



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

Facultad de Medicina



DETECCIÓN DE TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA
PRESENTA

JACQUELINE CORTÉS MORELOS

TUTOR TEÓRICO: DR. FÉLIX HIGUERA ROMERO

TUTOR METODOLÓGICO: DRA. SILVIA ORTIZ LEÓN

MÉXICO, D. F., FEBRERO DE 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

A Jacquie y Arturito

ÍNDICE

ANTECEDENTES.....	5
• Trastorno Depresivo Mayor en adolescentes.....	5
• Criterio diagnóstico para el Episodio Depresivo Mayor.....	15
• Comorbilidad.....	19
• Estudiantes en la Ciudad de México.....	25
ESTUDIO.....	31
• Planteamiento del problema.....	31
• Justificación.....	32
• Hipótesis.....	32
• Objetivos.....	33
• Tipo de estudio.....	33
• Metodología.....	33
• Resultados.....	35
• Discusión y Conclusiones.....	38
BIBLIOGRAFÍA.....	40

ANTECEDENTES

TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN ADOLESCENTES

Durante la adolescencia la psicopatología se ve afectada por los temas relacionados con este grupo de edad, la madurez sexual, la transición de la situación familiar a la independencia negociada y la transición de la escuela al trabajo, entre otras. Estos cambios en el desarrollo tienen como resultado los fenómenos afectivos de esta edad y frecuentemente son menos claros y más variables que aquellos que se observan en pacientes adultos.¹

Caraveo y colaboradores estimaron la prevalencia de síntomas emocionales y conductuales en niños y adolescentes, identificaron las manifestaciones que son percibidas por los padres como necesidades potenciales de atención, brindaron información acerca de un total de 1686 menores que representaban a 1896805

¹ Harrington A., et. al. "Consecuencias psicosociales de la depresión adolescente". *Psiquiatría y Salud Integral*. 2001; 1: 8-17.

habitantes de la Ciudad de México. Los síntomas que arrojaron una mayor prevalencia fueron: inquietud 19%, irritabilidad 17%, nerviosismo 16%, déficit de atención 14 %, desobediencia 13%, explosividad 11% y conducta dependiente 9%.

En este estudio se indagaron síntomas, no diagnósticos, sin embargo varios de los síntomas mencionados podrían ser debidos a trastorno depresivo. Sólo en 26% de los casos los padres consideraron que sus hijos requerían ayuda en salud mental. Entre aquellos menores con una puntuación de uno a tres síntomas, se consideró necesaria la ayuda sólo para el 17%, en tanto que entre los que obtuvieron puntajes entre cuatro o más síntomas, la percepción de necesidad de atención fue de 45%. Aun con esta última cifra los padres no consideraron la necesidad de ayuda para poco más de la mitad de los menores con mayor probabilidad de cursar con algún tipo de trastorno. Sólo el 12% de los posibles casos acudió a solicitar ayuda. Ni el informante (padre o madre) ni el nivel socioeconómico se asociaron positivamente con la percepción de la necesidad de ayuda, para los hijos sintomáticos. Esto sugiere que, en general, probablemente existe un desconocimiento de la importancia de algunas manifestaciones psicopatológicas que se presentan en la infancia y en la adolescencia.²

² Caraveo J. Colmenares E, Martínez N. "Síntomas, Percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México". *Salud Publica de México*. 2002; 44: 492-98.

Ping y colaboradores examinaron la relación de trastornos depresivos y disruptivos con los patrones de utilización de los servicios de salud mental en una muestra de niños y adolescentes. En una muestra de 1,285 sujetos de 9 a 17 años, los trastornos disruptivos se asociaron con el uso de servicios de salud mental, pero los trastornos depresivos no; los padres percibieron una gran necesidad de los servicios de salud mental para los niños con trastornos disruptivos mas no para los deprimidos. Por el contrario, la depresión se relaciona más con la percepción de necesidad de servicios de salud mental por parte de los niños. En este estudio los autores concluyen que los hallazgos destacan la necesidad de identificar maneras más efectivas para referir a los niños con trastorno depresivo para ayuda profesional, la importancia de desarrollar servicios en las escuelas basados en las necesidades de los niños, así como la necesidad de educar mejor a los padres y a los maestros con respecto a la identificación de trastornos psiquiátricos especialmente la depresión.³

Link y colaboradores examinaron la asociación de quejas somáticas con trastornos psiquiátricos en una población, basada en una muestra de adolescentes y niños (n=4500), en general las quejas somáticas estuvieron fuertemente

³ Ping W., Hoven C., Bird H., Moore R., Cohen P., Alegria M., Duncan M., Goodman H. "Depressive and Disruptive Disorders and Mental Health Service Utilization in Children and Adolescent". *J. Am. Acad. Child and Adolescent Psychiatry*. 1999; 38: 1081-89.

asociadas con trastornos emocionales en mujeres, dolores musculoesqueléticos se asociaron con depresión en ambos, mujeres y hombres.⁴

El estudio de los trastornos afectivos en la adolescencia es de suma importancia. En los adolescentes el Trastorno Depresivo Mayor (TDM) y el Trastorno Distímico (TD) son frecuentes, recurrentes y tienden a continuar en la vida adulta. El trastorno depresivo mayor en poblaciones de sujetos jóvenes ha aumentado y se ha presentado a edades más tempranas, fenómeno llamado "efecto de cohorte". Se encuentra con una relación de mujer a hombre de 2:1, la duración promedio de un TDM es aproximadamente de 7 a 9 meses, aproximadamente el 90% remite en año y medio a dos años, y se puede tener una recurrencia de 40 % a los dos años, y del 70% a los 5 años. Unos de los factores que pueden contribuir a la recurrencia es, entre otros, familias conflictivas. En general muy pocas investigaciones han estudiado los factores biológicos y psicosociales que pueden contribuir a la recurrencia del TDM en la adolescencia. Algunas investigaciones longitudinales han mostrado que, después de la remisión, la baja autoestima continúa, y esto predice episodios futuros de TDM.

Después de la recuperación los adolescentes pueden continuar con síntomas subclínicos de depresión, atribuciones negativas, alteración en relaciones

⁴ Link H., Costello J., Erkanli A y Angold A. "Somatic Complaints and Psychopathology in Children and Adolescents: Stomach Aches, Musculoskeletal Pains, and Headaches". *J Am. Acad. Child and Adolescent Psychiatry*. 1999; 38: 852-59.

interpersonales, aumento de tabaquismo, alteraciones en su funcionamiento global, embarazos a edad temprana y problemas físicos. Los hijos de padres con TDM tienen tres veces mayor riesgo de tener hijos con TDM. Aproximadamente del 15% al 45% de los adolescentes con TDM tienen a sus padres deprimidos. Los hijos de padres deprimidos también tienen mayor riesgo de trastornos de ansiedad y trastornos disruptivos. Padres con aparición temprana, o recurrencias de TDM, tienen mayor riesgo de que su hijo se deprima. Las familias de pacientes con TDM tienen más conflictos, rechazo, problemas de comunicación, abuso, así como menos expresión de afecto y menos red de apoyo. Los adolescentes con TDM tienen mayores distorsiones cognitivas, atribuciones negativas, desesperanza y menor autoestima.

La prevalencia del TDM en adolescentes es del 0.4% al 8.3%, la prevalencia a lo largo de la vida del TDM en adolescentes va del 15% al 20%.^{5 6 7 8 9}

⁵ Birmaher y cols., "Childhood and adolescent Depression: a review of the past 10 years. Part I". *J. Am. Acad. Child and Adolescent Psychiatry*. 1996; 15: 63-70.

⁶ Winer. *Textbook of Child and Adolescent Psychiatry* Ed. British Library Cataloguin J. in Publication Data, 1991.

⁷ Fleming y cols., "Epidemiology of Childhood Depressive Disorders: A Critical Review. *J. Am. Acad. Child and Adolescent Psychiatry*. 1990; 29: 1253-58.

⁸ Lewinsohn P. "Adolescent Psychopathology III: The Clinical Consequences of Comorbidity". *J. Am. Acad. Child and Adolescent Psychiatry*. 1995 abril; 34(4): 510-19.

⁹ Witaker A. "Uncommon Troubles in Young People: Prevalence Estimates of Selected Psychiatric Disorders in a Non-Referred Adolescent Population". *Arch. Gen. Psychiatry*. 1990 mayo; 47(5): 487-96.

De acuerdo con estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 1500 millones de personas sufren algún tipo de trastorno neuropsiquiátrico en todo el mundo, incluyendo enfermedades mentales, Trastornos de la Conducta (TC) y trastornos por abuso de sustancias. De acuerdo con tales cifras se ha planteado que una de cada cuatro personas de la población requerirá en algún momento de su vida ayuda profesional por un problema de salud mental. Los trastornos afectivos aquejan a 340 millones de personas.

El tiempo que pasa entre el momento en que se detectan los primeros síntomas y aquel en que se llega a los servicios especializados es muy largo, ocasionando que los trastornos evolucionen y se vuelvan más severos. Se tiene poca disposición o capacidad para reconocer buena parte de la sintomatología relacionada con muchos problemas psicológicos y con las patologías mentales. Aun en los casos en que se detecta el problema, hay una gran resistencia para aceptar la necesidad de recibir ayuda profesional, esto puede deberse al estigma social relacionado con la enfermedad mental, alrededor de esta prevalecen sentimientos de incompreensión, vergüenza, culpa y temor.¹⁰

¹⁰ García S, Domínguez M, Jiménez A, Gutiérrez A, Solís J, Infante R y cols. "Información y educación, base para la prevención". Salud Mental. 2000 marzo; 23 (3): 29-37.

Asimismo, los pacientes con problemas mentales hacen poco uso de los servicios de tratamiento por razones a menudo relacionadas con su desconocimiento de estos servicios.¹¹

Rushton y colaboradores describieron el rango de síntomas depresivos reportados por adolescentes en una muestra representativa en Estados Unidos; encontraron una prevalencia de depresión de 28.6%. Ser del sexo femenino y tener mayor edad fueron factores de riesgo significativo asociados a puntajes mayores de depresión. De los adolescentes con sintomatología depresiva mínima al inicio, muy pocos (3.1%) reportaron síntomas depresivos moderados o severos un año después. De los que presentaron síntomas moderados, el 17% desarrolló síntomas moderados a graves un año después y 44% se mantuvo igual. Dentro de los factores asociados con síntomas moderados a severos se incluyeron la suspensión escolar, pobre salud física, síntomas somáticos e ideación suicida.¹²

Link y colaboradores examinaron la asociación entre rechazo escolar con ansiedad y trastornos psiquiátricos en 4 500 niños de 9 a 16 años. El rechazo escolar con ansiedad se asocia a TDM, así como la flojera para ir a la escuela se

¹¹ García-Silverman S: "Necesidades de atención y utilización de servicios de salud mental". *Salud Mental*. 1997 julio; 20(2): 39-46.

¹² Rushton J., Forcier My Schecman R. "Epidemiology of Depressive Symptoms in the National Longitudinal Study of Adolescent Health". *J. Am. Acad. Child and Adolescent. Psychiatry*. 2002 febrero; 41(2): 199-205.

asoció con depresión.¹³ Reinherz y colaboradores identificaron factores de riesgo en niños, factores que predijeron depresión y uso de sustancias en la edad de adulto joven. En un estudio longitudinal (n=360) se examinaron las características familiares y emocionales en la infancia, y a los 21 años se realizó Dx de depresión, trastorno y abuso/dependencia de sustancias. El uso de sustancias en hermanos predijo depresión y trastorno por sustancias en ambos géneros. Sentimientos de ansiedad, depresión y rechazo por sus parejas fueron predictores especiales en las mujeres. Los factores de riesgo específicos para depresión fueron: depresión en los padres, conducta depresiva y ansiosa en ambos géneros y problemas de pareja en los hombres.¹⁴

Williamson y colaboradores examinaron el desarrollo del primer episodio de TDM en niños con familias de alto y bajo riesgo para depresión, dependiendo de las características familiares en cuanto a presencia de depresión en familiares de primer y segundo grado, con un total de 76 familias de alto riesgo y 63 de bajo riesgo. Se hizo un seguimiento a 6 años y se encontró que en los niños de alto riesgo tuvieron 3 veces mayor riesgo de desarrollar TDM comparados con los niños de bajo riesgo. El promedio de edad del primer episodio de TDM fue de 14

¹³ Link H., Costello J. y Angold A. "School Refusal and Psychiatry Disorders: A Community Study". J. Am. Acad. Child and Adolescent Psychiatry. 2003; 42: 797-807.

¹⁴ Reinherz H., Giacona R. Hauf C., Wasserman M. y Paradis A. "General and Specific Childhood Risk Factors for Depression and Drug Disorders by Early Adulthood". J. Am. Acad. Child and Adolescent Psychiatry. 2000; 39: 223-31.

años. Concluyeron que tener una familia con carga para trastornos afectivos, una madre con trastorno de ansiedad y trastornos de conducta en el niño contribuyen significativamente con el riesgo de desarrollar depresión.¹⁵

Turner y colaboradores realizaron un estudio multigeneracional que dio información de los factores de riesgo de una generación a otra en cuanto a la asociación de abuelo depresivo y padre depresivo con psicopatología en el nieto con una muestra de 90 nietos. Se encontró que el abuelo y el padre depresivos se asociaron con un nieto ansioso, 49% de los nietos en familias con padre y abuelos deprimidos, tuvieron alguna forma de psicopatología.¹⁶

Brennan y colaboradores examinaron la relación entre depresión materna y relación padre hijo en el pronóstico en cuanto a resiliencia en el hijo. Los resultados reportaron que el atacar la depresión en la madre puede ser un método útil para mayor resiliencia en los hijos de madres deprimidas.¹⁷

Luoma y colaboradores investigaron si existía asociación entre depresión prenatal, postnatal o actual y niveles bajos de funcionamiento psicosocial o

¹⁵ Williamson D., Birmaher B., Axelson D., Ryan N. y Dahl R. "First Episode of Depression in Children at Low and High Familial Risk for Depression". *J. Am. Acad. Child and Adolescent Psychiatry*. 2004; 23: 291-96.

¹⁶ Warner V., Weissman M., Mufson L. y Wickramarane P. "Grandparents, Parents, and Grandchildren at High Risk for Depression: A Three-Generation Study". *J. Am. Acad. Child and Adolescent Psychiatry*. 1999; 38: 289-95.

¹⁷ Brennan P., Brocque R. y Hammen C. "Maternal Depression, Parent-Child Relationships, and Resilient Outcomes in Adolescence". *J. Am. Acad. Child and Adolescent Psychiatry*. 2001; 42: 1469-77.

problemas emocionales o de comportamientos, todo esto en escolares. Se encontró que en niños con baja competencia social y bajo comportamiento adaptativo se asociaron con síntomas depresivos actuales. Síntomas depresivos posnatales se asociaron con baja competencia social. La presencia de depresión prenatal se asoció fuertemente con problemas externalizados en los niños. Se concluye que la presencia de depresión en la madre en cualquier momento afecta el pronóstico del niño.¹⁸

Patten y colaboradores examinaron los factores relacionados a la persistencia de síntomas depresivos, usando una muestra de 1176 adolescentes seguidos de 1989 a 1996. El 38.5% de los adolescentes reportaron persistencia de sus síntomas depresivos, 44.5% mujeres y 28.2% hombres. Los predictores significativos de la persistencia de los síntomas depresivos fueron: ser del género femenino, verse relacionado con peleas físicas, falta de participación en deportes, problemas de sueño y tabaquismo.¹⁹

Existe el modelo de relación padre-hijo, en donde la depresión ha sido conceptualizada como el resultado de una pobre interacción entre padre e hijo. Los adultos deprimidos reportan baja interacción parental y una alta

¹⁸ Luoma I., Tamminen T., Kaukonen P., Laippala P., Puura K., Salmelin R. y cols. "Longitudinal Study of Maternal Depressive Symptoms and Child Well-Being". *J. Am. Acad. Child and Adolescent Psychiatry*. 2001; 40: 1 367-74.

¹⁹ Patten C., Choi W., Vickers S., Pierce J. "Persistence of Depressive Symptoms in Adolescents". *Neuropsychopharmacology*. 2001; 25: S89-S91.

sobreprotección por parte de la madre durante la infancia temprana. Existen pobres relaciones de los adolescentes deprimidos con sus padres, hermanos, familiares y amigos.²⁰

CRITERIO DIAGNÓSTICO PARA EL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

En cuanto al Dx podemos mencionar que según el DSM IV, un niño con TDM debe presentar una alteración del estado de ánimo (tristeza o irritabilidad) que afecte su conducta casi todos los días y durante la mayor parte del día, o debe de haber una pérdida de interés o placer por todas (o casi todas) las actividades casi todos los días y durante la mayor parte del día. Además de esto deben de estar presentes 5 o más de los síntomas asociados.

En ese sentido, los criterios diagnósticos del DSM IV para el episodio depresivo mayor son:

- A) Presencia de 5 (o más) de los siguientes síntomas, durante un periodo de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa:²¹

²⁰ Melvin Lewys, *Child, and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook*, USA Ed Williams, and Wilkins, 1991.

²¹ Uno de los síntomas debe ser a) estado de ánimo depresivo o b) perdida del interés o capacidad para sentir placer. Nota: es preciso no incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día casi todos los días, según lo indica el propio sujeto (si se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (llanto). Nota: en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para sentir placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (según refiere el propio sujeto o a partir de la observación de los demás).
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen, o aumento de peso (un cambio de más del 5% corporal en un mes) o pérdida o aumento del apetito casi todos los días. Nota: en niños hay que valorar el fracaso en lograr un aumento de peso adecuado.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi todos los días (observables por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (ya sea una atribución hecha por sí mismo o una observación ajena).

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin especificar o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B) Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio simple.

C) Los síntomas provocan malestares clínicamente significativos o deterioro social, laboral u otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D) Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (una droga o un medicamento) y una enfermedad médica (hipotiroidismo, por ejemplo).

E) Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (después de la pérdida de un ser querido), persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una alta incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.^{22 23}

En cuanto al estado de ánimo deprimido podemos decir que se caracteriza por las afirmaciones y el aspecto del paciente que indican tristeza, soledad,

²² Lewys. *Child, and Adolescent Psychiatry A Comprehensive Textbook*. Williams & Wilkins ed., "Depressive Disorders in Children and Adolescents" (pp 767-781). Phil. USA. (2002).

²³ *DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, 4a ed., México Ed. Masson, 1998.

ausencia de felicidad, desesperanza, oscilaciones afectivas, irritabilidad, hipersensibilidad, actitud negativa y dificultad de ser complacido. La irritabilidad es frecuente en este grupo de edad y a menudo el estado de ánimo irritable sucede a sentimientos de tristeza.

Las ideas de autodesprecio se manifiestan por sentimientos de ser inútil, estúpido, feo o culpable, y por creencias de persecución, deseos de muerte e ideas de suicidio. En este grupo de edad es frecuente proyectar los sentimientos de poca autoestima en creencias de persecución.

Con respecto a la agitación en los adolescentes se puede manifestar por peleas, falta de respeto para la autoridad, las discusiones y la hostilidad excesiva. El aumento de los conflictos con los demás, como consecuencia de la agitación es lo que motiva a menudo la consulta al especialista.

Los problemas del sueño consisten en insomnio inicial, medio y terminal, dificultad para despertar por la mañana, somnolencia excesiva diurna e hipersomnia. La falta de concentración se manifiesta a menudo en los niños en forma de una alteración del rendimiento escolar, una menor participación en el grupo, menos interés y es probable que no intenten hacer amigos. Los niños y adolescentes con depresión pueden rechazar acudir a la escuela, como motivo principal de la consulta; sienten fatiga mental y física, se muestran menos activos en sus actividades deportivas habituales y de otro tipo.

Pueden llegar a tener aumento excesivo de peso o pérdida de este; la falta del peso apropiado para el desarrollo es sintomático de depresión. La depresión tiende a ser un trastorno episódico, tiene especial interés no solo el estudio de la evolución general, sino también el curso de los síntomas depresivos a lo largo de los periodos intermedios. La depresión de los adolescentes puede persistir y evolucionar a trastornos depresivos en la edad adulta, por lo que muchos adolescentes con depresión serán adultos con depresión.

COMORBILIDAD

En cuanto a comorbilidad se han propuesto numerosos modelos conceptuales, pero en general se proponen dos modelos: etiología común y etiología causal. La explicación de etiología común sugiere que dos trastornos se asocian porque forman parte de los factores de riesgo comunes. Las variaciones de la etiología común pueden resultar en las diferencias en el desarrollo de expresión de un trastorno en particular, diferencias de género, en la manifestación de un fenómeno en particular o diversas expresiones de factores genéticos comunes. La explicación causal sostiene que uno de los trastornos causa un pequeño umbral para la expresión de otro trastorno.

Una tercera explicación indica que la comorbilidad es un indicador de múltiples tipos de trastornos, y sugiere distintos factores etiológicos. Esta

explicación puede ser particularmente relevante para niños y adolescentes, por la heterogeneidad de psicopatología en esos grupos en desarrollo.

Avenevoli y colaboradores realizaron un estudio en donde participaron un total de 203 pacientes adolescentes deprimidos, en donde un 74% tuvo en algún momento comorbilidad con Trastorno de ansiedad (TA). En general el TDM estuvo fuertemente asociado con los TA. El espectro de ansiedad (crisis de ansiedad, Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), fobia simple, fobia social y agorafobia), el Trastorno de Conducta (TC) y el Trastorno por uso de sustancias, mostraron relación significativa con TDM.²⁴

La comorbilidad es mucho más frecuente en los adolescentes: se considera que de un 40% al 70%; 20% al 50% tiene 2 o más Dx comórbidos. Se asocia con un mayor número de episodios depresivos, mayor duración y severidad de TDM, mayor deterioro en el funcionamiento escolar, social y familiar, menos respuesta a Tx, más búsqueda de Tx y de servicios de salud mental, así como mayor frecuencia de Intentos Suicidas (InS). Se ha encontrado una mayor comorbilidad con trastornos internalizados como el trastorno distímico (TD) y los TA en las mujeres, mientras que en los hombres la comorbilidad es más frecuentes en trastornos externalizados como Trastorno por Déficit de Atención e

²⁴ Avenevoli S., Stolar M., Li J., Dierker L. y Ries K. "Comorbidity of Depresión in Children and Adolescent: Models and Evidence from a Prospective High Risk Family Study". *Biol. Psychiatry*; 49: 1071-81.

Hiperactividad (TDAH). El Trastorno Desafiante Opositorista (TDO) y T. de conducta (TC). En general DI y TA se presentan de un 30% al 80%, TC 10% a 80% y abuso de alcohol y sustancias 20% a 30%. La frecuencia de TDM sin comorbilidad se presenta más en mujeres.²⁵

Fombone y colaboradores realizaron un seguimiento de pacientes internados en el hospital Maudsley de 1973 a 1980, formando dos grupos, uno con 96 pacientes deprimidos y el otro con 53 pacientes deprimidos con TC, todos adolescentes. Se encontró aumento en los rangos de ansiedad en el grupo de TDM y mayor rango de conducta suicida (CS), TDAH, T. por uso o dependencia a sustancias en el grupo de TC-TDM.²⁶

En una segunda parte de este artículo, se investigó principalmente el impacto de la comorbilidad TC sobre el Px Psiquiátrico en el seguimiento de un Episodio Depresivo Mayor en niños y adolescentes en la vida adulta. Se examinan también otros Px en la vida adulta con respecto a suicidio a lo largo de la vida, ajuste social del adulto, disfunción con respecto a personalidad y criminalidad a largo plazo.

²⁵ De la Peña y colaboradores, "Comorbilidad del Trastorno Depresivo Mayor en los adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial". *Salud Mental*, número especial 1999.

²⁶ Fombonne E., Wostear G., Cooper V., Harrington R. y Rutter M. "The Maudsley Long Term Follow up of Child and Adolescent Depression I. Psychiatry Outcomes in Adulthood". *Br. J. of Psychiatry*. 2001; 179: 210-17.

En cuanto a los resultados en el ajuste social, los individuos con TC-TDM estuvieron peor que en los grupos de TDM principalmente en empleo e ingreso, de las 245 personas incluidas en el estudio 8 murieron. De estos, 6 (4 hombres y 2 mujeres) probablemente se suicidaron; 2 de ellos eran pacientes de hospital psiquiátrico en el momento de su muerte.

El 34.9% de la muestra realizaron al menos un Intento de Suicidio (IS), en el periodo de TDM, y esto fue mayor en el grupo TC-TDM que en el TDM solo. En cuanto a funcionamiento social fue peor el grupo TC-TDM comparado con el grupo TDM, el riesgo de criminalidad fue mayor en el grupo TC-TDM y en hombres.²⁷

Flament y colaboradores encontraron que los TA y la Bulimia Nervosa tendieron a ser más frecuentes en el grupo de deprimidos que en los controles se asociaron de manera importante al TDM, la ansiedad de separación y las fobias. Los intentos de suicidio y uso de alcohol fueron mayores en el grupo de los deprimidos que en los controles.²⁸

Ulloa y colaboradores examinaron la demografía y fenomenología de la psicosis en una muestra de niños y adolescentes referidos a una clínica de

²⁷ Ibid., 218-23.

²⁸ Flament M., Cohen D., Choquet M., Jeammet P. y Ledoux S. "Phenomenology, Psychosocial Correlates and Treatment Seeking in Major Depression and Disthymia of Adolescence". *J. Am. Acad. Child and Adolescent Psychiatry*. 2001; 40 (9): 1070-8.

trastornos de ansiedad y afectivos (N=2031) los síntomas psicóticos se observaron en 4.5% de los pacientes: 80% de estos reportaron alucinaciones (principalmente auditivas), 22% delirios y 3.3% trastornos de pensamiento. De las pacientes con síntomas psicóticos, 24% tuvieron trastorno bipolar, 41% TDM, 21% tuvo una depresión subsindromática y 14% tuvieron trastornos en el espectro de esquizofrenia, concluyéndose que los pacientes más jóvenes con trastornos del ánimo frecuentemente presentan síntomas psicóticos, en particular alucinaciones auditivas. Estos pacientes comúnmente tienen trastornos psiquiátricos comórbidos e ideación suicida.²⁹

Birmaher y colaboradores evaluaron a un grupo de niños prepúberes (n=46) y adolescentes postpúberes (n=22) fueron evaluados con entrevistas estructuradas para psicopatología e historia psiquiátrica familiar y seguidos una vez cada 2 años por aproximadamente 5 años encontrándose como resultado que con la excepción de más síntomas melancólicos depresivos en los adolescentes, ambos grupos tuvieron sintomatología depresiva similar (un promedio de 17 meses), tasas de recaída del 85% y recurrencia 40%, comorbilidad e historia psiquiátrica familiar. Las mujeres que tuvieron mayor culpa, peores episodios de depresión y familiares

²⁹ Ulloa R., Birmaher B., Axelson D., Williamson D., Brent D., Ryan N., Bridge J. y colaboradores. "Psychosis in a Pediatric Mood and Anxiety Disorders Clinic Phenomenology and Correlates". *J. Am. Acad. Child and Adolescent Psychiatry*. 2000; 39: 337-44.

con psicopatología estuvieron asociadas con un peor curso longitudinal. En general el trastorno depresivo mayor es similar en niños y adolescentes.³⁰

Garnefski y colaboradores examinaron las diferencias de edad entre adolescentes en la percepción de familia, escuela y pares en sus relaciones, adolescentes con síntomas depresivos y antisociales. 11516 adolescentes, con edades de 12 a 18 años, formaron parte de una comunidad representativa de 212 escuelas seleccionadas al azar en los países bajos. Se encontraron diferencias significativas para los tres sistemas con un aumento en las percepciones negativas de la familia con la edad, las percepciones negativas de los pares disminuyeron con la edad y la percepción negativa de la escuela se mantuvo hasta los 13 años. Independientemente de la edad, las percepciones negativas de la familia tuvieron una fuerte relación con síntomas depresivos, los síntomas depresivos tuvieron una fuerte e independiente relación con la percepción negativa con los pares más que percepción negativa de la escuela.³¹

Williamson y colaboradores examinaron la presencia de síntomas de depresión atípica en niños y adolescentes de 6 a 19 años (n= 1046). De los jóvenes deprimidos 162 (15.5%) cumplieron criterios para depresión atípica, por lo tanto

³⁰ Birmaher y colaboradores. "Childhood and adolescent Depression: A Review of the Past 10 Years. Part I". *J. Am. Acad. Child and adolescent Psychiatry*. 1996; 15: 63-70.

³¹ Garnefski N. "Age Differences in Depressive Symptoms, Antisocial Behavior, and Negative Perceptions of Family, School, and Peers Among Adolescents". *J. Am. Acad. Child and adolescent Psychiatry*. 2000; 39: 1175-81.

se concluye que los síntomas atípicos de la depresión ocurren en este grupo de edad.³² Por otro lado la instalación temprana de TDM, TA y abuso de sustancias aumenta el riesgo en ambos sexos de InS). Los que llevan a cabo InS es mucho más probable que tengan psicopatología asociada que los que solo tienen Ideación suicida (IdS), especialmente en los trastornos del ánimo.³³

ESTUDIANTES EN LA CIUDAD DE MÉXICO

González-Forteza y colaboradores analizaron los datos de 1712 estudiantes en la Ciudad de México y a 30 pacientes hospitalizadas por intento suicida, a través de un instrumento que consta de 4 reactivos: “no podría seguir adelante”, "tenía pensamientos sobre la muerte", “sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerta" y "pensé en matarme". La prevalencia de la presencia de los cuatro síntomas de IdS fue más elevada en la muestra clínica, sin embargo, es importante destacar que 11.8% de las adolescentes de la muestra escolar, presentaron todos los síntomas de IdS de 1 a 7 días, y en una de cada 100 estuvieron presentes casi toda la semana (1.3% de síntomas persistentes). Tener

³² Williamson D., Birmaher B., Brent D., Balach L., Dahl R. y Ryan N. “Atypical Symptoms of Depression in a Sample of Depressed Child and Adolescent Outpatients”. *J. Am. Acad. Child and Adolescent Psychiatry*. 2000; 39: 1253-58.

³³ AACAP. “Summary of the Practice Parameters of the Assessment and Treatment of Child and Adolescents with Suicidal Behavior”. *J. Am. Acad. Child and Adolescent Psychiatry*. 2001; 40 (4).

ideas sobre la propia muerte es un antecedente significativo de InS. Estudiar el nivel de secundaria (que en México se cursa entre los 13 y 15 años), lo cual implica a la edad como factor de riesgo, la percepción de bajo desempeño escolar, y haber interrumpido los estudios por 6 meses o más y/o haber tenido que trabajar en el ciclo escolar anterior, han sido también predictores de riesgo de consumo de alcohol y de drogas en esta misma muestra escolar.³⁴

La prevalencia de suicidio es más elevada en la población adolescente que en la adulta. Mondragón realizó un análisis de estudios publicados con diferentes poblaciones en México; encontró como factores asociados a la conducta suicida: sexo, edad, estado civil, escolaridad, ideación suicida, sintomatología depresiva, consumo de alcohol, tabaco y drogas. De estos, el factor más relacionado con InS en adolescentes es el sexo. Diversos investigadores han recomendado diseñar estrategias de prevención e intervención, a partir de las políticas demográficas (por la mortalidad del suicidio) y del desarrollo de programas educativos y de salud, es decir, que tomen en cuenta los factores asociados a la IdS y al InS.^{35 36}

³⁴ González-Forteza C., Berenzon S., Tello A., Facio D. y Medina Mora. "Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes". *Salud Pública de México*. 1998; 40: 430-37.

³⁵ Mondragón L., Borges G. y Gutiérrez R. "La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos". *Salud Mental*. 2001, diciembre; 24 (6): 4-15.

³⁶ Jiménez A. y González-Forteza C. "Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente". *Salud Mental*. 2003, diciembre; 26 (6): 35-46.

En ese sentido hay que agregar que Klimes y colaboradores encontraron que los niños de madres deprimidas reportaron más ideación y conducta suicida que los hijos de madres no deprimidas.³⁷

Debido a las consecuencias de la depresión (y de la psicopatología en adolescentes), es necesario desarrollar contenidos que apoyen y contribuyan a disminuir el nivel de estigmatización y los prejuicios prevalentes respecto a los enfermos mentales y su tratamiento. El apoyo y la participación en iniciativas y proyectos orientados a informar, sensibilizar y estimular la participación ciudadana en la lucha contra los principales problemas de la salud mental, como las adicciones, la violencia en todas sus manifestaciones, los trastornos afectivos y la promoción de estilos de vida más saludables.

La magnitud y alcance de este programa pueden variar, sobre la base de un mismo modelo, dependiendo de sus posibilidades reales de implementación y de los recursos disponibles, planteándose a nivel amplio, medio o restringido, con acciones dirigidas al público en general, a grupos específicos de riesgo o a los pacientes y sus familiares, y abarcando las enfermedades mentales en general o sólo algunos de los principales trastornos, sus síntomas y las opciones de

³⁷ Klimes B., Free K., Rosanville D., Stillwell J., Welsh J. y Radke M. "Suicidal Ideation and Attempts: A Longitudinal Investigation of Children Depressed and Well Mothers". *J. Am. Acad. Child and Adolescent Psychiatry*. 1999; 38: 651-58.

tratamiento y apoyo. Se necesitan un número considerable de estudios en las escuelas, relacionados con temas de importancia dentro del ambiente escolar.^{38 39}

Kroes y colaboradores determinaron la prevalencia de T. psiquiátricos en una muestra escolar; encontraron que el 45.2% de los sujetos cumplieron criterios para al menos un trastorno, mientras 21% tuvieron dos o más trastornos. Asimismo, la mayoría de los padres no pensaron que sus hijos pudieran necesitar ayuda (93.3%). Los padres de sujetos con 2 o más trastornos, reportaron mayor necesidad de ayuda que los padres de sujetos con un solo trastorno.⁴⁰

Pössel y colaboradores diseñaron un programa escolar para prevenir el incremento de síntomas depresivos en escuelas, con el cual se reducen los pensamientos automáticos negativos que producen disfunción y se promueven las habilidades sociales. Y, en efecto, se previno presencia de síntomas depresivos en sujetos no deprimidos, en los deprimidos disminuyeron los síntomas depresivos y respecto al grupo de control no hubo cambios.⁴¹

³⁸ García-Silverman S. Necesidades de atención y utilización de servicios de salud mental. *Salud Mental*. 1997, julio: 20 (2): 39-46.

³⁹ Mattison R. "School Consultation: A Review of Research on Issues Unique to the School Environment". *J. Am. Acad. Child and Adolescent Psychiatry*. 2000; 39: 402-13.

⁴⁰ Kroes M., Kalf A., Kessels A., Steyaert J., Feron F., Someren A. "Child Psychiatric Diagnoses in a Population of Dutch Schoolchildren Aged 6 to 8 Years". *J. Am. Acad. Child and Adolescent Psychiatry*. 2001; 40: 1401-09.

⁴¹ Pössel P., Horn A., Groen G. y Huatzinger M. "School-Based Prevention of Depressive Symptoms in Adolescents: A 6 Month Follow-up". *J. Am. Acad. Child and Adolescent Psychiatry*. 2004; 40: 1401-09.

De la Peña y colaboradores realizaron una entrevista semiestructurada a 40 adolescentes de una escuela secundaria en la ciudad de México, y encontraron una prevalencia de 12% de TDM y de 7.5% para el TD. Los adolescentes con trastornos internalizados presentaron calificaciones más bajas en español y en inglés, que los adolescentes sanos y con trastornos externalizados. Existe falta de estudios que vinculen a la depresión con el bajo aprovechamiento, los resultados de este estudio confirman los hallazgos de otros investigadores que señalan al TDM y al TD como las psicopatologías más comunes de este grupo de edad, que afectan directamente al aprovechamiento académico. Estos hallazgos invitan a las autoridades escolares a considerar a la psicopatología como uno de los elementos que están relacionados con los alumnos problemáticos y con bajo rendimiento. Sugieren en futuras investigaciones ampliar la muestra e incluir escuelas con diferentes características que permitan hacer generalizaciones y que sean aplicables a las políticas de atención de la salud mental escolar.⁴²

Probablemente el TDM y el TD sean las enfermedades que más se han relacionado con el bajo aprovechamiento académico de los adolescentes. Desde hace más de 10 años, se ha observado que los padecimientos afectivos se vinculan directamente con menor desempeño escolar y con menor socialización; estudios

⁴² De la Peña F., Estrada A., Almeida L. y Páez F. "Prevalencia de los trastornos depresivos y su relación con el bajo aprovechamiento escolar en estudiantes de Secundaria". *Salud Mental*. 1999, agosto; 22 (4): 9-13.

más recientes han reportado que 92% de los adolescentes deprimidos manifiestan un decremento en su productividad académica.^{43 44}

⁴³ Fleming J. Offord D. y Boyle M. "Prevalence of Childhood and Adolescent Depression in the Community. Ontario Child Health Study. *Br. J. Psychiatry*. 1989; 155: 647-54.

⁴⁴ Heliheinstein E., Guenther G. y Hsu K. "Depression and Academic Impairment in College Students". *J. Am. Coll. Health*. 1996; 45: 59-64.

ESTUDIO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El TDM afecta a un gran número de adolescentes, y les trae como consecuencia disfunción importante a nivel personal, social, escolar y laboral. Esto aunado a múltiples consecuencias psicosociales, dentro de estas están el bajo rendimiento escolar, abandono escolar, alteraciones en la socialización, aislamiento, y conducta suicida, entre muchos otros; asimismo, se ha visto que afecta cada vez a edades más tempranas y con síntomas más severos. Desafortunadamente la atención de este padecimiento en adolescentes puede estar obstaculizada por varias razones, entre ellas el que los padres no perciban necesidad de atención en sus hijos, el estigma relacionado con las enfermedades psiquiátricas, la mala percepción que un padre deprimido puede tener en cuanto a los problemas de sus hijos o que no se detecte el padecimiento etc. ¿La prevalencia del TDM que se

detecte en los alumnos de la Secundaria Albert Schweitzer será acorde con la reportada en la literatura para este grupo de edad?

JUSTIFICACION

Existen muy pocos estudios realizados en ambientes escolares acerca de detección de TDM, de hecho los autores de los estudios que existen sugieren y enfatizan la gran necesidad de realizar este tipo de investigaciones. El bajo aprovechamiento escolar, el abandono escolar, la irritabilidad que puede manifestarse a través de agresividad en la escuela, el deterioro en la forma de relacionarse con los pares, la Conducta Suicida alrededor de este problema, la comorbilidad y más, hacen necesario este tipo de investigaciones para impactar de manera positiva en el TDM y sus consecuencias.

HIPÓTESIS

Se encontrará una prevalencia de TDM que va del 0.4% al 22.3%, de acuerdo con lo reportado en la literatura.

OBJETIVOS

Detectar la prevalencia de TDM en estudiantes de una secundaria diurna de la Ciudad de México.

TIPO DE ESTUDIO

Transversal, descriptivo.

METODOLOGÍA

Se contactó con las autoridades directivas de la secundaria Diurna núm. 133 "Albert Schweitzer" de la Ciudad de México. Se les dio plática informativa acerca del proyecto tanto a la directora, el subdirector y la orientadora. Se dio la información en presentación con *Power Point*, hablando brevemente sobre la depresión y las consecuencias, en especial a nivel escolar, con las que se asocian al TDM; así como las especificaciones del proyecto.

Una vez obtenido el consentimiento por parte de las autoridades se realizó la plática informativa con los padres o tutores de los alumnos.

La plática informativa se realizó con diapositivas y se incluyó el tema de TDM, desde causas, sintomatología, evolución, pronóstico y tratamiento, con la

finalidad de informar y concientizar a los asistentes sobre el TDM y sus consecuencias.

Se invitó a los padres de familia o tutores a participar en el estudio. En las juntas que se realizaron, todos los padres o tutores aceptaron participar, al igual que sus hijos, firmando consentimiento informado.

Los padres y alumnos que no participaron fueron los que no acudieron a la plática informativa. Se aplicó la escala de Birlson (DSRS) a 441 alumnos de 1º, 2º y 3º año.

El DSRS (*Depresion Self-Rating Scale*), es un instrumento autoaplicable válido para detectar depresión en adolescentes.⁴⁵ La escala está validada por De la Peña y colaboradores en una investigación de población mexicana que incluyó a 349 adolescentes entre los 13 y los 19 años, agrupados en una población clínica de 138 y otra población abierta de 211 sujetos. Como prueba diagnóstica presentó una sensibilidad del 87% y una especificidad del 74% con un punto de corte de 14. El valor alfa de Cronbach fue de 0.85.⁴⁶ Esta escala puede ser utilizada de

⁴⁵ Ivarsson T., Lidberg A. y Gillberg C. "The Birlson Depression Self-Rating Scale (DSRS). Clinical Evaluation in an Adolescent Inpatient Population". *Journal of Affective Disorders*. 1994; 32: 115-25.

⁴⁶ De la Peña F., Lara M., Cortés J., Nicolini H. Páez F. y Almeida L. "Traducción al español y validez de la escala de Birlson (DSRS) para el Trastorno Depresivo Mayor en la adolescencia". *Salud Mental*. 1996, octubre; 19 supp: 23.

manera amplia en investigaciones clínicas y epidemiológicas para la depresión de los adolescentes.

Los alumnos que obtuvieron puntuación igual o mayor a 14, se canalizaron a tratamiento.

Se solicitaron las listas de alumnos regulares e irregulares para, en estudios posteriores, analizar si existe alguna relación entre los resultados de la escala y el aprovechamiento escolar, esto previa autorización de la directora del plantel.

La información, en cuanto a los resultados, se manejó de manera confidencial, y sólo si el padre o tutor y el alumno estuvieron de acuerdo, se les informó de manera específica a la directora, a la orientadora y a profesores acerca del resultado de la escala del alumno.

Para finalizar, se dio una plática informativa al profesorado del plantel sobre TDM y los resultados generales del proyecto.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se resumen los datos sociodemográficos en cuanto al sexo de los 441 alumnos incluidos en este estudio.

Tabla 1

Sexo	Cantidad	Porcentaje (%)
Femenino	195	44.2
Masculino	246	55.8

El rango de edad en esta muestra abarcó de los 12 a los 17 años. En la Tabla 2 se muestra la distribución de los alumnos por edad.

Tabla 2

Edad	Número de personas	Porcentaje (%)
12	100	22.67
13	115	26.07
14	150	34.01
15	68	15.42
16	5	1.13
17	3	0.68

La muestra estuvo conformada por alumnos de 1º, 2º y 3º año. Al primer año correspondieron un total de 149 (33.78%), de segundo año hubo un total de 152 alumnos (34.46%) y, por último, los de tercero fueron 140 alumnos (31.74%).

En cuanto al TDM (alumnos que obtuvieron un puntaje de 14 en adelante), se detectaron a 109 alumnos deprimidos (24.71 %), el resto no deprimidos fueron 332, (75.28 %), como se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3. Distribución de TDM por sexos

Sexo	Alumnos con Depresión	Porcentaje
Femenino	67	34.4
Masculino	42	17.1

Cabe destacar que en primer año 33 alumnos presentaron TDM, lo que representa el 30.3%. En segundo fueron 37, lo que equivale al 33.9%. Y en tercero 39, lo que significa el 35.8%.

Tomando en cuenta la edad, se encontraron 23 deprimidos de 12 años (23%), 23 de 13 años (20%), 35 de 14 años (23.33%), 26 de 15 años (38.23%), no hubo de 16 y, finalmente, 2 de 17 años (66.66%).

La media de edad fue de 14 años, con un total de 150, que representó el 34%. Con respecto al sexo, la frecuencia para los hombres fue de 246, que representó el 55.8%; la frecuencia de los deprimidos fue de 109, que representó el 24.7%. Asimismo, hubo más mujeres deprimidas que hombres. Y la mayor

cantidad de deprimidos se encontraron en los alumnos de tercer año, con un total de 39 estudiantes.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Uno de los aspectos importantes que es preciso resaltar, es la dificultad que se llega a presentar para realizar estudios en muestras escolares, esto debido en parte a la falta de conocimiento acerca de las enfermedades mentales, así como al estigma que existe hacia la psiquiatría. Estos obstáculos se pueden apreciar tanto en las autoridades escolares, como en profesores y padres de familia. Por tal motivo sería de gran importancia continuar con este tipo de proyectos con la finalidad de psicoeducar a la población en general y, en este caso, a la población involucrada con los ambientes escolares, y poder así tener acceso a las personas que necesitan tratamiento.

El hecho de que se esté presentando un efecto de cohorte, en donde la depresión afecta cada vez a poblaciones de edades más tempranas y con síntomas más severos, da como necesidad prioritaria la atención de esta población. Se debe agregar que un grupo escolar que requiere de especial psicoeducación es el de las autoridades escolares, de manera que les sea posible comprender las consecuencias que la depresión trae a nivel escolar, desde el bajo aprovechamiento, el ausentismo y conductas autodestructivas (autolesiones, uso

de sustancias, conductas suicidas, entre otras), situaciones que pueden llegar a ser tan graves e impactantes, que es cada vez más difícil no tomarlas en cuenta.

En este estudio se aprovecharon las juntas de firmas de boletas para dar plática informativa a los padres e invitarlos a participar, por tal motivo no pudimos valorar, en un momento dado, qué porcentaje hubiéramos tenido de respuesta al llamado de los padres o tutores si se les hubiese citado exclusivamente para invitarlos a participar en el proyecto. Aun así hubo un total de 65 alumnos registrados en lista a los que no se les aplicó la escala, aunque de estos 20 aparecen como dados de baja, lo que arroja un total de 45 alumnos a los que no se les aplicó la escala, y es que a pesar de condicionar la entrada al plantel al no presentarse a la firma de boletas, incluso así hubo padres o tutores que no acudieron a la firma de boletas. Situación que sería interesante y necesario indagar, ya que pudiera relacionarse también con depresión o algún otro tipo de psicopatología. Cuando algún alumno no se presentó el día de la aplicación, se regresó al día siguiente para aplicarle la prueba.

El porcentaje total de alumnos deprimidos fue del 24.71%, un poco más alta de la esperada en la hipótesis, pero de acuerdo con lo encontrado en algunos

reportes de la bibliografía, que va de un 28%^{47 48} y secundario al aumento secular hasta un 38%⁴⁹ al 40%.⁵⁰

En cuanto a la presentación de TDM por sexo, en el estudio se encontró predominio de depresión en mujeres, lo cual coincide con lo reportado en la literatura.

La mayor cantidad de deprimidos se encontró en los alumnos de tercer año, desconocemos el motivo, pero habría que indagar qué tanto se puede relacionar el proceso depresivo con las causas que han dado como resultado que a su edad aún continúen en secundaria, ya que había alumnos hasta de 17 años.

Como sabemos, el TDM se relaciona, en especial si es de gravedad, con CS. En este estudio a los alumnos que obtuvieron un puntaje igual o mayor a 14, se canalizaron a tratamiento al Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, previa autorización escrita y firmada por el Director de esta Institución (Tutor de la

⁴⁷ Carlson A. "A Survey for Depressive Symptoms, Syndrome and Disorder in a Child Psychiatric Population". *J. Am. Acad. Child and Adolescent Psychiatry*. 1980; 21: 19-25.

⁴⁸ Robbins D., Alessi N., Cook S., Poznanski E. y Gordon Y. "The Use of the Research Diagnostic Criteria (RDC) for Depression in Adolescent Psychiatric Patients". *J. Am. Acad. Child Psychiatry*. 1982, mayo; 21 (3): 251-55.

⁴⁹ De la Peña y colaboradores. "Coexistencia de múltiples Trastornos Psiquiátricos en los Adolescentes. Comorbilidad del Trastorno Depresivo Mayor en Adolescentes: Prevalencia, Severidad del Padecimiento y Funcionamiento Psicosocial. *Reunión Internacional del XX Aniversario INP*. México, 1998.

⁵⁰ Biederman J. "Psychiatric Comorbidity Among Referred Juveniles with Major Depression: Fact or Artifact?". *J. Am. Acad. Child and Adolescent Psychiatry*. 1995, mayo; 34 (5): 579-90.

presente tesis), siendo esto de suma importancia para tratar de evitar no sólo las consecuencias de la CS, que pueden llegar a ser fatales, sino también las demás consecuencias biopsicosociales que tiene la depresión en este grupo de edad.

Se solicitaron las listas de alumnos regulares e irregulares de la escuela, con la finalidad de realizar estudios posteriores para ver si existe alguna relación entre el TDM y su aprovechamiento escolar. Por otro lado, se monitorizará que los alumnos canalizados al Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro acudan realmente a recibir tratamiento, intentando darles seguimiento y realizar estudios posteriores al respecto. No obstante, cabe señalar que el tratamiento no se manejó como obligatorio, ni formó parte de los objetivos de este estudio; a pesar de ello, se canalizó a tratamiento a todos los alumnos deprimidos y se puso especial énfasis en lo necesario e importante que es tratar la depresión.

BILIOGRAFÍA

DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª ed., México Ed. Masson, 1998.

AACAP. "Summary of the Practice Parameters of the Assessment and Treatment of Child and Adolescents with Suicidal Behavior". *J. Am. Acad. Child and Adolescent Psychiatry*. 2001.

Avenevoli S., et al. "Comorbidity of Depression in Children and Adolescent: Models and Evidence from a Prospective High Risk Family Study". *Biol. Psychiatry*.

Biederman J. "Psychiatric Comorbidity Among Referred Juveniles with Major Depression: Fact or Artifact?". *J. Am. Acad. Child and Adolescent Psychiatry*. 1995.

Birmaher, et al. "Childhood and adolescent Depression: A Review of the Past 10 Years. Part I". *J. Am. Acad. Child and adolescent Psychiatry*. 1996.

Brennan P. et al. "Maternal Depression, Parent-Child Relationships, and Resilient Outcomes in Adolescence". *J. Am. Acad. Child and Adolesce in Psychiatry*. 2001.

Caraveo J. et al. "Síntomas, Percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México". *Salud Publica de México*. 2002.

- Carlson A. "A Survey for Depressive Symptoms, Syndrome and Disorder in a Child Psychiatric Population". *J. Am. Acad. Child and Adolescent Psychiatry*. 1980
- Flament M., et al." Phenomenology, Psychosocial Correlates and Treatment Seeking in Mayor Depression and Dysthymia of Adolescence". *J. Am. Acad. Child and Adolescent Psychiatry*. 2001
- Fleming et al. "Epidemiology of Childhood Depressive Disorders: A Critical Review". *J. Am. Acad. Child and Adolescent Psychiatry*. 1990.
- Fleming et al. "Prevalence of Childhood and Adolescent Depression in the Community. Ontario Child Health Study". *Br. J. Psychiatry*. 1989.
- Fombonne E., et al. "The Maudsley Long Term Follow up of Child and Adolescent Depression I. Psychiatry Outcomes in Adulthood". *Br. J. of Psychiatry*. 2001.
- García S. et al. "Información y educación, base para la prevención". *Salud Mental*. 2000.
- García-Silverman. "Necesidades de atención y utilización de servicios de salud mental". *Salud Mental*. 1997.
- Garnefski N. "Age Differences in Depressive Symptoms, Antisocial Behavior, and Negative Perceptions of Family, School, and Peers Among Adolescents". *J. Am. Acad. Child and adolescent Psychiatry*. 2000.

- González-Forteza C., et al. “Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes”. *Salud Pública de México*. 1998.
- Harrington A. et al. “Consecuencias psicosociales de la depresión adolescente”. *Psiquiatría y Salud Integral*. 2001.
- Heliheinstein E. et al. “Depression and Academic Impairment in College Students”. *J. Am. Coll. Health*. 1996.
- Ivarsson T. et al. “The Birlson Depression Self-Rating Scale (DSRS). Clinical Evaluation in an Adolescent Inpatient Population”. *Journal of Affective Disorders*. 1994.
- Jiménez A. y González-Forteza C. “Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente”. *Salud Mental*. 2003.
- Klimes B., et al. “Suicidal Ideation and Attempts: A Longitudinal Investigation of Children Depressed and Well Mothers”. *J. Am. Acad. Child and Adolescent Psychiatry*. 1999.
- Kroes M., et al. “Child Psychiatric Diagnoses in a Population of Dutch Schoolchildren Aged 6 to 8 Years”. *J. Am. Acad. Child and Adolescent Psychiatry*. 2001.
- Lewinson P. “Adolescent Psychopathology III: The Clinical Consequences of Comorbidity”. *J. Am. Acad. Child and Adolescent Psychiatry*. 1995.

- Link H. et al. "Somatic Complaints and Psychopathology in Children and Adolescents: Stomach Aches, Musculoskeletal Pains, and Headaches". *J Am. Acad. Child and Adolescent Psychiatry*. 1999.
- Link H. et al. "School Refusal and Psychiatry Disorders: A Community Study". *J. Am. Acad. Child and Adolescent Psychiatry*. 2003.
- Luoma I. et al. "Longitudinal Study of Maternal Depressive Symptoms and Child Well-Being". *J. Am. Acad. Child and Adolescent Psychiatry*. 2001.
- Mattison R. "School Consultation: A Review of Research on Issues Unique to the School Environment". *J. Am. Acad. Child and Adolescent Psychiatry*. 2000.
- Melvin Lewys. *Child, and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook*, USA Ed. Williams and Wilkins, 1991.
- Mondragón L., et al. "La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos". *Salud Mental*. 2001.
- Patten C. et al. "Persistence of Depressive Symptoms in Adolescents". *Neuropsychopharmacology*. 2001.
- Peña, de la, et al. "Coexistencia de múltiples Trastornos Psiquiátricos en los Adolescentes. Comorbilidad del Trastorno Depresivo Mayor en Adolescentes: Prevalencia, Severidad del Padecimiento y Funcionamiento Psicosocial". *Reunión Internacional del XX Aniversario INP*. México, 1998.

- Peña, de la, et al. “Comorbilidad del Trastorno Depresivo Mayor en los adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial”. *Salud Mental*, número especial 1999.
- Peña, de la, et al. “Prevalencia de los trastornos depresivos y su relación con el bajo aprovechamiento escolar en estudiantes de Secundaria”. *Salud Mental*. 1999.
- Peña, de la, et al. “Traducción al español y validez de la escala de Birlson (DSRS) para el Trastorno Depresivo Mayor en la adolescencia”. *Salud Mental*. 1996.
- Ping W. et al. “Depressive and Disruptive Disorders and Mental Health Service Utilization in Children and Adolescent”. *J. Am. Acad. Child and Adolescent Psychiatry*. 1999.
- Pössel P., et al. “School-Based Prevention of Depressive Symptoms in Adolescents: A 6 Month Follow-up”. *J. Am. Acad. Child and Adolescent Psychiatry*. 2004.
- Reinherz A. et al. “General and Specific Childhood Risk Factors for Depression and Drug Disorders by Early Adulthood”. *J. Am. Acad. Child and Adolescent Psychiatry*. 2000.

- Robbins D. et al. "The Use of the Research Diagnostic Criteria (RDC) for Depression in Adolescent Psychiatric in Patients. *J. Am. Acad. Child Psychiatry*. 1982.
- Rushton J. et al. "Epidemiology of Depressive Symptoms in the National Longitudinal Study of Adolescent Health". *J. Am. Acad. Child and Adolescent Psychiatry*. 2002.
- Ulloa R., et al. "Psychosis in a Pediatric Mood and Anxiety Disorders Clinic Phenomenology and Correlates". *J. Am. Acad. Child and Adolescent Psychiatry*. 2000.
- Warner V. et al. "Grandparents, Parents, and Grandchildren at Hight Risk for Depression: A Three-Generation Study". *J. Am. Acad. Child and Adolescent Psychiatry*. 1999.
- Williamson D., et al. "Atypical Symptoms of Depression in a Sample of Depressed Child and Adolescent Outpatients". *J. Am. Acad. Child and adolescent Psychiatry*. 2000.
- Williamson D. et al. "First Episode of Depression in Children at Low and High Familial Risk for Depression". *J. Am. Acad. Child and Adolescent Psychiatry*. 2004.
- Winer. *Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*. Ed. British Library Cataloguin J. in Publication Data, 1991.

Witaker A. "Uncommon Troubles in Young People: Prevalence Estimates of Selected Psychiatric Disorders in a Non-Referred Adolescent Population". *Arch. Gen. Psychiatry*. 1990.