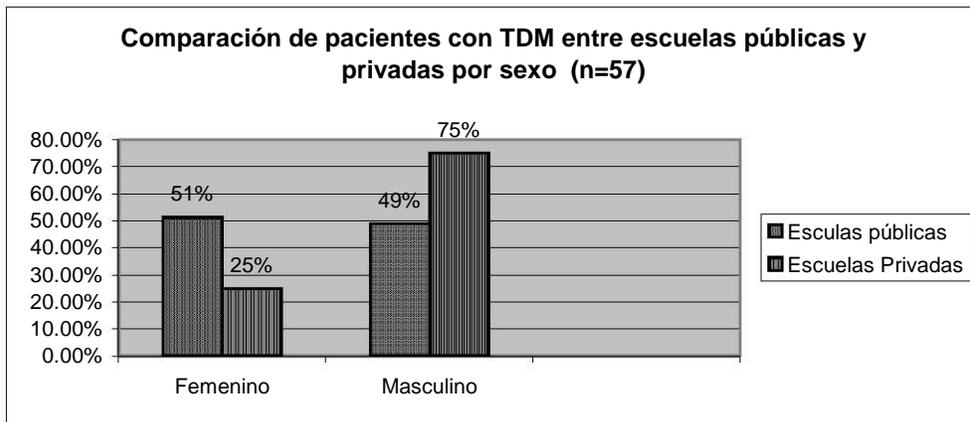


$X^2= .333$., gl=1., p=.564

5.3 Comparaciones entre escuelas públicas y privadas con TDM

Con respecto a los pacientes con Trastorno depresivo Mayor, se encontró que de los que pertenecían a escuelas públicas más de la mitad fueron mujeres con (51.2%), mientras que de las escuelas privadas fueron hombres con (75%), como se muestra en la (Tabla 6).

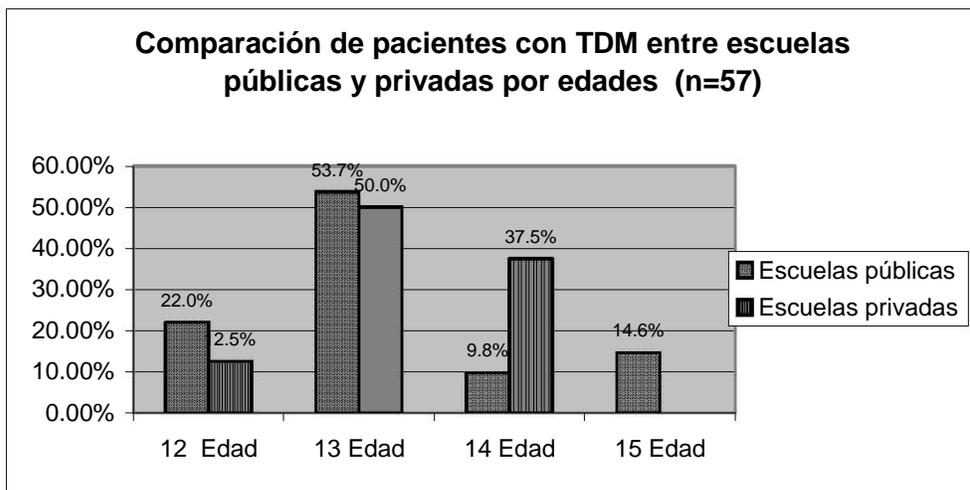
Tabla 6



$X^2=3.213$., $gl=1$., $p=.073$

De los pacientes con Trastorno depresivo Mayor se encontró que la edad fue de 13 años tanto en escuelas públicas con (53.7%, como en escuelas privadas con (50%), como se muestra en la (Tabla 7).

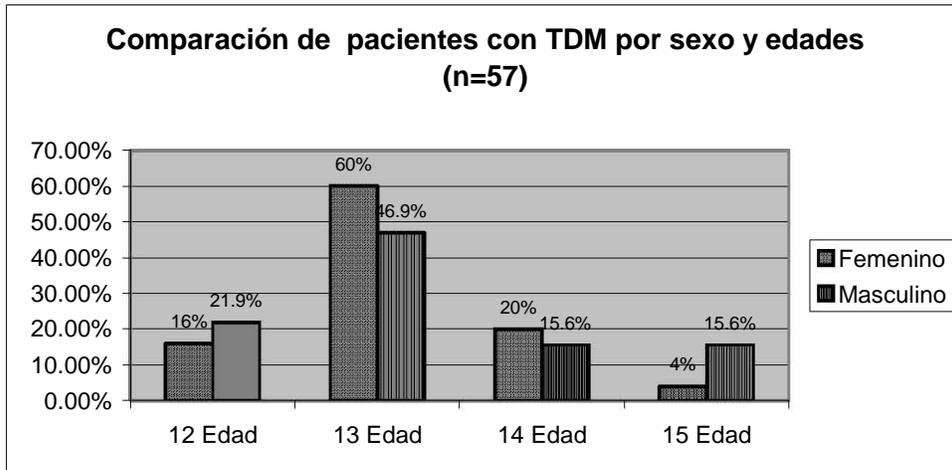
Tabla 7



$X^2 = 7.95$., $gl=3$., $p=.047$

Con respecto a los pacientes con Trastorno Depresivo Mayor tanto mujeres (60%) como hombres (46.9%) como se muestra en la (Tabla 8).

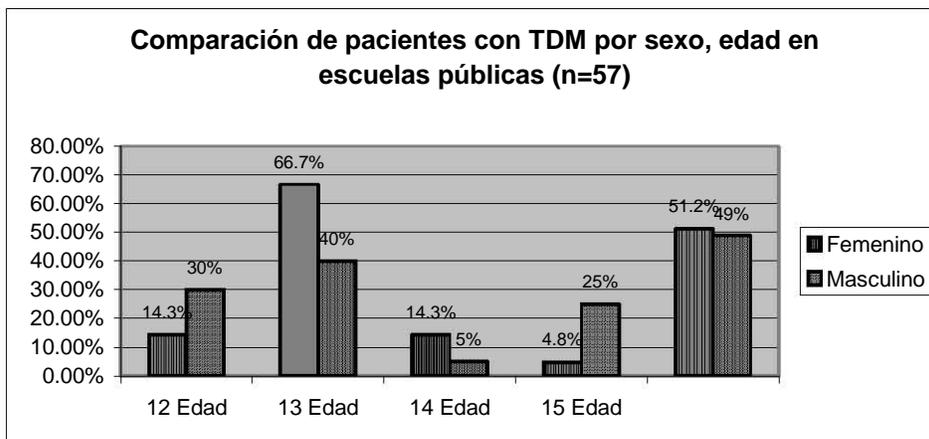
Tabla 8



$X^2=2.66$,gl=3.,p=.446

Con lo que respecta a los pacientes con Trastorno Depresivo Mayor que pertenecían a las escuelas públicas de sexo femenino la principal edad fue 13 años de edad con 14 (66.7%), mientras que del sexo masculino también fue la edad de 13 años con 8 (40%), como se puede observar en la (Tabla 9).

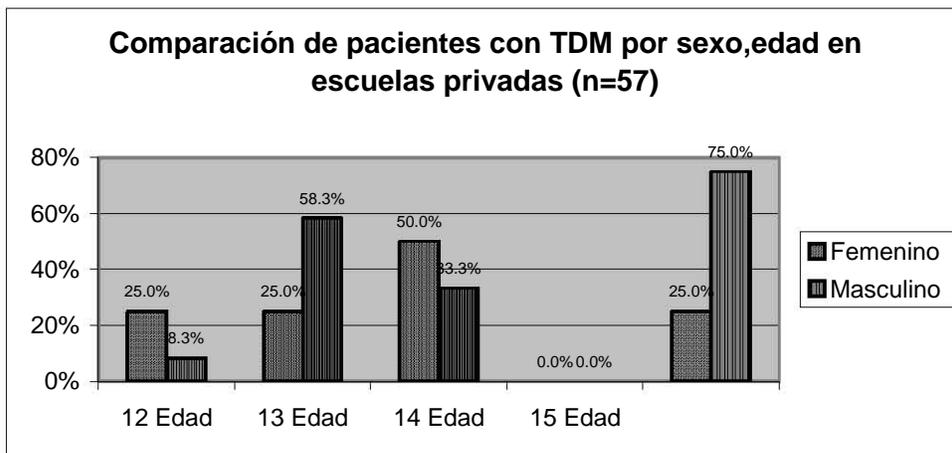
Tabla 9



$X^2=6.28$,gl=3.,p=.099

Con lo que respecta a los pacientes con Trastorno Depresivo Mayor que pertenecían a las escuelas privadas de sexo femenino la principal edad fue 13 años de edad con 4 (50%), mientras que del sexo masculino fue la edad de 13 años con 7 (58.3%) (Tabla 10).

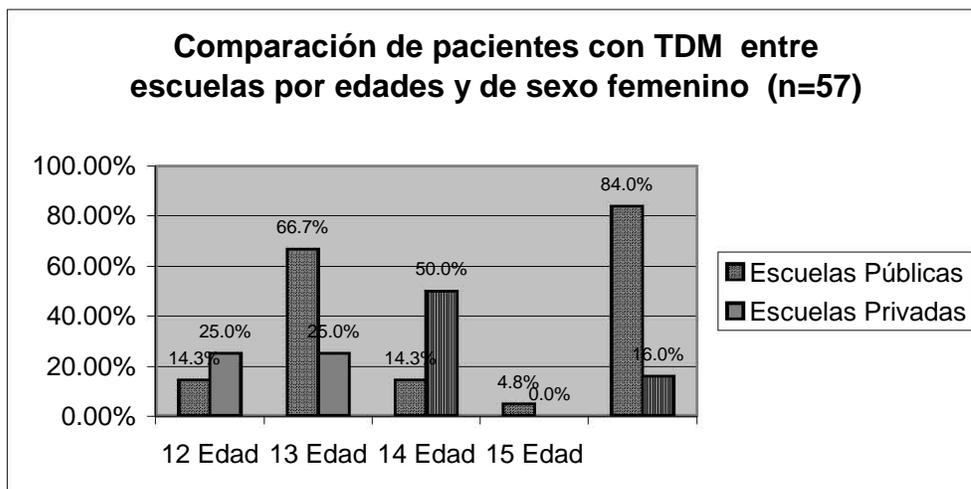
Tabla 10



$X^2=1.55$, $gl=2$, $p=.459$

Con respecto a las mujeres diagnosticadas con Trastorno Depresivo Mayor de escuelas públicas y su principal edad fue de 13 años con (66.7%), mientras que las mujeres de escuelas privadas fue de 14 años (50%) ver (Tabla 11).

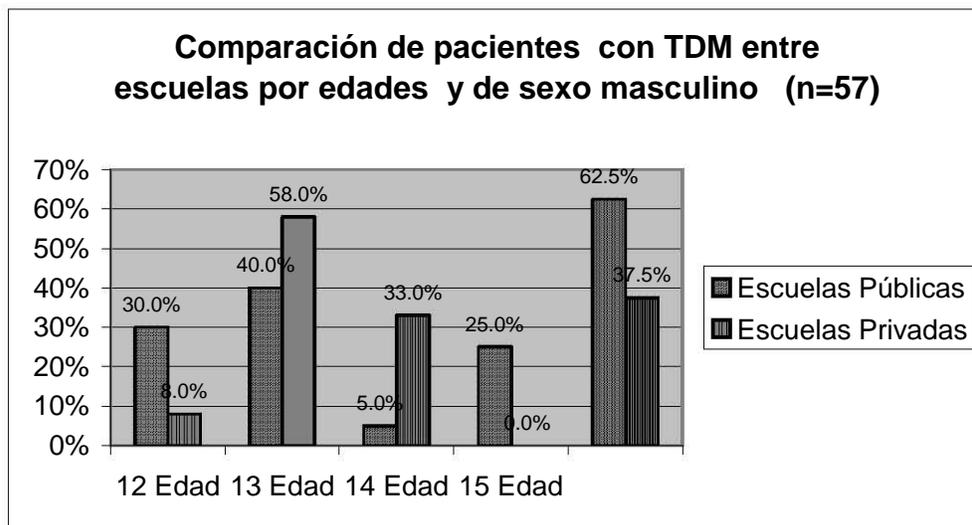
Tabla 11



$X^2=3.54$, $gl=3$, $p=.315$

Con respecto a los hombres diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor de escuelas públicas y su principal edad fue de 13 años con (40%), mientras que los hombres de escuelas privadas también fue de 13 años (58.3%) ver (Tabla 12).

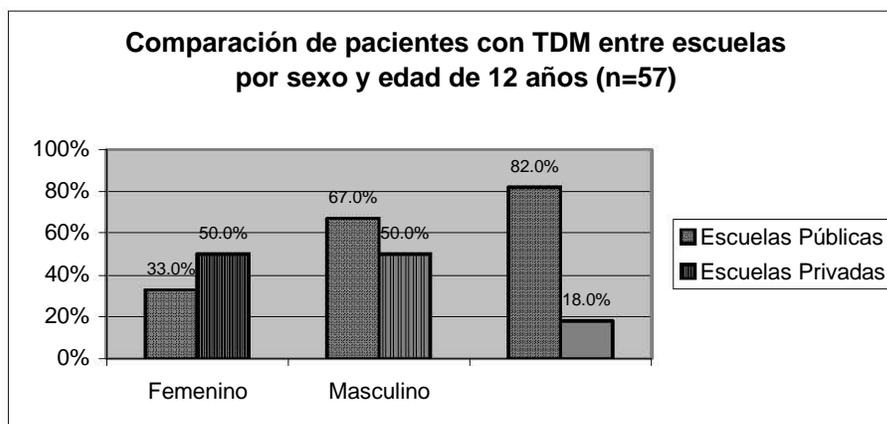
Tabla 12



$\chi^2=9.00$, $gl=3$, $p=.029$

Los pacientes de 12 años diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor entre escuelas públicas la mayoría fueron de sexo masculino con 6 (66.7%), mientras que en las escuelas privadas fueron iguales en ambos sexos 1(50%), como se muestra en la (Tabla 13).

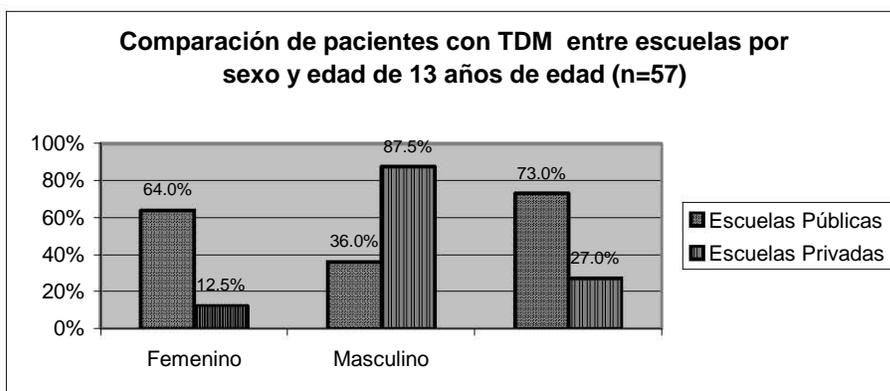
Tabla 13



$\chi^2=.196$, $gl=1$, $p=.658$

Los pacientes de 13 años diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor entre escuelas públicas la mayoría fueron de sexo femenino con 14 (66.7%), mientras que en las escuelas privadas fue para el sexo masculino con 7(87,5%) ver (Tabla 14).

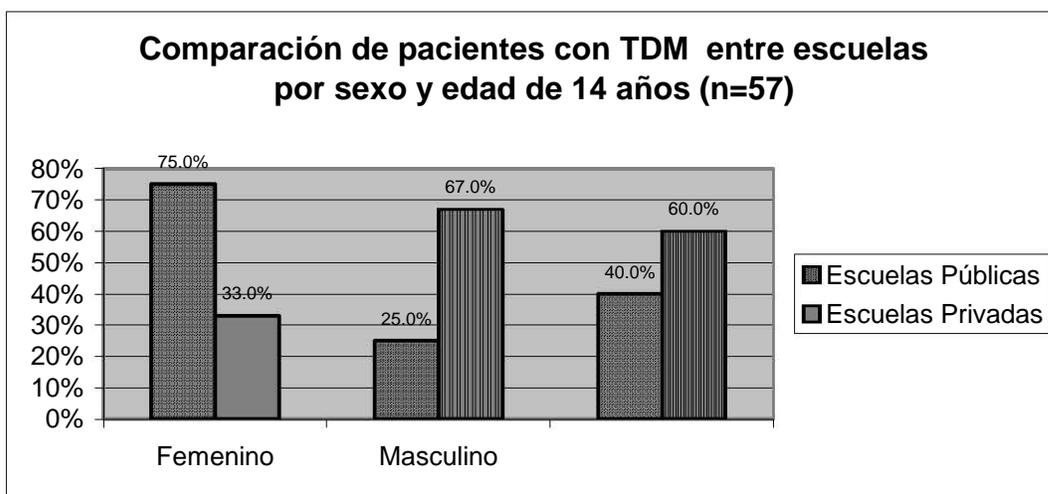
Tabla 14



$X^2=6.13$,gl=1.,p=.013

Los pacientes de 14 años diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor entre escuelas públicas la mayoría fueron de sexo femenino con 3 (75%), mientras que en las escuelas privadas fue para el sexo masculino con 4(66,7%) ver (Tabla 15).

Tabla 15



$X^2 = 1.66$,gl=1.,p=.197

Con respecto a los pacientes de 15 años diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor todos pertenecían a escuelas públicas siendo el 1(16.7%) a mujeres y 6 (83.3%) a hombres.

5.4 Comorbilidades con el trastorno depresivo mayor y sucesos de vida estresantes en conjunto con el TDM.

A continuación se describe los resultados de las comorbilidades del Trastorno Depresivo Mayor, donde podemos notar que el Trastorno de Ansiedad por Separación en comorbilidad con el Trastorno depresivo Mayor se encontraron diferencias estadísticas $X^2=9.007.$, $p=.003$ (Tabla 16), mientras que con sucesos estresantes de vida se encontraron diferencias con disfunción familiar $X^2=20.48.$, $p=.000$ como se muestra en la (Tabla 17).

Tabla 16. Comorbilidades con el Trastorno Depresivo Mayor (n=57)		
	N	%
Intento suicida (IS)	5	8.8
Trastorno Distimico (TD)	11	19.3
Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad con predominio Inatento (TDAH-I)	11	19.3
Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad con predominio Hiperactivo (TDAH-H)	1	1.8
Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad Mixto (TDAH- M)	26	45.6
Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)	38	66.7
Trastorno de Conducta (TC)	8	14.0
Trastorno Oposicionista Desafiante (TOD)	18	31.6
Trastorno de Ansiedad por Separación (TAS)	14	24.6
Fobia Específica (FE)	8	14.0
Fobia Social (FS)	2	3.5
Abuso de Sustancias	3	5.3
Encopresis	1	1.8
Enuresis	1	1.8
Esquizofrenia	1	1.8
Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)	6	10

Tabla 17. Trastorno Depresivo Mayor en conjunto con sucesos de vida estresantes

	N	%
Abuso Físico	5	8.8
Abuso Sexual	2	3.5
Disfunción Familiar	40	70.2

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las comorbilidades con el Trastorno Depresivo Mayor entre escuelas públicas y privadas como se muestra en la (Tabla 18), tampoco en los sucesos de vida estresantes (Tabla 19).

Tabla 18. Comorbilidades con Trastorno Depresivo Mayor por escuelas (n=57)

	Públicas		Privadas		X ²	P
	N	%	N	%		
Intento suicida (IS)	3	7.3	2	12.5	.386	.534
Trastorno Distimico	6	14.6	5	31.3	2.04	.153
Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad con predominio Inatento (TDAH-I)	6	14.6	5	31.3	2.04	.153
Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad con predominio Hiperactivo (TDAH-H)	1	2.4	0	0	.397	.529
Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad Mixto (TDAH- M)	19	46.3	7	43.8	.031	.860
Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)	26	63.4	12	75	.695	.404
Trastorno Oposicionista Desafiante (TOD)	16	39	2	12.5	3.74	.53
Trastorno de Conducta (TC)	6	14.6	2	12.5	.043	.835
Trastorno de Ansiedad por Separación (TAS)	10	24.4	4	25	.002	.962
Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)	5	12.2	1	6.3	.432	.511
Fobia Específica (FE)	7	17.1	1	6.3	1.11	.290
Fobia Social (FS)	1	2.4	1	6.3	.494	.482
Abuso de Sustancias	3	7.3	0	0	1.23	.266
Enuresis	1	2.4	0	0	.397	.529
Encopresis	1	2.4	0	0	.397	.529
Esquizofrenia	1	2.4	0	0	.397	.529

Tabla 19. Trastorno Depresivo Mayor en conjunto con sucesos de vida estresantes

	Públicas		Privadas		X ²	P
	N	%	N	%		
Abuso Físico	5	12.2	0	0	2.13	.144
Abuso Sexual	2	4.9	0	0	.809	.368
Disfunción Familiar	29	70.7	11	68.8	.022	.883

Con respecto a las comorbilidades con el Trastorno Depresivo Mayor, por sexo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Tabla 20), tampoco se encontró diferencias en los sucesos de vida estresantes (Tabla 21).

Tabla 20. Comorbilidades con Trastorno Depresivo Mayor por sexo (n=57)

	Masculino		Femenino		X ²	P
	N	%	N	%		
Intento suicida (IS)	1	3	4	16	2.90	.088
Trastorno Distímico	6	18.8	5	20	.014	.906
Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad con predominio Inatento (TDAH-I)	7	21.9	4	16	.311	.577
Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad con predominio Hiperactivo (TDAH-H)	0	0	1	3.1	.795	.373
Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad Mixto (TDAH- M)	16	50	10	40	.566	.452
Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)	24	75	14	56	2.28	.131
Trastorno Oposicionista Desafiante (TOD)	11	34.4	7	28	.264	.607
Trastorno de Conducta (TC)	5	15.6	3	12	.153	.696
Trastorno de Ansiedad por Separación (TAS)	7	21.9	7	28	.284	.594
Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)	1	4	5	15.6	2.01	.156
Fobia Específica (FE)	5	15.6	3	12	.153	.696
Fobia Social (FS)	0	0	2	6.3	1.61	.203
Abuso de Sustancias	2	6.3	1	4	.143	.706
Enuresis	1	3.1	0	0	.795	.373
Encopresis	1	3.1	0	0	.795	.373
Esquizofrenia	1	3.1	0	0	.795	.373

Tabla 21. TDM en conjunto con sucesos de vida estresantes por sexo (n=57)

	Masculino		Femenino		X ²	P
	N	%	N	%		
Abuso Físico	3	9.4	2	8	.033	.856
Abuso Sexual	0	0	2	8	2.65	.103
Disfunción Familiar	22	68.8	18	72	.790	.790

Con respecto a las comorbilidades con el Trastorno Depresivo Mayor, por edades se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el Trastorno Distímico y en el abuso de sustancias como se muestra en la (Tabla 22).

Tabla 22. Comorbilidades con Trastorno Depresivo Mayor por edades (n=57)

	12 años		13 años		14 años		15 años		X ²	p
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Intento suicida (IS)	0	0	3	10	1	10	1	16.7	1.60	.659
Trastorno Distímico	0	0	3	10	6	60	2	33.3	15.6	.001
Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad con predominio Inatento (TDAH-I)	2	18.2	5	16.7	3	30	1	16.7	.904	.824
Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad con predominio Hiperactivo (TDAH-H)	1	9.1	0	0	0	0	0	0	4.52	.235
Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad Mixto (TDAH- M)	6	54.5	13	43.3	5	50	2	33.3	.859	.835
(TDAH)	9	81.8	18	60	8	80	3	50	3.28	.350
Trastorno Oposicionista Desafiante (TOD)	3	27.3	10	33.3	1	10	4	66.7	5.71	.127
Trastorno de Conducta (TC)	0	0	6	20	1	10	1	16.7	2.85	.415
Trastorno de Ansiedad por Separación (TAS)	4	36.4	8	26.7	1	10	1	16.7	2.24	.523
Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)	2	18.2	4	13.3	0	0	0	0	2.81	.421
Fobia Específica (FE)	2	18.2	4	13.3	2	20	0	0	1.44	.695
Fobia Social (FS)	0	0	1	3.3	1	10	0	0	1.86	.601
Abuso de Sustancias	0	0	0	0	1	10	2	3.3	12.2	.007
Enuresis	0	0	1	3.3	0	0	0	0	0.916	.822
Encopresis	1	9.1	0	0	0	0	0	0	4.25	.235
Esquizofrenia	0	0	0	0	0	0	1	16.7	1.99	.573

Con respecto a los sucesos de vida estresantes en conjunto con el Trastorno Depresivo Mayor por edades no se encontró diferencias significativas como se puede ver en la (Tabla 23).

Tabla 23. Trastorno Depresivo Mayor en conjunto con sucesos de vida estresantes por edades (n=57)										
	12 años		13 años		14 años		15 años		X ²	p
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Abuso Físico	1	9.1	3	10	1	10	0	0	.654	.884
Abuso Sexual	0	0	2	2.7	0	0	0	0	1.86	.601
Disfunción Familiar	7	63.6	23	76.7	7	70	3	50	1.99	.573

A continuación se presentan el número de trastornos comórbidos con el Trastorno Depresivo Mayor , incluyendo aquellos que se diagnosticaron solo con TDM, y también los sucesos de vida estresantes (Tabla 24).

Tabla 24. Trastorno Depresivo Mayor y el número de diagnósticos comórbidos (n=57)		
Número de diagnósticos comórbidos	Frecuencia N %	Porcentaje Acumulativo
Sin comorbilidad	7 (12.3)	12.3
Un diagnóstico comórbido	5 (8.8)	21.1
Dos diagnósticos comórbidos	11 (19.3)	40.4
Tres diagnósticos comórbidos	12 (21.1)	61.4
Cuatro diagnósticos comórbidos	12 (21.1)	82.5
Cinco diagnósticos comórbidos	6 (10.5)	93.0
Seis diagnósticos comórbidos	2 (3.5)	96.5
Siete diagnósticos comórbidos	2 (3.5)	100.0

5.5 Severidad del trastorno depresivo mayor

Con respecto a los pacientes con Trastorno Depresivo Mayor que pertenecían tanto a escuelas públicas como privadas la severidad fue de moderada a grave, como se puede ver en la (Tabla 25).

Tabla 25. Severidad del Trastorno Depresivo Mayor por escuela				
Escuela	Media	D.S	t	p
Públicas	14.61	6.56	-.141	.889
Privadas	14.88	5.92		

Los pacientes con Trastorno depresivo Mayor, de sexo masculino y femenino se encontró que su severidad es de moderada a grave como se muestra en la (Tabla 26).

Tabla 26. Severidad del Trastorno Depresivo Mayor por sexo				
Sexo	Media	D.S	t	p
Masculino	14.88	6.77	.204	.839
Femenino	14.53	6.08		

Tampoco se encontró asociación entre algún tipo de comorbilidad y mayor severidad del padecimiento.

CAPITULO 6

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Con respecto a las tablas correspondientes la prevalencia encontrada del Trastorno Depresivo Mayor (TDM), fue muy similar al 40% reportada en otros estudios clínicos (Biederman, Faraone, Mick y Lelon, 1995).

La mayoría de los pacientes diagnosticados con trastorno depresivo mayor pertenecían a escuelas públicas, habiendo diferencias estadísticamente significativas entre escuelas públicas y privadas, lo cual contrastan con algunos reportes de la literatura (Garrison y col., 1998, salgado., 1990., Swason y col., 1992., Mariño y Medina Mora., 1994 Prestoff y col., 1997) en el sentido de que suelen ser los sujetos que pertenecen a las clases sociales menos favorecidas y a grupos minoritarios, quienes reportan mayores índices de sintomatología depresiva.

Los resultados que se obtuvieron por sexo se encontró que hubieron más hombres con trastorno depresivo mayor, lo cual contradice los resultados reportados, ya que es mucho más frecuente entre mujeres, empezando a aproximarse a la de los adultos a la proporción 2:1 entre mujeres y hombres, sin embargo ello se podría explicar a partir que dentro de la población hubo más hombres (Wicks, 1999).

La edad donde más se presentó TDM fue a la edad de los trece años, donde Hall considera que en esta edad el adolescente tiene un periodo de desequilibrio y desajuste emocional.

Con respecto a la comorbilidad se encontró que el TDM tiene una alta comorbilidad ya que sólo el 12% de la muestra de los sujetos deprimidos tenían un solo diagnóstico; es decir, no tenían comorbilidad con otra patología. Estos datos corroboran los existentes en la bibliografía, en la que casi el 90% de los pacientes estudiados presentaban por lo menos un trastorno comórbido (De la Peña, Ulloa y Paez, 1999).

En cuanto a la comorbilidad encontrada con el TDM, la principal categoría fue el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) con casi un 70%, lo cual corrobora los datos con otros estudios (De la Peña, Ulloa y Paez, 1999).

La segunda categoría encontrada con el TDM fue el Trastorno Opositor Desafiante (TOD), con el 30% y es muy similar a otros estudios (De la Peña, Ulloa y Paez, 1999).

La tercera categoría fue el Trastorno por Ansiedad de Separación y se encontraron diferencias estadísticamente significativas con 25%. Esto concuerda con otros estudios donde se considera a la comorbilidad de los trastornos ansiosos y los trastornos depresivos es la regla, más que la excepción (Ninan, 1999).

Estas categorías encontradas son muy similares a estudios que se han hecho en México (De la Peña, Ulloa y Paez, 1999).

Con respecto a la severidad de los pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor (TDM), se encontró que fue de moderada a grave. No se encontraron asociación entre algún tipo de comorbilidad y mayor severidad del padecimiento, como algunos autores han encontrado (Rohde, Lewinsohn y Seeley, 1994). Aunque existen otros estudios como De la Peña, Ulloa y Paez, 1999, que han encontrado la llamada “depresión doble” (TDM y Distimia) donde la severidad aumentó.

También llama mucho la atención, que esta población está sujeta a una gran adversidad psicosocial, como la disfunción familiar.

Se puede concluir que la ocurrencia simultánea de dos o más trastornos afectivos, es un fenómeno al que cada vez se le está prestando más atención no se puede negar que este aspecto ha tenido una gran influencia en la modificación de los sistemas de clasificación así como en el manejo del tratamiento en los pacientes. Por eso es necesario, considerar a la comorbilidad como un elemento que debe tomarse en cuenta en el momento de diseñar protocolos de investigación, también es importante alentar la investigación sobre los mismos procesos de comorbilidad, porque ayudaría a sugerir nuevos métodos para organizar las clasificaciones psiquiátricas.

Así como nuevas de líneas de investigación que nos ayuden a establecer mejores categorías diagnósticas, a fin de determinar cuales trastornos son realmente entidades separadas que se presentan en un mismo momento y cuales trastornos presentan diferentes caras de un mismo diagnóstico. Esto sin duda nos dará mayor conocimiento de la etiología y de las mejores opciones terapéuticas para la psicopatología infantil y de la adolescencia.

La presencia del Trastorno Depresivo Mayor en adolescentes está asociada a otro trastorno psiquiátrico, que debe buscarse y tratarse al mismo tiempo al fin de evitar que se deteriore el funcionamiento del sujeto.

También es importante hacer llegar la atención necesaria a los menores de edad debe incluir una mejor campaña educativa para padres de familia y maestros, con el fin de que puedan identificar cuando es necesario buscar atención para sus hijos y alumnos. A diferencia de otros trastornos como el Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y los trastornos de conducta que suelen provocar molestias en los padres de familia y en los maestros en los salones de clase, el adolescente con depresión muchas veces pasa desapercibido. El primer paso para aumentar el uso de servicios para la depresión con adolescentes, y disminuir el impacto negativo que tiene en diversos ámbitos de la vida de los jóvenes, es conocer las necesidades de atención en estas edades menos protegidas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Andreasen, N y Winokur, G.(1979). Secondary depression: familial, clinical and research perspectives. *Am J psiquiatry*. 136: 62-66.
- Anthenelli, RM y Schuckit, MA. (1993). Affective and anxiety disorders and alcohol and drug dependence: Diagnosis and treatment. *J Addictive Dis* 12 (3): 73-87.
- Beecham, S. (1997). FUNSALUD. La depresión en la adolescencia. Primera Edición. 5-18.
- Berlanga C. (1993). La comorbilidad en los trastornos depresivos. *Salud Mental* 16 (1) 1-9.
- Berner, P y Lesh, HW. (1986). Alcohol and depression. *Psychopatology* (suppl2) 73-87.
- Biederman J., Faraone S., Mick E., Lelon E. (1995). Psychiatric comorbidity among referred juveniles with major depresión: Fact or artifact? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34: 570-590.
- Campos, M y Martínez-Larrea J. (2004). Trastornos afectivos: análisis de su comorbilidad en los trastornos psiquiátricos más frecuentes. Disponible: (<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/suple10a.html>).
- Carretero M., Palacios J., Marchesi A. (compiladores) 1985. *Psicología Evolutiva* 3. Adolescencia, madurez y senectud. Alianza Editorial. Madrid.
- Celis, A. (2003). La salud de adolescentes en cifras. *Salud Pública*. 45 (suppl1): 153-166.
- Coryell, W., Endicott, J., Andreasen NC., Keler, MB., Clayton, PJ y Winokur, G. (1988). Depression and panic attacks: de significance of overlap as reflected in follow-op and family study data. *Am J psiquiatry*. 145: 293-300.

-
- De la Fuente R., Campillo-Serrano C. (1975). Papel de la depresión en la patología humana. *Psiquiatría*. 5(3): 3-10.
 - De la Fuente, R., Medina-Mora, M. y Caraveo, A. (1997) *La salud mental en México: Retos y perspectivas*. México: Fondo de Cultura Económica.
 - De la Peña F., Estrada A., Almeida L., Páez F. (1999). Prevalencia de los trastornos depresivos y su relación con el bajo aprovechamiento escolar en estudiantes de secundaria. *Salud mental*. 22 (4): 9-13.
 - De la Peña FR; JA; Heinze G; Medina-Mora-ME; Vázquez López GA; Vargas BE; Zabicky, G, Suárez A. Protocolo del proyecto: La salud mental y el uso de sustancias psicoactivas en escolares de secundaria: Diagnóstico e intervención temprana. Un estudio comparativo. Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente", 2004.
 - De la Peña, F; Lara, C; Cortés, J; Nicolini, H; Páez, F; Almeida L; (1996). Traducción al español y validez de la escala de Birlson (DSRS) para Trastorno Depresivo Mayor. *Salud Mental*. 19 (10): 17-23.
 - De la Peña F, Palacios L, Zabicky G, Loa N, Suárez A, Payan O, Arellano S, Gómez C, Campos M, Mier y Terán E, Soto R. (2005). Manual para adolescentes. En prensa.
 - De la Peña, F; Patiño, M; Mendizábal, A; Cortés, J; Cruz, E; Ulloa, R; Villamil, V; Lara, C; (1998). La entrevista semiestructurada para adolescentes (ESA). Características de confiabilidad interevaluador y temporal. *Salud Mental*. 21 (6): 11-18
 - De la Peña, F; Ulloa, R; Páez, F. (1999). Comorbilidad del Trastorno Depresivo Mayor en los adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y su funcionamiento psicosocial. *Salud Mental*. 22: 88-92.
 - Desjarlais R., Eisenberg L., Good B., Kleinman A. (1995). *World Mental Health. Problems and priorities in Low- Oncome countries*. Oxford University Press, EUA.
 - Erickson, E. (1968). *Identidad. Juventud y Crisis*. Buenos Aires. Paidós.

-
- Extein, IL y Gold, MS. (1993). Hypothesized neurochemical models for psychiatric syndromes in alcohol and drug dependence. *J Addictive Diseases*. 12 (3): 29-43.
 - Gershon, E. (1983). The genetics of affective disorders. *Psichiatry Update*. The American Psichiatry Association Annual review. (2). American Psichiatry Press. 434-457.
 - González-Forteza C., Andrade P. (1995). La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos. *Salud mental*. 18 (4): 41-48.
 - González-Forteza C., Andrade P., Jiménez A. (1997). Estresores cotidianos familiares, sintomatología depresiva e ideación suicida en adolescentes mexicanos. *Acta de psiquiatría y psicología de América latina*. 43(4): 319-326.
 - González-Forteza C., Saldívar G., Corona R. (1998). El afecto del papá: un componente para la salud emocional de los adolescentes. *La psicología Social en México*. 6: 243-247.
 - Grinder, R. (2001). *Adolescencia*. México: Limusa.
 - Hernández, R; Fernández, C; Baptista, P;(1991). *Metodología de la Investigación*. Mc Graw Hill.
 - Higuera, F. Et-al. (2002). Validity and reliability of the SCARED Scale for Anxiety Spanish version in open child and adolescent population, 49th Annual meeting of the American Academy of child & Adolescent Psychiatry, San Francisco california.
 - Horrocks, J.E. (1999). *Psicología de la adolescencia*. México. Trillas.
 - Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2000). *Cuaderno Estadístico de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México*. México. INEGI.
 - Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2000). *Cuaderno Estadístico Nacional*. México: INEGI Paraninfo.

-
- Jarne A., Talarn, A. (2000). Manual de psicopatología clínica. Piados.
 - Kaplan, MH y Feinstein AR. (1974). The importance of classifying initial comorbidity in evaluating the outcome of diabetes mellitus. J Chron Dis. 27: 387-404.
 - Kaplan H., Fredman A., Sadock B. (1980). Comprehensive Textbook of Psychiatry-III, 3rd Edition. Williams and Wilkins, E.U.
 - Keller, MB., Hirschfeld, RMA y Hanks, D. (1997). Double depression: A distinctive subtype of unipolar depression. J Affective Disord 45: 65-73.
 - Kosten, TR., Markou, A y Koob, GF. (1998) Depression stimulant dependence: Neurobiology and pharmacotherapy. J Nerv Ment Dis 186 (12): 737-745.
 - Linnoila, ML. (1989). Anxiety and alcoholism. J clin psychiatry 50 (suppl11): 26-29.
 - Lydiard, RB y Brawman-Mintzer, O. (1998) Anxious depresión. J clin psychiatry 59 (suppl18): 10-17.
 - Mariño, MC., González-Forteza, C., Andrade, P y Medina-Mora, ME. (1998). Validación de un cuestionario para detectar adolescentes con problemas de drogas. Salud Mental. 21 (1): 27-36
 - Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales. Breviario (DSM-IV-TR), 2002.
 - Mead M. (2001). La llegada de la pubertad en Samoa: estudio psicogenético de la juventud primitiva para una juventud occidental. (Harper Collins 1928). México: Trillas.
 - Medina-Mora, M., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., zambrano, J., Casanova, L. y Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiatría en México. Salud Mental. 26 (4): 1-10.

-
- Merikangas, KR., Angst, J., Eaton, W., Canino, G., Rubio-Stipec, M y Wacker, H. (1996). Comorbidity and boundaries of affective disorders with anxiety disorders and substance misuse: Results of international task force. *Br J of psychiatry* 168 (suppl30): 58-67.
 - Munist, M., Santos, H., Klotiarenco, M., Suárez, E., Infante, F., Grotberg, E. (1998). *Manual de la promoción de la resiliencia en niños y adolescentes*. Organización Panamericana de la Salud.
 - Ninan, PT. (1999). The functional anatomy, neurochemistry, and pharmacology of anxiety. *J clin psychiatry* 60 (suppl22): 12-17.
 - Ordóñez, E. A. (2003). *Análisis del ritmo de vida de dos grupos de estudiantes de la zona metropolitana de la ciudad de México: diferencias de sexo*. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.
 - Organización Mundial de la Salud - UNICEF. (1978) *Atención primaria a la salud: Informe de la conferencia Internacional sobre atención primaria a la salud*. Alma-Ata: OMS.
 - [Organización Panamericana de la Salud. \(2004\)](http://www.paho.org/Spain). Introducción. Disponible en: (<http://www.paho.org/Spain>).
 - Papalia, D . (1997). *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia*. Mc Graw Hill.
 - Piaget, J. (1998). *Psicología del niño*. Madrid; Morata.
 - Reiger, D., Boyd, J., burke, J., Rae, D y Myers J. (1988). One-month prevalence of mental disorders in the U.S. based on five epidemiologic catchment area sites. *Arch Gen Psychiatry*. 45: 977-986.
 - Rohde P., Lewinsohn P., Seeley J: (1994). Comorbidity of unipolar depression: II. Comorbidity with other mental disorders in adolescents and adults. *J Abnormal Psychology* 100:214-222.

-
- Ruiz M. (2004). Academia mexicana de Pediatría. Trastorno por déficit de atención, diagnóstico y tratamiento. Editores de texto mexicanos.
 - Sarason I., Sarason B. (2002). Psicología anormal. Séptima Edición. Prentice Hall.
 - Secretaria de Salud. (2004). Análisis de la problemática de salud mental en México: SS.
 - Solloa, G. (2001). Los trastornos psicológicos en el niño. Trillas.
 - Spak, L., Spak, F y Allebeck, P. (2000). Alcoholism and depression in a Swedish female population: co-morbidity and risk factors. Acta psychiatry scand 102: 44-51.
 - Stahl, SM. (1993). Mixed anxiety and depression: clinical implications. J clin psychiatry 54 (suppl1): 33-38.
 - Suárez A. (1999). Diseño y determinación de la estructura factorial de la Escala Dimensional de Psicopatología para Adolescentes (EDPA). Tesis de especialidad en psiquiatría. UNAM/INP "RF".
 - Tapia, J. (2002). Sintomatología depresiva en estudiantes adolescentes. Tesis de Licenciatura Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.
 - Villatoro, J., Medina-Mora, ME., Rojano, C., Fleiz, C., Bermúdez, P., Castro, P y Juárez, F. (2002). ¿ Ha cambiado el consumo de drogas de los estudiantes? Resultados de la encuesta de estudiantes. Medición otoño del 2000. Salud Mental. 25 (1): 43-54.
 - Weinstein, SR., Noam, GG, Grimes, K., Stone, K y Schwab-Stone, M. (1990). Convergente of DSM-III diagnoses and self- reported sympotms in child and adolescent inpatients. J Am Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 29: 627-634.
 - Weissman, M y Merikangas, K. (1986). The epidemiology of anxiety and panic dosorders: an update. J clin Psychiatry. 47 (suppl): 11-17.

-
- Wicks, R. (1999). Psicopatología del niño y el adolescente. Tercera Edición. Prentice Hall.
 - Wokur, G., Black, D y Nasrallah, A. (1988). Depressions secondary to other psychiatric disorders and medical illnesses. Am Psychiatry. 145: 233-237.
 - Wolman B., Stricker G. (1990). Depressive disorders. Facts, Theories, and treatment methods. Wiley-Interscience. Wiley and Sons Inc. EUA, Prefacio.
 - XII Censo General de Población y Vivienda (2000). Instituto nacional de Estadística Geografía e informática. www.inegi.gob.mx.

ANEXO 1

Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA)

del Instituto Mexicano de Psiquiatría

(Relacionada para los criterios del DSM-IV)

A. Presentación

La presente entrevista semiestructurada esta diseñada para corresponder con los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales (DSM-IV), y para ser aplicada por psiquiatras o por residentes en psiquiatría a adolescentes entre los 13 y los 19 años.

B. Procedimiento

El entrevistador debe presentarse, explicando al paciente se trata de una entrevista bajo un diseño específico por lo que la mayoría de las preguntas ya están establecidas y obligan a ciertas restricciones en las respuestas, sin embargo al final de la misma, el paciente tendrá tiempo suficiente para profundizar en cualquier área que así lo desee.

Se debe solicitar la autorización por escrito del adolescente y de uno de los padres para la realización de la entrevista, explicando se trata de un proyecto de investigación cuyos resultados serán confidenciales y sólo servirán para fines científicos, si el adolescente se niega, se deberá insistir tratando de indagar los motivos por los cuáles pudiera negarse, explicándole detalladamente el procedimiento y haciendo énfasis en la confidencialidad, si pese a ésto persiste en su negativa, la entrevista se suspende en este momento.

La entrevista se realizará con el adolescente y con la presencia de uno o ambos padres o tutores, los apartados de consumo de alcohol y sustancias y del área sexual se buscará interrogar en privado con el paciente.

Todas las preguntas están orientadas al adolescente, se debe solicitar al padre que participe en las respuestas cuando se percate de imperfecciones u omisiones en lo contestado por su

hijo; en caso de diferencias se buscará un acuerdo entre ambos, si después de esto persistieran queda a criterio del entrevistador consignar la respuesta. Debe tenerse en consideración que las conductas externalizadas incluyendo el área de los trastornos de conducta, oposicionista desafiante y déficit de atención pueden ser bien reportadas por los padres, las conductas internalizadas incluyendo el área de los trastornos de ansiedad y depresión pueden ser bien reportadas por los adolescentes.

1. Datos Generales

1.1. ¿Cómo te llamas?

1.2. ¿Cuántos años tienes? (codificar al lado el número de expediente de la institución)

1.3. ¿Cuándo y dónde naciste? (*día, mes y año, así como ciudad, Edo. y país*)

1.4. ¿Qué estudias, en que escuela, (*especificar si es escuela pública o privada*) y en que año estás o cuál fue el último curso que terminaste?

1.5. (*Sólo si no estudia actualmente*) ¿Hace cuánto tiempo (*en meses*) dejaste de estudiar? (*Anotar cuántos periodos y por cuánto tiempo (en meses) cada uno, dejó en alguna ocasión de estudiar*)

1.6. ¿Alguna vez reprobaste año desde la primaria (*en caso afirmativo*) cuáles?

1.7. ¿Estás trabajando, cuánto tiempo llevas trabajando? (*buscar que el adolescente detalle sobre las características del trabajo*)

1.8. ¿Cuántos trabajos has tenido? (*buscar que el adolescente detalle cada uno de éstos*)

1.9. ¿Cuál es tu dirección?

1.10. ¿Cuál es tu teléfono (*si no tiene teléfono*) en qué teléfono podemos localizarte y de quién es?

1.11. ¿Con quién vives? (*Detallar edades de cada uno de los familiares con los que vive, sino menciona a uno de los dos padres preguntar dirigidamente por él/ella con motivo de muerte, separación, etc. o tiempo de no verlo*)

1.12. ¿Desde hace cuánto vives con ellos?

1.13. ¿Qué religión tienes?

(Interrogatorio dirigido al padre)

1.14. ¿Cuál es su nombre y edad?

1.15. ¿Cuál es su relación con el paciente (*es el padre o la madre u otro familiar*)?

1.16. ¿Cuáles son sus estudios?

1.17. ¿Cuál es su ocupación?

1.18. ¿Vive usted con el paciente?

2. Motivo de Consulta y Padecimiento Actual

Preguntarle al adolescente si viene por su propia voluntad o si es traído sin su total aprobación, comenzar el interrogatorio centrados en el paciente dirigiendo las preguntas directamente al adolescente.

2.1. ¿Porqué vienes con nosotros, en que podemos ayudarte?

Posteriormente se preguntará al adulto que lo acompaña:

2.1. ¿En qué podemos servirle, cuál es el problema de su hijo?

Se recomienda que una vez expresado el motivo de consulta y el problema inicialmente referido se haga un interrogatorio por áreas abarcando la familiar, la escolar, la de amigos, la laboral, etc.

2.2 al 2.5. ¿Qué otros problemas tienes?

*Una vez que el paciente y el padre consideren agotados los problemas que llevaron al paciente a consulta el entrevistador enumerará de forma sintomática o sindromática los problemas referidos por el paciente, solicitando su acuerdo y marcando su evolución en semanas (listado del 2.1 al 2.5 en la hoja de respuestas). Cuando **el entrevistador tenga claro el motivo de consulta y el padecimiento actual del adolescente, decidirá cuál será el orden de aplicación de los diferentes apartados conforme a la enumeración hecha de los mismos. Deberá igualmente decidir si el interrogatorio se realizará para el padecimiento actual, a lo largo de la vida o ambos, se consignará la presencia o la ausencia del síntoma así como tiempo de evolución en la hoja de respuestas, debe recordarse que puede establecerse el síntoma como un elemento caracterológico y así deberá consignarse en la hoja de respuestas en rasgo. Es posible que también exista duda sobre el síntoma aun después de un interrogatorio completo o bien que la exploración fuera incompleta esto deberá quedar registrado en cada síntoma. Existen puntos de salto que permiten acelerar la entrevista cuando no existe evidencia de síntomas fundamentales del apartado, estos puntos de salto están marcados en algunas áreas con letras cursivas.***

Se recomienda permitirle tribuna libre al paciente o al familiar, otorgando una duración aproximada de 15 a 30 minutos en este apartado.

3. Trastorno Depresivo Mayor

*Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interroge la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interroge sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: *¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.**

3.1 *¿Has tenido algún cambio en el estado de ánimo, te sientes triste o enojado?*

3.2. *¿Disfrutas hacer las cosas tanto como antes, salir con amigos, ver la T.V., ir al cine?*

3.3. *¿Has bajado de peso sin estar a dieta?*

-
- 3.4. ¿Tienes problemas para dormir, te cuesta trabajo empezar, te levantas a mitad de la noche o mucho antes de la hora que acostumbras o duermes de más durante el día?
- 3.5. ¿Has estado más agitado o inquieto o por el contrario lento en los movimientos?
- 3.6. ¿Te has sentido cansado o con menos energía?
- 3.7. ¿Te has sentido inútil o muy culpable?
- 3.8. ¿Has tenido problemas para poner atención, concentrarte o te has sentido muy indeciso?
- 3.9. ¿Te han surgido ideas continuas sobre la muerte o el suicidio?
- 3.10. ¿En algún momento durante la última semana te has sentido muy alegre, con mucha seguridad en ti mismo, duermes mucho menos, hablas continuamente o sientas que tus ideas pasan muy rápidamente?
- 3.11. ¿Estos síntomas que me has referido te han ocasionado problemas o han deteriorado tu funcionamiento en la casa, con tus amigos, en la escuela o en el trabajo?
- 3.12. ¿Estos síntomas se han presentado asociados al estar consumiendo alguna medicina o alguna droga o vinculados con cualquier otro padecimiento fuera de los psiquiátricos?
- 3.13. ¿Ha muerto algún familiar cercano o algún amigo en los últimos meses?
- 3.14. ¿Hace cuánto?

Criterios de Corroboración para el Trastorno Depresivo Mayor

Se recomienda que los siguientes cuatro reactivos se confirmen como un listado de chequeo con el paciente y el padre cuando al menos cuatro síntomas del TDM estén presentes.

(Si el paciente no cumple con cuatro síntomas del apartado 3 se pasará al siguiente apartado)

3.15. ¿Dirías tu que hay una clara evidencia que durante los últimos tiempos te has sentido triste o infeliz o con sufrimiento o con llanto? *(Debe haber evidencia expresada recientemente de tristeza, infelicidad, sufrimiento o llanto)*

3.16. ¿Dirías tu que hay una clara evidencia que durante los últimos tiempos has tenido un cambio de conducta en tu casa o en la escuela o con tus amigos? *(Deben haber antecedentes de un cambio de conducta de las últimas dos semanas hasta hace un año)*

3.17. ¿Dirías tu que hay una clara evidencia que en los últimos tiempos has tenido problemas en tus actividades en casa o con tus amigos o has bajado en tu desempeño escolar? *(Debe haber evidencia de un deterioro reciente en las actividades sociales y/o una declinación en el desarrollo académico)*

3.18. *Dos o más de los siguientes síntomas deberán estar presentes: problemas para dormir, problemas con el apetito, pérdida de la energía o del interés usual, reducción de las actividades, expresar ideas de autodepreciación, amenazas o conductas suicidas.*

4. Distimia

¿Durante todo un año o más tiempo te has sentido triste o enojado la mayor parte del tiempo?

(Si es negativa la respuesta se debe suspender el interrogatorio de distimia)

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar:, ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

4.1. ¿Durante el último año has estado triste o sintiéndote enojado la mayor parte del tiempo, (dos de los siguientes seis) con poco apetito o comiendo de más, con insomnio o durmiendo mucho, con poca energía o fatigado, sintiéndote que vales poco, con pobre concentración y dificultades para tomar decisiones o sin esperanzas?

4.2. Me has dicho que hasta por lo menos un año te has sentido triste la mayor parte del tiempo, en alguna ocasión durante este periodo ha habido algún tiempo hasta de dos semanas o más en los cuales la tristeza fuera mucho más importante? *(Se debe descartar la presencia de un TDM durante el año de aparición de la distimia y sólo se consignara depresión doble si el TDM comenzó después del año)*

4.3. ¿Durante el año o el periodo en que han aparecido estos síntomas te has sentido excesivamente alegre o acelerado o ha habido episodios mixtos de tristeza y alegría?

4.4. ¿Durante este tiempo en el cual te has sentido triste has tenido la completa seguridad que alguien te perseguía y te quería hacer daño o que escucharas voces, vieras imágenes, luces o sombras, te llegaran olores extraño o sintieras que te tocaran de forma continua.? *(Se debe de descartar la presencia de sintomatología psicótica crónica)*

4.5. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o alguna enfermedad en general?

4.6. ¿Los síntomas han provocado algún problema en tus actividades escolares, familiares o con las amistades?

5. Trastorno Bipolar (Episodio Maníaco)

El entrevistador debe corroborar la presencia de un episodio anormal, persistente de ánimo elevado, expansivo o irritable con duración mínima de una semana. Este criterio pudo haber sido interrogado dentro del apartado de TDM de manera suficiente, si no fuera así deberá proseguir el interrogatorio.

(Si no se cumple con este criterio de la definición de manía se descarta el resto del interrogatorio para el apartado)

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interroge la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interroge sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar:, ¿te había sucedido ésto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había

pasado ésto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

5.1. ¿Te has sentido con una gran autoestima, te sientes grandioso? ¿Sientes que eres el mejor?

5.2. ¿Has tenido poca necesidad de dormir, te sientes descansado durmiendo sólo tres horas?

5.3. ¿Has estado mucho más platicador?

5.4. ¿Tienes la sensación que tus ideas van muy rápido?

5.5. ¿Has tenido problemas para poner atención y te distraes por cualquier cosa?

5.6. ¿Has estado muy agitado o inquieto con tus amigos, en la escuela o en la casa?

5.7. ¿Has tenido mayor actividad sexual que la usual, o has iniciado negocios con una fuerte inversión o has gastado mucho más dinero de lo acostumbrado?

5.8. ¿Estos síntomas te han provocado problemas en la escuela, la casa, los amigos o el trabajo?

5.9. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o alguna enfermedad en general?

6. Trastorno por Déficit de Atención

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar:, ¿te había sucedido ésto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado ésto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempo de evolución.

- 6.1. ¿Tienes problemas para poner atención o eres de los que comenten errores por falta de cuidado en el trabajo escolar o en cualquier actividad?
- 6.2. ¿Tienes problemas para mantener la atención en tareas o en juegos?
- 6.3. ¿Te han dicho que pareciera que no escuchas cuando se te habla?
- 6.4. ¿Te cuesta trabajo seguir las instrucciones o terminar las tareas?
- 6.5. ¿Se te dificulta organizar tus tareas o actividades?
- 6.6. ¿Te molestan o evitas las tareas o trabajos donde debas mantener la atención por un buen rato, sostenidamente?
- 6.7. ¿Eres de los que pierden fácilmente las cosas?
- 6.8. ¿Eres de los que se distraen por cualquier cosa?
- 6.9. ¿Se te olvidan los trabajos que debes hacer durante el día?
- 6.10. ¿Eres de los que se mueven continuamente, se frotan las manos o están de un lado a otro en el asiento?
- 6.11. ¿Eres de los que se paran del asiento cuando deberías permanecer sentado, como pudiera suceder en la escuela?
- 6.12. ¿Tienes una sensación continua de estar inquieto o de chico corrias en lugares en donde no se debía?
- 6.13. ¿Eres de los que no pueden jugar calladamente?
- 6.14. ¿Andas como si trajeras un motor puesto?
- 6.15. ¿Eres de los que habla mucho?
- 6.16. ¿Eres de los que contestas antes de terminar de hacerte la pregunta?
- 6.17. ¿Se te dificulta esperar tu turno, en las filas, etc.?

6.18. ¿Eres de los que llegas e interrumpes las conversaciones o los juegos?

6.19. ¿Algunos de los síntomas se han presentado antes de los siete años?

6.20. ¿Has tenido algún problema debido a los síntomas en la escuela, la casa o con tus amigos?

6.21. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o alguna enfermedad en general?

7. Trastorno de Conducta

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar:, ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

7.1. ¿Amenazas o intimidas a otros?

7.2. ¿Eres de los que inician peleas físicas?

7.3. ¿Has utilizado algún instrumento para herir o dañar?

7.4. ¿Has maltratado físicamente a un animal?

7.5. ¿Has maltratado físicamente a una persona?

7.6. ¿Has robado sin enfrentarte al dueño?

7.7. ¿Has robado enfrentándote al dueño?

7.8. ¿Has obligado a alguien a tener relaciones sexuales?

7.9. ¿Has incendiado buscando causar daño?

- 7.10. Has destruido deliberadamente la propiedad de otros?
- 7.11. ¿Te has metido al auto o la casa de alguien sin su permiso?
- 7.12. ¿Eres mentiroso para obtener un beneficio a tu favor o evitar hacer obligaciones?
- 7.13. ¿Te has quedado fuera de casa en alguna ocasión pese a que te lo prohibieran? (antes de los 13 años)
- 7.14. ¿Te has escapado en la noche? (más de dos veces o una si tarda en regresar)
- 7.15. ¿Te has ido de pinta? (antes de los 13 años)
- 7.16. ¿Estos síntomas han provocado algún problema en la escuela, en la casa o con tus amigos?

8. Trastorno Desafiante Opositor

¿Dirías tu que eres una persona negativista que a todo dices que no, que llevas la contraria, que eres agresivo y que desafías sobre todo la autoridad de los adultos ya sean tus padres o maestros? *(El entrevistador debe determinar por medio de cuestionamiento directo al adolescente y al padre la presencia de una conducta negativista, hostil (agresiva) y desafiante durante los últimos 6 meses.)*

(Si se responde negativamente a la presencia de esta conducta, se descarta el interrogatorio de Trastorno Desafiante Opositor)

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

- 8.1. ¿Es seguido que pierdas la calma?

- 8.2. ¿Es frecuente que discutas con los adultos?
- 8.3. ¿Eres de los que seguido desafías o desobedeces las reglas de los adultos?
- 8.4. ¿Es frecuente que molestes a los demás?
- 8.5. ¿Culpas a otros de tus errores?
- 8.6. ¿Te irritas y enojas fácilmente por lo que otros te dicen?
- 8.7. ¿Estás frecuentemente enojado y resentido?
- 8.8. ¿Eres malicioso y vengativo?
- 8.9. ¿Estos síntomas te han provocado algún problema en la escuela, en la casa o con sus amigos?
- 8.10. Estos síntomas deben de presentarse independientes a un trastorno psicótico o depresivo. *(Puede incluirse la presentación mixta si durante el periodo de la manifestación existieron independientemente).*
- 8.11. El adolescente no debe tener diagnóstico conjunto de trastorno de conducta y de ser mayor de 18 años no se deberá cumplir con criterios para un trastorno antisocial de la personalidad.

9. Trastornos por Tics

¿Tienes algún movimiento o haces ruidos extraños con la boca (vocalización estereotipada), que te venga de repente, que sea rápida, que se repita (recurrente) y que no tenga ningún ritmo (arrítmica), como tics?

(Si responde negativamente a la definición operacional de tic, se descarta el interrogatorio de Trastornos por Tics)

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá

preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

Trastorno por Tics Transitorio

9.1. ¿Has tenido múltiples tics motores y/o vocales?

9.2. ¿Los tics se te han presentado muchas veces al día, casi todos los días las últimas 4 semanas pero no más de 12 meses consecutivos?

9.3. ¿Estos síntomas te han provocado algún problema en la escuela, en tu casa o con tus amigos?

9.4. ¿Los tics te aparecieron antes de los 18 años?

9.5. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o alguna enfermedad en general?

Trastorno por Tics Crónico Motor o Vocal

9.6. ¿Has tenido uno o múltiples tics motores o vocales, pero no ambos simultáneamente?

9.7. ¿Los tics se presentan muchas veces al día, continua o intermitentemente por más de un año y nunca has estado más de 3 meses consecutivos sin la molestia?

9.8. ¿Estos síntomas te han provocado algún problema en la escuela, en tu casa o con tus amigos?

9.9. ¿Los tics te aparecieron antes de los 18 años?

9.10. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o alguna enfermedad en general?

9.11. (El Trastorno de G. Tourette siempre ha estado ausente)

Trastorno de G. Tourette

9.12. ¿Has tenido tanto tics motores como vocales en algún momento de la enfermedad aunque no sean simultáneos?

9.13. ¿Los tics se te presentan muchas veces al día, de manera continua por más de un año y nunca ha existido un periodo de 3 meses sin ellos?

9.14. ¿Estos síntomas te han provocado algún problema en la escuela, en tu casa o con tus amigos?

9.15. ¿Los tics te aparecieron antes de los 18 años?

9.16. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o por alguna enfermedad en general?

10.Trastorno de Ansiedad de Separación

¿Te da mucho miedo separarte de tus papás o salir de tu casa o piensas que algo muy malo les pueda pasar?

Si responde negativamente se suspende el interrogatorio para este apartado

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar:, ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

10.1. ¿Te pones muy nervioso o te da mucho miedo cuando te separas de tu casa, de tu mamá o de tu papá?

10.2. ¿Te preocupa mucho que se pueda enfermar o que algo le pueda pasar a tu mamá o tu papá?

- 10.3. ¿Tienes miedo a que te separen de tu mamá o tu papá?
- 10.4. ¿Has dejado de ir a la escuela o de ir a otro lado por miedo a separarte de tu casa o papás?
- 10.5. ¿Te da miedo estar solo o sin adultos?
- 10.6. ¿Te da miedo dormir solo o fuera de la casa?
- 10.7. ¿Tienes pesadillas frecuentes?
- 10.8. ¿Eres de los que continuamente se están quejando de un dolor o una molestia en el cuerpo?
- 10.9. ¿Llevas 4 semanas con estas molestias?
- 10.10. ¿Estos síntomas te han provocado algún problema en la escuela, en tu casa o con tus amigos?

11. Trastorno Obsesivo-Compulsivo

¿Tienes o has tenido ideas, imágenes o conductas repetitivas, que te incomoden, que las sientas ajenas, que te ocupen por más de una hora al día y que te produzcan malestar?, por ejemplo, hay persona que piensan continuamente que al saludar a los demás se contaminarán las manos y deben lavárselas continuamente, ésto los ocupa hasta una hora o más al día, ¿te sucede eso a ti o algo similar?

(Si responde negativamente a la pregunta, se descarta el interrogatorio completo de trastorno Obsesivo-Compulsivo).

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar:, ¿te había sucedido ésto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado ésto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

11.1. ¿Tienes imágenes, impulsos o pensamientos continuos (persistentes o recurrente) que se repitan, que te sientas incómodo con ellos, que los sientes ajenos a ti, que te invaden (intrusivos e inapropiados) y que te produzcan ansiedad y tensión?

11.2. ¿Estas imágenes, impulsos o pensamientos son más que preocupaciones simples en torno a los problemas convencionales de la vida diaria?

11.3. ¿Has intentado ignorar o suprimir las imágenes, impulsos o pensamientos o neutralizarlos con otros pensamientos o acciones?

11.4. ¿Reconoces que las imágenes, impulsos o pensamientos son producto de tu mente o piensas que una fuerza extraña domina tus acciones y tus pensamientos?

11.5. ¿Tienes conductas repetitivas como lavarte las manos o rezar y hablar en quedito o estar contando las cosas? ¿Sientes que ésto lo haces por una idea obsesiva o por ciertas reglas que deben de ser aplicadas rígidamente?

11.6. ¿Cuándo tienes estas conductas te sientes menos tenso o te relajas? (El entrevistador debe determinar si las conductas están conectadas realísticamente al motivo que las originó, si las neutraliza, si las previene o son claramente excesivas).

11.7. ¿Has reconocido en alguna ocasión que las obsesiones o las compulsiones son excesivas o irrazonables? (Este criterio no se aplica en niños, queda a criterio del entrevistador aplicarlo en el adolescente).

11.8. ¿Las obsesiones y las compulsiones te generan mucha tensión, te ocupan mucho, más de una hora al día, o interfieren significativamente con tu rutina normal diaria, con tu trabajo o tus estudios o en tus relaciones sociales o de amigos?

11.9. El entrevistador debe determinar que las obsesiones o las compulsiones no estén restringidas al contexto de otra patología del eje I comórbido, por ejemplo: preocupación por la comida en un trastorno del comer, jalarse los cabellos en la presencia de tricotilomanía, preocupación por las drogas en el caso de abuso o dependencia, etc.

11.10 ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o por alguna enfermedad en general?

12. Crisis de Angustia

¿Has tenido durante un periodo específico mucho miedo y tensión que te venga de repente te dure algún tiempo y luego se te quite con alguno (*deben estar presentes por lo menos cuatro*) de éstos síntomas: aceleración del corazón, palpitaciones, sudoración, temblor o sacudidas, dificultad para respirar, sensación de desbordarte, molestia o dolor en el cuello, náusea o molestias abdominales, mareado, sensación de ser ajeno a lo que te sucede, miedo a perder el control o volverte loco, miedo a morir, hormigueos o calofríos?

(Si el adolescente no alcanza el criterio de crisis de angustia se detiene aquí el interrogatorio para este apartado)

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interroge la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interroge sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar:, ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

12.1 ¿Tienes recurrentes e inesperadas crisis de angustia?

12.2. ¿Has tenido preocupaciones por las crisis, que te repitan, que tengan consecuencias o implicaciones en tu salud o has tenido cambios en la conducta relacionados por las crisis? (Estas preocupaciones o estos cambios de conducta, al menos uno, deben estar presentes hasta después de un mes o más de alguna de las crisis, por lo que el lapso deberá ser interrogado por el entrevistador).

12.3. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o por alguna enfermedad en general?

12.4. El entrevistador debe descartar que las crisis de angustia no formen parte de otro padecimiento como fobias, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés postraumático, etc., que las explique mejor.

12.5. Debe establecerse la presencia o no de agorafobia

(La agorafobia se define como la ansiedad asociada de estar en lugares o situaciones de donde escapar pueda resultar difícil o embarazoso o donde la ayuda no pueda estar disponible en el caso que la situación predisponga una crisis de angustia, se incluyen situaciones como salir sólo de casa, estar en multitudes, esperar en la fila, viajar en un autobús, tren, etc.)

(Si no se alcanza la definición de agorafobia se suspende en este momento el interrogatorio para este apartado)

12.6. ¿Has evitado las situaciones que predispongan estos síntomas, o requieres la presencia de un acompañante para sentirte tranquilo?

12.7.(La ansiedad o la evitación fóbica no se explican mejor con otro diagnóstico como: fobia social, fobia específica, trastorno por estrés postraumático)

13. Trastorno por Fobia Específico

¿En alguna ocasión te ha sucedido que algo(animal, objeto o situación) te de mucho miedo de una forma excesiva, te sude el cuerpo, te cueste trabajo respirar, te lata rápida el corazón y que tengas que cambiar tu conducta como cambiar la acera por donde caminas al toparse con un perro o que tengas que salir del salón cuando te toque hablar, etc.?

Si no cumple con el criterio anterior se suspende el interrogatorio de este apartado.

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar:, ¿te había sucedido ésto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había

pasado ésto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

13.1. ¿Te da mucho miedo algo? (El entrevistador debe determinar que sea excesivo e irracional el miedo ya sea anticipatorio o ante la presencia de un objeto o situación)

13.2. ¿Cuando estás frente a lo que te da miedo (animal, situación, cosa, etc.) invariablemente te provoca la respuesta? (La respuesta mimetiza una crisis de angustia o un estado catastrófico)

13.3. ¿Reconoces que el miedo que te da es excesivo e irracional? (Para los niños puede estar ausente este criterio)

13.4. ¿Tratas de evitar a como de lugar la situación o el animal que te da miedo?

13.5. ¿Este miedo, o las actitudes para evitarlo te han provocado problemas en la casa, con tus amigos o en la escuela?, ¿Te preocupa mucho que te venga el miedo?

13.6. ¿Llevas por lo menos seis meses con este miedo?

13.7. El entrevistador debe determinar si el miedo, las crisis de angustia o la evitación fóbica no se explican mejor por otra enfermedad como el trastorno Obsesivo-Compulsivo, el trastorno por estrés postraumático el trastorno de ansiedad de separación, etc.

14. Abuso de Sustancias

(Se recomienda realizar este apartado en privado con el paciente por lo que se sugiere pasar al apartado 16)

(Se deberá interrogar comenzando por alcohol, cannabis, inhalantes, fármacos, cocaína, otros y consignar en la hoja de respuestas para cada uno).

(Si responde negativamente al consumo de cualquier sustancia se suspende aquí el interrogatorio para abuso y dependencia a sustancias). (El consumo negativo de sustancias se entiende cuando: para alcohol es menor o igual a dos copas al mes, para

otras sustancias como inhalantes, cannabis, cocaína, etc. cuando es nulo o experimental en ocasión única)

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar:, ¿te había sucedido ésto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado ésto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempo de evolución.

14.1. ¿El uso de la sustancia te impide cumplir tus tareas u obligaciones?

14.2. ¿Has usado la sustancia en situaciones peligrosas como manejar, nadar, patinar, etc.?

14.3. ¿Has tenido problemas con la ley por el uso de la sustancia?

14.4. ¿Has seguido usando la sustancia a pesar de que te ocasionen problemas con tu familia, tus amigos o aumenten los que ya tenías?

15. Dependencia de Sustancias

15.1. ¿Has tenido tolerancia, has aumentado el consumo o los efectos ahora son menos con la misma cantidad de la sustancia?

15.2. (¿Se ha presentado supresión?), ¿Has tenido la necesidad de consumir la sustancia para aliviar los síntomas cuando no la tomas?

15.3. ¿Has tomado la sustancia por más tiempo o por más cantidad de lo que planeabas o pensabas?

15.4. ¿Tienes el deseo continuo de dejar de consumir la sustancia?

15.5. ¿Utilizas gran parte de tu tiempo para conseguir la sustancia?

15.6. ¿Has reducido o abandonado actividades académicas, sociales o deportivas por consumir la sustancia?

15.7. ¿Reconoces que la sustancia te ha producido un problema físico o psicológico?

16. Esquizofrenia

¿En alguna ocasión te ha sucedido que escuches voces que sólo tu pueda oír, que veas cosas que solamente tu puedas ver, que sientas que te vigilan, que te persiguen, que tienes alguna misión especial que cumplir o bien te has olvidado mucho de tu higiene personal, de bañarte o andar limpio o no quieres salir a la calle y prefieres siempre, siempre estar solo?

(Si no cumple con alguno de los síntomas interrogados anteriormente se suspende el interrogatorio de esquizofrenia)

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interroge la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interroge sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar:, ¿te había sucedido ésto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado ésto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempo de evolución.

(Dos de los siguientes cinco reactivos deben estar presentes por lo menos durante un mes)

16.1. ¿Has tenido la sensación de ser perseguido, vigilado, que hablen de ti o que te quieran hacer daño?, ¿Tienes una misión espiritual o sagrada que realizar en el mundo? (El entrevistador puede utilizar cualquier pregunta para determinar ideas delirantes sometiéndolas a prueba de realidad).

16.2. ¿Has escuchado voces que solamente tu puedas oír?, ¿Has visto imágenes luces o sombras que solamente tu puedas ver?, ¿Te han llegado olores que sólo tu puedas oler?, ¿Has sentido que te toquen sin que haya nadie junto a ti?

16.3. (El entrevistador debe determinar si existe desorganización en el discurso o en el lenguaje, incoherencia y establecerlo).

16.4. (El entrevistador debe determinar si existe conducta desorganizada o catatónica).

16.5. (El entrevistador debe determinar si existe la presencia de síntomas negativos como aplanamiento afectivo, aislamiento, abulia, etc.).

16.6. ¿Estos síntomas te han provocado problemas en el desempeño académico o laboral, en las relaciones familiares o con tus amigos?

16.7. ¿Has tenido estos síntomas durante los últimos 6 meses? (Deben estar presentes al menos dos de los síntomas del 16-1 al 16.5 por un mes continuo o menos si hubo tratamiento oportuno, sin embargo entre el periodo prodrómico o los síntomas residuales se debe cumplir el periodo de 6 meses con síntomas menos intensos o exclusivamente sintomatología negativa).

16.8. (El entrevistador debe excluir la presencia de sintomatología depresiva o maníaca).

16.9. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o por alguna enfermedad en general?

16.10. (En el caso de existir un trastorno profundo (generalizado) del desarrollo el diagnóstico de esquizofrenia sólo se establece si existen alucinaciones o delirios importantes)

17. Interrogatorio Acerca del Abuso Físico y Sexual

(Se recomienda realizar este apartado en privado con el paciente por lo que se sugiere pasar al apartado 18)

Para este estudio hablaremos de órganos sexuales de la siguiente manera: vagina es la parte sexual de la mujer, pene es la parte sexual del hombre, entrepierna es el área que existe entre las piernas de una persona, el ano es la apertura posterior del organismo por donde se defeca, las nalgas son las asentaderas o gluteos de una persona, senos son las mamas en la mujer.

17.1. ¿Alguien te ha enseñado las partes sexuales de su cuerpo cuando tu no lo deseabas? (Si responde afirmativamente se debe preguntar: ¿Cuántos años tenías cuando eso te pasó).

17.2. ¿Alguien te ha amenazado con tener sexo cuando no lo deseabas? (Si responde afirmativamente se debe preguntar: ¿Cuántos años tenías cuando eso te pasó).

17.3. ¿Alguien ha tocado tus zonas sexuales cuando no lo deseabas? (Si responde afirmativamente se debe preguntar: ¿Cuántos años tenías cuando eso te pasó).

17.4. ¿Alguien ha intentado tener sexo contigo o alguien te ha atacado sexualmente cuando tu no lo deseabas? (Si responde afirmativamente se debe preguntar: ¿Cuántos años tenías cuando eso te pasó).

17.5. ¿Si alguna vez alguien te atacó sexualmente, se lo dijiste o lo reportaste a alguien? (Si responde afirmativamente con quién habló).

17.6. ¿Antes de los 16 años alguna persona mayor que tu 5 ó más años te pegó o te pateó?

17.7. ¿Actualmente alguien de tu edad o mayor te pega o te patea?

18. Trastornos de la Eliminación

Enuresis

¿Te has hecho pipí, te orinas en la cama o en la ropa involuntaria o intencionalmente después de los 5 ó 6 años?

(Si responde negativa la pregunta anterior se suspende el interrogatorio de enuresis)

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interroge la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interroge sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

18.1. ¿Te has hecho pipí por lo menos dos veces a la semana en los últimos 3 meses? o ¿hacerte pipí te ha provocado problemas en la escuela, en la casa o con tus amigos?

18.2. (Este diagnóstico no se aplica para menores de 5 años)

18.3. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o por alguna enfermedad en general?

Encopresis

¿Te has hecho popó, caca, en lugares inapropiados, en la ropa o en el piso involuntaria o intencionalmente después de los 5 ó 6 años?

(Si responde negativa la pregunta anterior se suspende el interrogatorio de encopresis)

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempo de evolución.

18.4. ¿Te has hecho por lo menos una vez al mes popó en los últimos 3 meses?

18.5. (Este diagnóstico no se aplica para menores de 4 años)

18.6. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o por alguna enfermedad en general excepto por mecanismos que involucren la constipación?

19. Historia del Desarrollo

El entrevistador deberá interrogar la edad a la cual se presentaron cada una de las siguientes apartados de preferencia con el apoyo de uno de los padres: *(se recomienda que el clínico haga una breve descripción para cada reactivo en esta etapa de la entrevista)*

Embarazo y Parto

19.1. Embarazo planeado

19.2. Embarazo con complicaciones

19.3. Tipo de parto

19.4. Peso al nacer

19.5. Talla al nacer

19.6. APGAR

Desarrollo Motor

19.7. Sostén cefálico

19.8. Sedestación

19.9. Gateo

19.10. Bipedestación

19.11. Deambulación

Desarrollo del Lenguaje

19.12. Primeros Fonemas

19.13. Primeras Palabras

19.14. Primeras Frases

19.15. Frases Estructuradas

Desarrollo Social-Adaptativo

19.16. Control de Esfínter Vesical

19.17. Consolidación del Esfínter Vesical

19.18. Control de Esfínter Anal

19.19. Consolidación del Esfínter Anal

Desarrollo Académico

19.20. Edad a la que asistió a guardería

19.21. Edad a la que ingresó a preescolar (kinder) y años que cursó, conducta y aprovechamiento

19.22. Edad a la que ingresó a primaria, años reprobados, conducta y aprovechamiento

19.23. Edad a la que ingresó a secundaria, años reprobados, conducta y aprovechamiento

19.24. Edad a la que ingresó a la preparatoria, años reprobados, conducta y aprovechamiento

19.25. Otros estudios

Desarrollo de los Hábitos

19.26. ¿Hubo alimentación al seno materno y por cuántos meses?

19.27. ¿Cuál fue la edad de ablactación?

19.28. ¿Hubo problemas para la alimentación?

19.29. ¿Cuándo durmió la primera noche completa?

19.30. ¿Hubo o hay problemas para el dormir? (Interrogar propositivamente noctilalia, bruxismo, sonambulismo, terrores nocturnos)

Desarrollo Sexual

(Se recomienda realizar este apartado en privado con el paciente por lo que se sugere pasar al apartado 20))

19.31. ¿A que edad se presentó tu interés en el sexo?

19.32. ¿A que edad se presentaron juegos con roles sexuales?

19.33. ¿A que edad se presentaron los caracteres sexuales secundarios?

19.34. ¿A qué edad se presentó la menstruación? ¿A qué edad se presentó la primera eyaculación?

19.35. ¿A qué edad se inició la masturbación?

19.36. ¿Cuál es la frecuencia de masturbación?

19.37. ¿Cuándo comenzó la vida sexual activa?

19.38. ¿Cuál es la preferencia sexual expresada?

20. Antecedentes

Antecedentes Personales No Patológicos

20.1. Interrogar sobre el tipo de familia e integración

20.2. Interrogar sobre el tipo de vivienda

20.3. Interrogar sobre la situación económica

Antecedentes Personales Patológicos

20.4. Interrogar sobre antecedentes patológicos generales de enfermedades importantes (interrogar sobre tabaquismo).

20.5. Interrogar sobre número y circunstancias de hospitalizaciones

20.6. Interrogar sobre número y circunstancias de intervenciones quirúrgicas

20.7. Interrogar sobre intervenciones psicológicas o psiquiátricas previas, número, motivos y circunstancias de cambio o abandono

Antecedentes Heredo Familiares

20.8. Interrogar sobre antecedentes de enfermedades no psiquiátricas en familiares de primer grado en línea paterna y materna

20.9. Interrogar sobre antecedentes de enfermedades psiquiátricas o neurológicas en familiares de primer grado en línea paterna o materna

21. Evaluación del Funcionamiento Psicosocial

(Se recomienda realizar este apartado en privado con el paciente)

Esta evaluación del funcionamiento psicosocial es una versión adaptada del "LIFE Base Schedule" para ser interrogadas por el entrevistador, consta de seis rubros del aspecto social y uno global que se responden del 1 al 5, 1 equivale a un funcionamiento superior y 5 equivale a un grave deterioro. En el caso de no aplicación, (debido a no inicio de vida sexual o no inicio de actividades laborales, etc.) se consignará NA.

Trabajo

21.1. ¿Cómo te desempeñas en tu escuela?

21.2. ¿Cómo te desempeñas con tus obligaciones en casa?

21.3. ¿Cómo te desempeñas en tu empleo?

Relaciones Interpersonales

21.4. ¿Cómo te llevas con tu novia, tu pareja?

21.5. ¿Cómo te llevas con los miembros de tu familia?

21.6. ¿Cómo te llevas con tus amigos?

Funcionamiento Sexual

21.7. ¿Qué tan frecuente tienes relaciones sexuales?

21.8. ¿Qué tanto disfrutas las relaciones sexuales?

Satisfacción con la Vida

21.9. ¿Te sientes satisfecho con la vida?

Actividades Recreacionales

21.10. ¿Qué tan frecuente sales al cine, al deportivo, a divertirte?

21.11. ¿Qué tanto disfrutas salir a divertirte?

Valoración Global

21.12. El entrevistador debe determinar cuál es el funcionamiento psicosocial global y calificarlo en la hoja de respuestas, basándose en los puntos anteriores del área.

Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA)

Instituto Mexicano de Psiquiatría
(Relacionada para los criterios del DSM-IV)

Hoja de Respuestas

Nombre de quien entrevista:

Nombre de quien califica:

Fecha test: _____ Fecha retest: _____

Fecha de llenado de esta hoja de respuestas:

Lugar de aplicación:

1.1. Nombre:

1.2. Edad: _____ (años cumplidos) Expediente: _____

1.3. Fecha y lugar de nacimiento:

1.4. Año que cursa o último año cursado, escuela:

Nombre y dirección de la escuela:

1.5. Tiempo en meses que dejó la escuela:

1.6. Años que reprobó:

1.7. Trabajo, tiempo en meses que lleva trabajando:

1.8. Número de trabajos que ha tenido:

1.9. Dirección: (Calle, número, colonia, código postal y ciudad)

1.10. Teléfono:

1.11. Miembros de la familia que viven con él:

1.12. Tiempo de vivir con ellos:

1.13. Religión:

1.14. Nombre del padre que acompaña:

1.15. Relación familiar con el paciente:

1.16. Estudios del padre:

1.17. Ocupación del padre:

1.18. Vive con el paciente: si: _____ no: _____

2.1. Problema 1: _____

Evolución : _____

2.2. Problema 2: _____

Evolución : _____

2.3. Problema 3: _____

Evolución : _____

Otros Problemas: _____

Debe establecerse cómo ha decidido realizarse la entrevista:

Evolución Actual: _____ Evolución a lo largo de la vida: _____

Evolución Actual hace referencia a los síntomas presentes durante los últimos seis meses aunque el inicio sea lejano temporalmente y la evolución a lo largo de la vida hace referencia a síntomas que estuvieron presentes antes y durante los últimos seis meses han estado ausentes. La columna de rasgo hace referencia a la presencia del síntoma como un elemento caracterológico, la columna duda hace referencia a que no se sabe si el síntoma está presente o ausente tras una exploración adecuada y la columna E. I. hace referencia a una exploración incompleta.

		Evolución Actual		Evolución Vida	Rasgo	Duda	E. I.
3.1							
3.2							
3.3							
3.4							
3.5							
3.6							
3.7							
3.8							
3.9							
3.10							
3.11							
3.12							
3.13							
3.14							
3.15							
3.16							
3.17							
3.18							
4.1							
4.2							
4.3							
4.4							

4.5							
4.6							
5.1							
5.2							
5.3							
5.4							
5.5							
5.6							
5.7							
5.8							
5.9							
6.1							
6.2							
6.3							
6.4							
6.5							
6.6							
6.7							
6.8							
6.9							
6.10							
6.11							
6.12							
6.13							

6.14							
6.15							
6.16							
6.17							
6.18							
6.19							
6.20							
6.21							
7.1							
7.2							
7.3							
7.4							
7.5							
7.6							
7.7							
7.8							
7.9							
7.10							
7.11							
7.12							
7.13							
7.14							
7.15							
7.16							

8.1							
8.2							
8.3							
8.4							
8.5							
8.6							
8.7							
8.8							
8.9							
8.10							
8.11							
9.1							
9.2							
9.3							
9.4							
9.5							
9.6							
9.7							
9.8							
9.9							
9.10							
9.11							
9.12							
9.13							

9.14							
9.15							
9.16							
10.1							
10.2							
10.3							
10.4							
10.5							
10.6							
10.7							
10.8							
10.9							
10.10							
11.1							
11.2							
11.3							
11.4							
11.5							
11.6							
11.7							
11.8							
11.9							
11.10							
12.1							

12.2							
12.3							
12.4							
12.5							
12.6							
12.7							
13.1							
13.2							
13.3							
13.4							
13.5							
13.6							
13.7							
14.1							
14.2							
14.3							
14.4							
15.1							
15.2							
15.3							
15.4							
15.5							
15.6							
15.7							

16.1							
16.2							
16.3							
16.4							
16.5							
16.6							
16.7							
16.8							
16.9							
16.10							
17.1							
17.2							
17.3							
17.4							
17.5							
17.6							
17.7							
18.1							
18.2							
18.3							
18.4							
18.5							
18.6							

	Repuestas Descriptivas para Desarrollo
19.1	
19.2	
19.3	
19.4	
19.5	
19.6	
19.7	
19.8	
19.9	
19.10	
19.11	
19.12	
19.13	
19.14	
19.15	
19.16	
19.17	
19.18	
19.19	
19.20	
19.21	
19.22	
19.23	

19.24	
19.25	
19.26	
19.27	
19.28	
19.29	
19.30	
19.31	
19.32	
19.33	
19.34	
19.35	
19.36	
19.37	
19.38	
	Antecedentes
20.1	
20.2	
20.3	
20.4	
20.5	
20.6	
20.7	
20.8	

20.9						
	Evaluación del Funcionamiento Psicosocial					
21.1	1	2	3	4	5	NA
21.2	1	2	3	4	5	NA
21.3	1	2	3	4	5	NA
21.4	1	2	3	4	5	NA
21.5	1	2	3	4	5	NA
21.6	1	2	3	4	5	NA
21.7	1	2	3	4	5	NA
21.8	1	2	3	4	5	NA
21.9	1	2	3	4	5	NA
21.10	1	2	3	4	5	NA
21.11	1	2	3	4	5	NA
21.12	1	2	3	4	5	NA

Notas Extras:

ANEXO 2

Escala de Birleson (DSRS) para el Trastorno Depresivo Mayor (TDM) en la adolescencia

Instrucciones: **Por favor responde honestamente cómo te has sentido las últimas dos semanas. No hay respuestas buenas o malas. Gracias.**

	Siempre	Algunas Veces	Nunca
1. Me interesa las cosas tanto como antes			
2. Duermo muy bien			
3. Me dan ganas de llorar			
4. Me gusta salir con mis amigos			
5. Me gustaría escapar, salir corriendo			
6. Me duele la panza			
7. Tengo mucha energía			
8. Disfruto la comida			
9. Puede defenderme por mí mismo			
10. Creo que no vale la pena vivir			
11. Soy bueno para las cosas que hago			
12. Disfruto lo que hago tanto como lo hacía antes			
13. Me gusta hablar con mi familia			
14. Tengo sueños horribles			
15. Me siento muy solo			
16. Me animo fácilmente			
17. Me siento tan triste que me cuesta trabajo soportarlo			
18. Me siento muy aburrido			

ANEXO 3**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO****Estimado(a) alumno(a):**

El Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente y la Subsecretaría de Servicios Educativos para el Distrito Federal, preocupados por tu salud y aprovechamiento escolar, y el de otros adolescentes, hemos diseñado el **Programa para Detección e Intervención Temprana de Problemas de Salud Mental y Consumo de Drogas**, con la finalidad de detectar problemas emocionales, de pensamiento, de conducta que pueden afectar tu desarrollo y desempeño escolar. También nos interesa brindarte alternativas de atención en caso de que hubiera alguna dificultad relacionada con el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Nos proponemos ayudar a los jóvenes de tu escuela que pudieran tener algún problema a través de un tratamiento integral contemplado en este programa.

Para detectar a los alumnos que requieran de esta atención, te aplicaremos a ti (si así lo deseas) y a tus compañeros de grupo una serie de cuestionarios. Con las respuestas obtenidas sabremos quiénes pueden requerir algún tipo de apoyo. Posteriormente, invitaremos a estos alumnos y a sus padres a integrarse a grupos de apoyo. La participación será totalmente voluntaria y confidencial.

Con el propósito de mantener una relación amistosa y honesta contigo, quisiéramos que tomes en cuenta lo siguiente:

1. Tu participación en este estudio es **muy importante** para ayudar resolver este tipo de problemas; es **totalmente voluntaria y nadie te puede obligar**.
2. Tus comentarios y respuestas a los cuestionarios no afectarán tu permanencia en la escuela.
3. Cada tema del que platiquemos, lo trataremos abiertamente y de modo confidencial. Esto es importantísimo, porque necesitamos que te sientas seguro(a), ya que hablaremos de temas muy personales que tienen que ver con situaciones de las que normalmente no hablarías con cualquier persona. Sin embargo si tu vida corriera algún peligro necesitaríamos ayudarte e informar a alguien de tu confianza para que no salgas dañado (a).
4. Si por algún motivo no tuvieras el deseo de participar en el estudio, te pedimos que nos lo hagas saber, en lugar de aportar información falsa que pueda alterar los resultados del programa y la forma de ayudar a otros adolescentes. Si decides no cooperar en el Programa no te perjudicará.

En este Programa es importante la participación de la familia, por lo que te solicitamos entregues a tu papá, mamá o tutor la carta que te adjuntamos, para que ellos también conozcan el Programa y juntos puedan comentar sobre su valiosa participación en él.

Si tuvieran dudas nos encantaría responder a ellas ya que se establecerá un lugar y tiempo para hacerlo.

Por tu participación ¡¡GRACIAS!!

México D. F., a ____ de _____ del 200__.

Estoy enterado del contenido de esta Carta de Consentimiento Informado y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y de hablar de mis inquietudes con alguno de los investigadores del estudio, por lo que ____ confirmo mi participación.

Escuela: _____

Grado: _____ Grupo: _____

Nombre y Firma del Alumno

Nombre y Firma del Investigador

Comentarios:

Folio: _____

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimados Padres de familia:

El Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente y la Subsecretaría de Servicios Educativos para el Distrito Federal, sensibles ante la problemática a la que están expuestos los adolescentes, han diseñado el **Programa de Detección e Intervención Temprana sobre Drogas y Problemas de Salud Mental** para jóvenes, en el cual se solicita la participación de ellos, de los padres de familia y de los maestros.

Para el desarrollo de este programa se tienen consideradas las siguientes acciones:

1. Aplicación a los alumnos de 1° y 2° grados del plantel , de una serie de cuestionarios para la detección de problemas emocionales, de pensamiento, de conducta y/o de consumo de drogas . Adicionalmente, en caso de requerirse, se solicitará la participación de los padres o tutores para responder un cuestionario que complementará el diagnóstico. Esta aplicación se programará previamente con las autoridades escolares y tendrá lugar en los salones de clase, con una duración aproximada de 40 min.
2. Con los resultados de los cuestionarios se identificarán a los alumnos que requieran algún tipo de apoyo y/o tratamiento y se les realizará una entrevista para confirmar el diagnóstico.
3. Si así se requiere se invitará al alumno y a su familia a iniciar voluntariamente el tratamiento en las instalaciones del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. La frecuencia de las sesiones variará de acuerdo a la problemática, pero de manera general serán semanalmente con una duración de cinco a ocho sesiones de 90 min. cada una.
4. Considerando que para el éxito del Programa se requiere de la participación psicosocial de la comunidad educativa, principalmente de padres y maestros, se les proporcionará simultáneamente un curso psicoeducativo en donde se abordarán temas relacionados con problemas clínicos específicos de la adolescencia, así como del uso de drogas, mecanismos de protección contra las adicciones y redes de apoyo. Consta de ocho sesiones de 90 minutos cada una, mismas que se programarán de acuerdo a las características y necesidades de los grupos.

Es importante comentarles que el Programa se conduce bajo todos los lineamientos éticos, científicos y médicos requeridos nacional e internacionalmente. No se utilizarán maniobras médicas, psicológicas o farmacológicas experimentales en absoluto.

La participación en este estudio es totalmente confidencial y voluntaria, no afectará la permanencia de su hijo en la escuela, ni su situación académica.

Con la intención de dar seguimiento al tratamiento se requerirá su participación y la de su hijo(a) al año y a los dos años después del inicio del estudio.

Con base a esta información nos dirigimos a ustedes para solicitarles su apoyo y consentimiento para que sus hijos y ustedes acepten participar en este Programa que estamos seguros será provechoso para todos y podrá generar alternativas para la atención de los problemas que aquejan a nuestra comunidad educativa.

Si tuvieran dudas nos encantaría responder a ellas ya que se establecerá un lugar y tiempo para hacerlo.

Por su interés y participación, ¡GRACIAS!

México D. F., a ____ de _____ del 200__.

Estoy enterado del contenido de esta carta de consentimiento informado y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y de hablar de mis inquietudes con alguno de los investigadores del estudio, por lo que ____ confirmo nuestra participación.

Nombre del Alumno: _____

Escuela: _____

Grado: _____ Grupo: _____ Núm. Lis. : _____

Nombre, firma y parentesco del
Padre o Tutor

Nombre, firma y parentesco del
Padre o Tutor

Nombre y Firma del Investigador

Comentarios:

Folio: _____

ANEXO 5**México, D. F. a día de Mes de 2005****Estimado (a):**

Te agradecemos que hayas colaborado con nosotros en la primera parte de este proyecto. Tu participación contribuyó a que conociéramos mejor, las emociones y las conductas de los adolescentes de tu escuela.

Hemos revisado las hojas de respuestas de cada uno de ustedes y contamos con los resultados. En tu caso particular no identificamos ningún problema en tus emociones o en tu conducta.

Te pedimos que extiendas nuestro agradecimiento a tu familia y te recordamos que estamos a tu disposición si crees necesario un apoyo para resolver algún problema en tus emociones o en tu conducta que en un futuro pudieras tener.

Atentamente**Dr. José Alfredo Suárez Reynaga
Coordinador Operativo del Proyecto**

México, D. F. a día de Mes de 2005

Estimado(a):

Te agradecemos que hayas colaborado con nosotros en la primera parte de este proyecto. Tu participación contribuyó a que conociéramos mejor, las emociones y las conductas de los adolescentes de tu escuela.

Hemos revisado las hojas de respuestas de cada uno de ustedes y contamos con los resultados. En tu caso particular identificamos algunos datos que nos gustaría estudiar más a fondo, por eso, te invitamos a que tengas una entrevista personal con nosotros donde tú y uno de tus padres o tutores participen. En esta entrevista podremos descartar de forma preventiva un eventual problema en tus emociones o en tu conducta.

Te pedimos que platiques esta información con tus padres para que juntos tomen la decisión de llamar al tel. 5655-3379 de 10:00 am a 2:00 pm, de lunes a viernes, y pedir una cita con alguno de los profesionistas de nuestra institución. Esta entrevista tiene una duración aproximada de 90 minutos y es gratuita.

Atentamente

Dr. José Alfredo Suárez Reynaga
Coordinador Operativo del Proyecto