

11241
15
20

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

TRASTORNO DISTIMICO

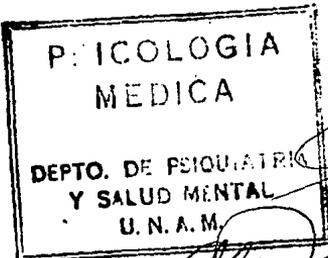
EN ADOLESCENTES FARMACODEPENDIENTES

TESINA QUE PRESENTA

DRA. MARIA GUADALUPE VILICAÑA PALOMARES.

PARA OBTENER DEL TITULO DE:

ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA



ASESOR TEORICO Y METODOLOGICO

DR. HECTOR A. ORTEGA SOTO

[Handwritten signatures and initials]

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1994



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 está 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.

DEDICATORIA:

A MIS PADRES:

Con infinito amor y agradecimiento
por haberme engendrado y
por las bases que me han brindado
a lo largo de mi vida,

A MIS HERMANOS Y SOBRINOS:

A quienes tambien llevo eternamente conmigo
con profundo cariño,

Y:

A quien me ha permitido
tener todo lo anterior.

AGRADECIMIENTOS:

AL DR. HECTOR A. ORTEGA SOTO:

Por que sin su ayuda y apoyo
no hubiera sido posible
la realizaci3n de esta tesina,

AL DR. VICTOR MANUEL VELAZQUEZ:

Por permitir fuera en el servicio
que 3l dirige, donde yo
iniciara este trabajo.

I N D I C E

INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES	1
PLANTEAMIENTOS DEL PROBLEMA	18
OBJETIVOS	18
POBLACION A ESTUDIAR	18
CRITERIOS DE INCLUSION PARA EL GRUPO EXPERIMENTAL	19
CRITERIOS DE EXCLUSION PARA EL GRUPO EXPERIMENTAL	20
CRITERIOS DE INCLUSION PARA EL GRUPO TESTIGO	21
CRITERIOS DE EXCLUSION PARA EL GRUPO TESTIGO	21
HIPOTESIS	22
DISEÑO	23
METODO	23
PROCEDIMIENTO	24
TIPO DE ESTUDIO	25
RESULTADOS	26
DISCUSION	33
CONCLUSIONES	35
ANEXOS	36
BIBLIOGRAFIA	40

INTRODUCCION

1) ANTECEDENTES:

En los últimos 20 años se ha incrementado notablemente el índice de muerte en los adolescentes en diversas zonas del mundo, lo cual ha reforzado la suposición de que la adolescencia con sus mayores expectativas e independencia, constituye un lapso peligroso de la vida.

Tomando en cuenta que ha dejado de considerarse a la inestabilidad de la adolescencia como un proceso necesario y normal del desarrollo, las conductas de alto riesgo, las relaciones inseguras y el funcionamiento discrepante a menudo son causados por el uso de drogas en esta etapa del desarrollo, que suele denotar una perturbación intensa y generalizada del desarrollo (28).

Se pueden interpretar mejor las conductas de consumo de drogas si se les conceptualiza como intentos desviados de enfrentamiento de la realidad, pero también debe recordarse que las drogas (además de su toxicidad característica) interfieren con el funcionamiento social y emocional, además de en las relaciones interpersonales, con lo que se pone en peligro el desarrollo normal, sobre todo en quienes son más vulnerables y cuyo desarrollo se caracteriza por frustraciones e inermidad que los tornan muy susceptibles a perseverar en el consumo intenso de drogas, en conductas desviadas y llevarlos a la detención del desarrollo.

Desde hace tiempo se acepta que la depresión constituye un factor predisponente al consumo de drogas. Las investigaciones de Rutter, Sroufe-Rutter y Poznanski (35) indican que los niños y adolescentes suelen expresar sentimientos como la depresión, mediante formas no verbales. Esto apoya el concepto de que la depresión es un componente importante y punto de partida para analizar problemas de comportamiento y del desarrollo.

Meller (25) observó que el 50% de los adolescentes de su estudio, consumían alcohol y tenían dependencia a drogas, el 25% de los alcohólicos o adictos a drogas cometieron suicidio; cerca del 70% de los adolescentes suicidas consumían conjuntamente - alcohol y drogas (1). En suma, para este autor una alta prevalencia de depresión se asocia a un consumo frecuente de sustancias psicoactivas como una alternativa para enfrentar los problemas del adolescente.

El abuso de drogas puede hacer que el adolescente deprimido exprese sus emociones en forma disfuncional, en un intento por superar sentimientos abrumadores. Este tipo de conducta aparenta un funcionamiento del adolescente apropiado a la cultura de ese momento y superficialmente involucra a los jóvenes, pero de hecho los aísla de las experiencias y relaciones necesarias de forma que, en definitiva anticipan la derrota del joven. Siempre que sea posible se integran en el sistema del uso de drogas, en cuanto representan esfuerzos para enfrentar a factores sociales de riesgo y constitucionales distintos y quizá traslapados.

Los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM III R) se utilizan ampliamente para elaborar el diagnóstico de depresión; los criterios para el episodio depresivo mayor son: por lo menos 5 de los siguientes síntomas por lo menos durante 2 semanas, estado de ánimo deprimido (puede ser irritable en niños y adolescentes), disminución del interés o placer en las actividades habituales, variaciones del peso corporal, insomnio ó hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotor casi cada día, sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa, disminución en la capacidad de concentrarse, ideas de muerte ó suicidio recurrentes, intento ó un plan específico para suicidarse, ausencia de una causa orgánica la que inició y mantiene la alteración además de no haber presentado en ningún momento ideas delirantes ni alucinaciones que hayan permanecido por más de 2 semanas.

Sadles (31) menciona como manifestaciones de depresión en la adolescencia los problemas escolares, en la actividad sexual, los trastornos de conducta, de la alimentación y un alto potencial suicida, otorgando un lugar importante al consumo de sustancias de abuso.

Un episodio depresivo mayor puede reaparecer y el síndrome depresivo puede ser crónico, llamándosele Trastorno Distímico, cuando este síndrome supera los dos años de duración en el adulto y un año para niños y adolescentes; el diagnóstico incluye señalamientos personales de los síntomas depresivos y corroborados por los

obtenidos de otras fuentes como padres, maestros y valoración profesional.

Para el mismo manual (DSM III R), el término consumo de drogas incluye estupefacientes y alcohol. Muchos, inclusive casi todos los adolescentes, han consumido drogas o alcohol en algún momento, en especial en los países desarrollados; de manera típica estos sujetos comentan que consumen la droga por curiosidad ó como parte de una relación con amigos. Según muchos autores (4, 7, 9, 14), el consumo de fármacos psicoactivos en la adolescencia, excepto aquellos que se utilizan bajo supervisión médica, debe considerarse como abuso de drogas.

Para Carey (6) el consumo intenso y continuo de drogas suelen acompañar a conflictos emocionales como baja autoestima y asocia a ésta con la presencia de sintomatología depresiva en la adolescencia, además del estrés ambiental o deterioro en las relaciones familiares.

Mac Carty (22), estima que la prevalencia de alcoholismo y del abuso de drogas es respectivamente de 30-40% y 10-15% en los miembros del grupo social que estudió.

Por otro lado, se conceptualiza que la depresión es un problema importante de salud en los adolescentes; en ellos, puede ser una reacción del estrés propio de la edad ó a las dificultades en su medio ambiente. La vulnerabilidad a enfermedades del

afecto y trastornos del talante, puede surgir en este lapso difícil de la vida y manifestarse bajo la forma de problemas conductuales, que en realidad son la manifestación de dificultad en los mecanismos de enfrentamiento con la realidad.

La formulación del diagnóstico de depresión en la niñez, ha sido frecuentemente discutido puesto que los criterios son poco claros y consistentes para definir tal entidad en esta etapa de la vida.

Seifer(33), en 1989 encontró que además de los reactiva del "Child Behavior Checklist" (CBCL) existen otros componentes como agresividad, ansiedad, inmadures, como manifestación clínica de trastornos afectivos en la niñez ó adolescencia.

En ausencia de un diagnóstico bien definido se ha optado por la aplicación de escalas basadas en modelos teóricos de depresión. Por ejemplo el "Childrens Depression Inventory" (CDI) provee una medida unidimensional de depresión; esta misma escala aplicada a adolescentes de 13 años tuvo una sensibilidad, una especificidad y una predictibilidad de la aparición de un síndrome afectivo mayor de 86%, 82% y 83%, respectivamente (30).

El "Children's Depression Scale" (CDS), es una escala basada en la definición de depresión infantil, que incluye los siguientes componentes: respuesta afectiva, negativismo, déficits cognoscitivos y motivacionales, preocupaciones propias o hacia otras

personas en cuanto a la presencia de enfermedades o muerte y agresividad: comprende 66 reactivos de los cuales 48 constituyen síntomas de un trastorno depresivo. Tiene la ventaja de existir una forma semejante para la aplicación a personas relacionadas a los niños, siendo para Marthon un instrumento útil (24).

La "Depression Profile for Children and Adolescents" (DPCA) es la escala más reciente para la aplicación a niños y adolescentes y considera 5 síntomas principalmente: ánimo deprimido, baja autoestima, baja energía, poco interés e ideación suicida; sin embargo, esta nueva escala no ha sido aprobada para su uso clínico. Bartlett la aplicó a 70 adolescentes y reveló que 13% reunían criterios para trastorno depresivo mayor y 30% de los sujetos tenían síntomas residuales (5).

Recientemente se han diseñado entrevistas estructuradas y semi-estructuradas para el diagnóstico de trastornos depresivos, sobre todo en la última década, en ellas se considera la presencia de psicopatología en la infancia o adolescencia como predictiva de sintomatología afectiva en la edad adulta.

Este tipo de entrevista se propuso dada la inconformidad con la validez en los procedimientos diagnósticos tradicionales. Los clínicos e investigadores han llegado a diferenciar alteraciones nosológicas más explícitas para permitir una estandarización, de acuerdo a los síndromes afectivos en la adolescencia. En suma, el desarrollo de estos sistemas de clasificación han hecho énfasis

en la necesidad de desarrollar métodos diagnósticos en donde se evalúan varias clasificaciones de alteraciones.

Utilizando una entrevista estructurada, Kashani (20), encontró que la prevalencia de depresión mayor y trastorno distímico fue de 4.7% y 33% respectivamente, en un estudio comunitario con 150 adolescentes en EUA.

En una población de 384 estudiantes de los primeros años de nivel preparatoria en Carolina del Norte el 2.9% de los adolescentes cursaban con un síndrome depresivo mayor.

Cuando se utilizó el "Back Depression Inventory" (BDI) en 63 estudiantes de séptimo y octavo grados, se apreció que el 33% de ellos experimentaba una depresión de moderada a severa (30).

En un estudio comunitario Kandel y Davis (18) determinaron la frecuencia de talante depresivo manifiesto en muchachos de 14 a 18 años: 19.7% indicaron haberse sentido "tristes o deprimidos) en el año anterior a la aplicación de la encuesta.

En poblaciones universitarias o en la edad correspondiente, el 30% de los varones y mujeres tienen algún trastorno de la afectividad (32) (14).

Para Nasreen Roberts (28) los trastornos depresivos ocurren tanto en la infancia como en la adolescencia; en su

estudio referido, las adolescentes tuvieron una tasa mayor de depresión que los varones, además los adolescentes que vivían en la pobreza tuvieron una mayor tasa de depresión que sus coetáneos de clases acomodadas (13) (33).

En cuanto a la prevalencia de los trastornos distímicos (trastornos depresivos de más de un año de evolución en adolescentes), con una entrevista basada en el "manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales" (DSM III R), aplicada a adolescentes entre 12 y 14 años y a sus padres se obtuvo que el 7.98% y 5% de hombres y mujeres respectivamente mostraban el trastorno (32).

En cuanto al consumo de drogas se reporta que este aumenta con la edad, especialmente durante la adolescencia, pero el período de 15 a 17 años es el lapso de mayor riesgo para iniciar el consumo de cannabis (27). Después de los 25 años hay una disminución neta en el consumo de esta droga y de otras ilegales. Para Myers (27), las drogas más usadas por la población adolescente son el alcohol, cannabis y la cocaína.

En los estudios de prevalencia de consumo de drogas, las diferencias entre sexos son notorias (6), el consumo de bebidas alcohólicas, cuando menos una vez en 2 semanas, es mucho mayor en varones (45%) que en mujeres (28%).

Las entrevistas realizadas a mujeres consumidoras

de inhalantes, reportan una mayor frecuencia de trastornos físicos y de salud que los reportados por varones y es más fácil conformar un diagnóstico de depresión y ansiedad en ellas.

Jacobson (16) refiere tasas de consumo de cannabis más altas en negros en los últimos años de la preparatoria, que blancos y Brunswik observó que había una menor posibilidad de que los blancos señalaran que habían consumido cannabis que los adolescentes negros o latinoamericanos, en una muestra en Nueva York.

Diversos estudios han mostrado una relación entre la depresión y el consumo de drogas (7), señalando que el consumo intenso y moderado es más propicio para la manifestación de sintomatología psiquiátrica (11). Se ha mencionado una frecuencia mayor de depresión en sujetos con su consumo abundante de cannabis y otras drogas. Ziedonis (37), señala que la depresión es el trastor no psiquiátrico más común en los sujetos abusadores de drogas y su pronóstico es más malo, en su estudio compara a pacientes tratados con placebo y con antidepresivos tricíclicos, encontrando un decremen to en el consumo de cocaína, cuando se les administraba ADT, incremen tándose a 100% los síntomas depresivos en los pacientes tratados con placebo (36).

En un estudio longitudinal de consumo de drogas por adolescentes, se advirtió que la depresión constituía un elemento

predictivo importante en la iniciación en el consumo de drogas ilegales, además del cannabis, en adolescentes que ya la habían consumido. En el mismo estudio, los adolescentes deprimidos indicaron una disminución de la depresión con el tiempo, empleando ininterrumpidamente las drogas ilegales.

Kandel y Paton (18), señalan que existe una relación positiva entre el consumo de drogas y la depresión en los varones blancos, los negros y los adolescentes puertorriqueños.

Los datos de la relación temporal entre el trastorno depresivo mayor y el consumo de drogas y alcohol aún son contradictorios. El trastorno depresivo mayor (TDM) siempre antecedió al abuso de drogas en el estudio de Deykin y cols. (9), en tanto que en el de Schuckit, el 60% de los varones jóvenes indicaron que los problemas de alcohol o drogas antecedieron a la depresión.

Sin embargo, se advierte que la coexistencia de uso de drogas y depresión en adolescentes es grande (7), (9).

Existe poca información sistematizada para establecer las relaciones causales entre ambos factores o para explicar los efectos a largo plazo de la depresión (10), en el consumo de drogas o del consumo a largo plazo y la forma en que aumenta o se exagera la depresión.

Desde hace varios años se han investigado las

causas de la depresión y también se ha tratado de esclarecer por qué las personas recurren a las drogas; el modelo transaccional de Rutter-Sameroff (35) y los modelos de desarrollo adaptación de los mismos autores, explican la depresión del adolescente como un fracaso en la adaptación que es consecuencia del impacto intenso en los puntos débiles subyacentes y múltiples factores de riesgo sociales e individuales en el adolescente.

Estroff (11) y Famularo (12), en sus estudios sobre el abuso de drogas y alcohol se basan en teorías genéticas o en alteraciones de la personalidad. Teorías socioculturales posteriores han destacado los efectos de la experiencia cultural, contexto social, así como la relación inversa encontrada entre el apoyo social y la depresión (16).

Teorías más recientes incluyen aspectos de desarrollo (8) y teorías psicosociales, sugiriendo que la depresión y las conductas autodestructivas pueden surgir cuando las vulnerabilidades ocultas, las deficiencias del desarrollo o los factores de riesgo social distorcionan los intentos de adaptación del adolescente.

Rutter-Sameroff (35) describieron una interacción de recursos internos y externos; los primeros incluyen factores genéticos, neuroendócrinos y bioquímicos, inteligencia, temperamento y rasgos de personalidad como la fuerza del "yo", autoestima y "simpatía". Los recursos externos son de tipo ambiental y entrañan el

estado socioeconómico y las relaciones de la familia. En un modelo transaccional los factores internos y externos operan juntos para producir algunos resultados en una edad o fase particular del desarrollo.

Así Cichetti y Schneider-Rosen han definido el desarrollo normal del adolescente como una serie de competencias entrelazadas de tipo social, emocional, cognoscitivo y constitucional. En este marco la competencia, es la capacidad de utilizar recursos internos y externos para llevar a cabo grandes tareas conductuales, apropiadas para el desarrollo.

Siendo la competencia un factor de desarrollo que ayuda al individuo a adaptarse en forma amplia a su entorno para el desarrollo competente de la siguiente fase.

Las funciones o capacidades para cada edad y fase son de importancia crítica en la adaptación del niño o adolescente surgiendo otras mientras las anteriores disminuyen en su presen tación habiendo ya sentado las bases en la continuidad del desarro- llo.

Según Cichetti y Scheneider-Rosen, la vinculación como tarea del desarrollo comienza en el primer año de vida y continúa durante la adolescencia y la vida adulta, experim tando transfor maciones y reintegraciones. Durante la adolescencia los logros obteni dos adquieren mayor importancia si priva un medio de apoyo y estabili

dad, lo que lleva a lograr la adaptación competente y temprana que suele ser un elemento que predice la competencia ulterior, creándose con ello factores protectores contra perturbaciones afectivas como la depresión.

Por otra parte, el desarrollo patológico puede concebirse como la falta de integración de factores cruciales de índole social, emocional, cognitivos y constitucionales, que podría entorpecer la obtención de la adaptación competente.

Las estructuras tempranas de estilos de relación, competencia intelectual y autodominio quedan incorporadas en adaptaciones ulteriores y cualquier desviación temprana puede entorpecer la adaptación futura.

Sin embargo, también se sabe que cada fase del desarrollo puede brindar una nueva oportunidad para "remodelar" estas estructuras y restaurar la capacidad de adaptación. Los años de adolescentes el desarrollo cognoscitivo, especialmente el desarrollo físico, la independencia y nuevas expectativas sociales, razón por la que esta etapa es a la vez un período estresante y una oportunidad. Desafortunadamente, las interacciones sociales adversas pueden constituir factores importantes de riesgo para la depresión.

Las teorías psicodinámicas y los modelos de desarrollo transaccional explican el abuso de drogas en términos de factores genéticos, psicológicos y sociales que culminan en conduc

tas de adaptación e inadaptación.

Lane (21) hace especial énfasis en 2 motivos dinámicos para el consumo o adicción a drogas: 1) los deseos de los pacientes hacia objetos que les ocasionan privación ó frustración y 2) la función destructiva para ayudarse a expresar deseos no aceptados hacia el objeto.

Deykin (9), considera el abuso de drogas como un intento por parte de la persona para enfrentarse a los conflictos en relación a sus semejantes y la sociedad: varían las necesidades y las presiones particulares conforme la persona pasa por diversas fases del desarrollo. Las experiencias de la niñez temprana pueden interferir en la competencia del adolescente para la expresión verbal o social en las relaciones o en su autoestima, por tal motivo es de suma importancia conocer la forma en que dichas experiencias adquieren trascendencia y más tarde son las que rigen la vulnerabilidad al uso de drogas; volviéndose una forma de experimentar y enfrentar sentimientos difíciles.

No todos los adolescentes que consumen drogas están deprimidos o son disfuncionales; algunos se involucran con ellas durante un período de crisis social o emocional. El uso de drogas y alcohol representan formas de afrontamiento, que desde el punto de vista cultural, son congruentes para estos adolescentes y que a menudo son reforzadas socialmente por los adultos. Se ha

observado que la motivación para iniciar por ejemplo, el consumo de tabaco en la curiosidad y la presión social, siendo razones más frecuentes para continuar fumando el placer y la adicción principalmente, características que con frecuencia se encuentran (31) en el inicio ó continuación del uso ó abuso de psicotrópicos.

En resumen, el abuso de drogas y la depresión en los adolescentes dependen de múltiples factores además, diferentes componentes intervienen de manera crítica en diversas fases del desarrollo. La adicción a drogas lícitas e ilícitas usualmente se originan en la conjunción del uso de una sustancia, una crisis vivencial y el contexto socio-cultural propicio (4).

Se han realizado pocas investigaciones en niños y adolescentes en el area de predisposición genética a los trastornos afectivos. Sin embargo, se observa que después de la pubertad cambia la proporción que aparecen los trastornos afectivos en cada sexo. En las mujeres hay un incremento notable en la presentación de episodios depresivos y se plantea la posibilidad de que los cambios en el sistema endócrino constituyan factores causales para diferencia en cuanto a cada sexo.

En los niños, prepuberales y adolescentes se han buscado marcadores neuroendócrinos que se relacionan con la aparición de la depresión, encontrándose en los adolescentes deprimidos hipersecreción de cortisol, hormona del crecimiento, positividad

de la prueba de la supresión con dexametazona y disminución de la secreción de la hormona del crecimiento en respuesta a la tolerancia a la insulina (18).

Las anormalidades en la secreción de la hormona del crecimiento persisten en prepúberes deprimidos un poco después de que se restablecen de la depresión.

Los hijos de padres con un trastorno grave del afecto también tienen un alto índice de trastornos afectivos en comparación con los hijos de testigos.

Se ha sugerido que la depresión y los problemas de conducta en la niñez suelen predecir psicopatología en la adolescencia; la continuidad entre la depresión del niño y la del adulto podrá identificarse sólo cuando se cuente con estudios epidemiológicos adecuados (33).

Los problemas con el alcohol y las drogas también pueden tener una influencia genética. Estudios sobre alcoholismo en gemelos criados en el mismo ambiente indicaron que los gemelos idénticos tienen una mayor posibilidad de concordancia en el abuso de alcohol, que los fraternos; sin embargo, no se ha identificado el mecanismo de transmisión de la predisposición genética al alcoholismo.

En cuanto a los factores estructurales de la personalidad, se ha señalado una relación importante entre la autoes-

tima y la depresión en los patrones de consumo de alcohol; Bartlett (5), ha indicado que la depresión guarda correlación significativa con casi todas las facetas de la autoestima y que también existe una correlación entre el consumo de alcohol y tal parámetro.

Los índices de socialización, como la capacidad de hacer amigos son indicadores eficientes del uso ulterior de fármacos ilegales.

Se ha mostrado que los pacientes que buscan tratamiento por depresión y que utilizan alcohol u otras drogas son semejantes a los individuos de la población que abusa de drogas y de alcohol, es decir, que son jóvenes, varones, solteros y que proviene de un medio socioeconómico bajo (13, 32).

En la clínica Ramsey en Minnesota se observó entre los estresores importantes: el pesar y la pérdida, la muerte de un amigo, la separación de los padres y el divorcio de los progenitores, en 32% se identificó abuso físico y en 7% abuso sexual de los adolescentes.

Garrison señala (13) un incremento en la prevalencia de trastornos afectivos agudos en quienes presentaban ya depresión crónica, estos pacientes recordaban haber tenido eventos traumáticos en la infancia que llevaron a una pérdida de satisfactores en los lazos afectivos con sus padres (2).

2) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Determinar la prevalencia de trastornos afectivos de tipo depresivo, que exceda a un año de evolución (trastorno distímico) en adolescentes de ambos sexos usuarios ó dependientes a drogas.

3) OBJETIVOS:

Determinar si la frecuencia de trastornos distímicos en adolescentes de 13 a 18 años de edad, de ambos sexos consumidores de drogas que sean pacientes del Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro" difiere de la observada en pacientes del mismo hospital, misma edad, de ambos sexos pero no consumidores de drogas.

4) POBLACION A ESTUDIAR:

Adolescentes de 13 a 18 años de edad, masculinos o femeninos, residentes de la ciudad de México, en los que se haya diagnosticado trastornos distímicos según una entrevista semiestructurada elaborada del "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales" (DSM III R).

A los que se les realizó estudios de laboratorio como Biometría Hemática, Química Sanguinea (3) y Exámen General de Orina, sin detectarse mediante sus resultados, padecimientos

sistémicos como Diabetes Mellitus, Insuficiencia renal crónica, etc.

También se les tomó un electroencefalograma sin que se hayan reportado descargas paroxísticas, los pacientes fueron atendidos en consulta externa por el servicio de hospitalización de PAIDEIA del Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro"

El grupo testigo de adolescentes tuvieron una edad entre 13 y 17 años, todos fueron residentes del Distrito Federal de cualquier sexo, fueron pacientes de la "Clínica de la Adolescencia" del mismo Hospital, solicitándoseles también exámenes de laboratorio (BH, QS, EGO) cuyos resultados fueron así como EEG y que carecían de antecedentes de trastornos afectivos (maniacos o depresivos), cuadros psicóticos ó consumo de sustancias psicoactivas.

5) CRITERIOS DE INCLUSION PARA EL GRUPO EXPERIMENTAL:

- 1.- Ser pacientes del Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro"
- 2.- Pertener al servicio de consulta externa u hospitalización de PAIDEIA de dicho hospital.
- 3.- Dentro de un rango de edad de 13 a 17 años.
- 4.- De cualquier sexo.

- 5.- Estudios de gabinete (EEG) y laboratorio (BH, QS, EGO, HIV) con resultados normales.
- 6.- Ausencia de antecedentes personales de sintomatología psicótica.
- 7.- Consumo de sustancias psicoactivas de acuerdo a los criterios para Dependencia y Abuso de Sustancias Psicoactivas del DSM - III R.
- 8.- Contar con la colaboración de una persona responsable o familiar de cada uno de los pacientes
- 9.- En caso de desacuerdo entre los datos obtenidos por parte del paciente y su familiar, se consideró válida la información proporcionada por el paciente.

6) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN PARA EL GRUPO EXPERIMENTAL:

- 1.- Pacientes con diagnóstico de Síndrome orgánico cerebral, esquizofrenia o trastorno bipolar según la historia clínica.
- 2.- Reporte de descargas paroxísticas en el EEG o datos sugerentes de patología física sistémica evaluada en la historia clínica y exámenes de laboratorio solicitados.
- 3.- Pacientes menores de 13 años o mayores de 17 años.
- 4.- Evidencia de alteración neurológica, encontrada en la valoración realizada por el servicio de pediatría del mismo hospital.

7) CRITERIOS DE INCLUSION PARA EL GRUPO TESTIGO:

- 1.- Ser paciente de consulta externa de la "Clínica de la Adolescencia" del Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro".
- 2.- Ausencia de trastorno afectivo mayor.
- 3.- Pacientes con rango de edad entre 13 y 17 años.
- 4.- Exámenes de laboratorio y gabinete básicos (BH, QS, EGO, HIV, EEG) con resultados normales.
- 5.- Ausencia de antecedentes clínicos de sintomatología psicótica.
- 6.- Ser residentes del Distrito Federal.

8) CRITERIOS DE EXCLUSION PARA EL GRUPO TESTIGO:

- 1.- Resultados anormales de los exámenes de laboratorio que sugieran patología sistémica o descargas paroxpisticas en el estudio electroencefalográfico.
- 2.- Antecedentes en la historia clínica personal de patología sistémica (Ej. Diabetes Mellitus, Lupus Eritemetoso sistémico etc.).
- 3.- Antecedentes de internamiento en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro".

9) HIPOTESIS:

La frecuencia observada de trastorno distímico en el adolescente consumidor de sustancias psicoactivas es significativamente mayor que la observada en el adolescente no consumidor de sustancias psicoactivas.

D I S E Ñ O

1) METODO

Los pacientes que ingresaron al estudio correspondieron a uno de dos grupos:

- a) Identificados como "Grupo Experimental" o grupo de trabajo que debieron cumplir con los siguientes requisitos: ser adolescentes, consumidores de sustancias psicoactivas, estuviesen o no hospitalizados, y
- b) Identificados como "Grupo Testigo" o grupo control, fueron adolescentes no consumidores de sustancias psicoactivas, que acudieron a consulta externa de la "Clínica de Adolescencia" por trastorno no afectivo.

Se aplicó un cuestionario precodificado, al propio paciente así como a una persona familiar o responsable de éste, de donde se obtuvieron datos relevantes a los pacientes de ambos grupos, contemplándose los datos sociodemográficos escolaridad, edad, sexo y diagnóstico.

Los pacientes que integraron el estudio fueron atendidos del 10. de febrero de 1993 al 28 de febrero del mismo año.

2) PROCEDIMIENTO:

Para el "Grupo Experimental":

Se realizó la entrevista clínica inicial en el servicio de urgencias, siendo paciente de primera vez del Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro"; de estos pacientes entrevistados los que fueron diagnosticados con los criterios diagnósticos de acuerdo al DSM III R con "Dependencia o abuso de sustancias psicoactivas" fueron enviados al servicio de "PAIDEIA" del mismo hospital, en este último se corroboró el diagnóstico obtenido en "urgencias", en caso de ser positivo, se aplicó la entrevista semi-estructurada de "Trastorno Distímico" de acuerdo al DSM III R. Además de un interrogatorio indirecto a la persona responsable o familiar de cada uno de los pacientes.

Se solicitaron exámenes básicos de laboratorio y gabinete, además de una consulta médica pediátrica en el mismo Hospital. Fueron considerados participantes del estudio todos aquellos pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Para el "Grupo Testigo":

Los pacientes que fueron entrevistados por primera vez en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro" y se catalogaron como pacientes de la "Clínica de la Adolescencia"

cuyo diagnóstico psiquiátrico fuera cualquiera, excepto "trastorno afectivo mayor" de tipo depresivo y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión para pacientes del "grupo testigo", les fue aplicada la entrevista semi-estructurada para "trastorno distímico" de acuerdo al DSM III R, tanto a los pacientes como a responsables o familiares de cada uno de ellos.

3) TIPO DE ESTUDIO:

Se trata de un estudio mixto, transversal y comparativo.

RESULTADOS

De los 54 pacientes estudiados, 26 integraron el grupo experimental y 28 el grupo testigo.

En el grupo de trabajo o experimental se integró por 22 pacientes masculinos y 4 femeninos; estando el grupo testigo, 10 pacientes femeninos y 18 masculinos con un promedio experimental de 12.46, predominando significativamente el sexo masculino.

El promedio de escolaridad fue, para el grupo experimental de 7.1 ± 0.9 años de escolaridad y del grupo testigo 7.0 ± 1.0 (Cuadro II).

El promedio de la edad (en años) fue 15.3 ± 1.3 para el grupo experimental, mientras que para el grupo control fue 14.9 ± 1.6 (Cuadro III).

Mostrándose mayor edad en pacientes del grupo experimental (16 años ± 1.0 para pacientes femeninos y 15.2 ± 1.2 para pacientes masculinos) en relación a los pacientes del grupo testigo (15 ± 1.8 para pacientes femeninos y $14.8 - 1.4$ para pacientes masculinos). (Cuadro IV).

En la entrevista a familiares se obtuvo mayor frecuencia de trastorno distímico en el grupo experimental que en el testigo ($\chi^2 (1) = 5.127, P = 0.016$).

En la entrevista aplicada a pacientes, se obtuvo que la frecuencia de distimia es mayor en el grupo experimental que en el testigo ($\chi^2 (1) = 14.629, P = 0.0001$). (Cuadro 1).

El intervalo de confianza del porcentaje de distimia fue de 95%, en los pacientes deprimidos del grupo testigo es 2.63 - 34.54; mientras que para los pacientes deprimidos del grupo experimental es de 43.9 - 86.5. (Cuadro V).

CUADRO I

FRECUENCIA DE DISTIMIA

Grupo	ENTREVISTA A FAMILIARES				ENTREVISTA A PACIENTES				TOTAL
	Dist		No dist		Dist		No Dist		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Experimental	12	46.15	14	53.85	18	69.23	8	30.77	
Testigo	4	14.29	24	85.71	4	14.29	24	85.71	

CUADRO II

ESCOLARIDAD (AÑOS DE ESTUDIO)

	N	Media X	Desviación Estandar
Grupo Experimental	26	7.15	0.95
Grupo Testigo	28	7.07	1.10

CUADRO III

EDAD (AÑOS)

	N	Media X	Desviación Estandar
Grupo			
Experimental	26	15.3	1.3
Grupo Testigo	28	14.9	1.6

CUADRO IV

EDAD EN RELACION AL SEXO

	Grupo Experimental		Grupo Testigo	
	Media X	Desviación Estandar	Media X	Desviación Estandar
Femenino	16	1.0	15	1.84
Masculino	15.2	1.2	14.8	1.4

CUADRO V
INTERVALOS DE CONFIANZA
DEL PORCENTAJE DE PACIENTES
CON DISTIMIA

	% Distimia	IC 95%
Grupo		
Experimental	69.3	43.9 - 86.5
Grupo		
Testigo	14.3	2.6 - 34.54

DISCUSION

Al realizar el análisis de resultados, las puntuaciones totales de la entrevista semi-estructurada del DSM-III-R para valorar trastornos distímicos demostraron mayor frecuencia en la presencia sw, tales síntomas en adolescentes que consumían drogas por lo menos un año antes del inicio del consumo, en relación a otro grupo de adolescentes no consumidores de drogas.

Con estos resultados, se apoya la hipótesis planteada acerca de la frecuencia de trastorno distímico significativamente mayor en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas que la observada en adolescentes no consumidores de drogas, como lo menciona Adams (1) que considera la intoxicación por drogas en asociación a la depresión en adolescentes, como la manera de enfrentarse a gran variedad de problemas, también se considera el abuso de sustancias psicoactivas en la adolescencia como manifestación clínica de la depresión (30), ser la depresión la alteración psiquiátrica más frecuentes en abusadores de drogas (37) ó la observación de ser el trastorno distímico el síndrome psiquiátrico encontrado con más frecuencia en abusadores de drogas o alcohol; sin embargo, dado que se carece de una entrevista para diagnóstico de trastornos depresivos en la adolescencia, fue aplicada la entrevista semi-estructurada del DSM III R que fue realizada considerando la manifestación

de síntomas depresivos en personas mayores de 18 años, que el nivel socio-económico de los pacientes fue similar, el que el estudio se haya realizado en un hospital de concentración, además de ser todos residentes de la ciudad de México, podrían considerarse como factores productores de sesgo.

Considero que se debería continuar este estudio y evaluar un mayor número de sujetos, tomando en cuenta factores con los rasgos de personalidad, la situación familiar (23) y la relación del nivel socio-económico con el tipo de sustancia psicoactiva que se consume (7, 31, 33) además de otros. Pero estos factores van más allá de los objetivos de este estudio.

Por otra parte, los resultados obtenidos en estos sujetos sugieren que es necesario brindar mayor apoyo a los adolescentes dada la diversidad de la expresión, en esta edad, de síntomas depresivos que no corresponden a los manifestados en la adultés, con la posibilidad de que la detección oportuna de estos síntomas y signos con su adecuado manejo terapéutico, sean medidas preventivas para evitar el consumo de drogas en la adolescencia.

CONCLUSIONES

- 1.- En la muestra estudiada se confirmó la hipótesis de que la frecuencia de trastorno distímico, en el adolescente consumidor de drogas es mayor que la observada en el adolescente no consumidor de sustancias psicoactivas.
- 2.- Las entrevistas aplicadas a familiares revelaron una frecuencia de síntomas depresivos mayor en el grupo experimental en relación al grupo testigo.
- 3.- Así mismo, en la entrevista aplicada a los pacientes, se obtuvo una mayor frecuencia de trastornos distímicos en el grupo experimental que en el grupo testigo.
- 4.- En 33% de los casos, los familiares no se percataron de la existencia de síntomas depresivos.
- 5.- A pesar de haber sido el mismo número de pacientes diagnosticados como distímicos en la entrevista aplicada a familiares y pacientes del grupo testigo, estos no concidieron, es decir, hubo pacientes que fueron diagnosticados distímicos en su propia entrevista pero, no lo fueron en la aplicada a sus familiares.

A N E X O S

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DE ACUERDO AL DSM III R

TRASTORNO DISTIMICO

(APLICABLE A PACIENTES DE LA CLINICA DE LA ADOLESCENCIA DEL
HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL "JUAN N. NAVARRO")

	SI	NO
1.- ¿Durante un año previo al ingreso a la Clínica de la adolescencia, se sentía casi siempre triste ó deprimido? _____	_____	_____
2.- ¿Este periodo de depresión fué persistente y continuo ó existían periodos de normalidad de unos días ó varias semanas entre ellos? _____	_____	_____
3.- ¿Puede explicar cómo se sentía en estos periodos de depresión? _____	_____	_____
4.- Durante el (o los) periodo(s) de depresión, <u>sin</u> <u>tió</u> algunos de los siguientes síntomas?		
a) Insomnio ó mucho sueño y cansancio ó que durmiera más durante el día	_____	_____
b) ¿Le faltaba energía ó sentía cansancio crónico?	_____	_____
c) ¿Se sentía incapaz ó se menospreciaba constantemente?	_____	_____
d) ¿Disminuyó su rendimiento en sus actividades diarias?	_____	_____
e) ¿Le costaba trabajo concentrarse, prestar atención ó pensar?	_____	_____
f) ¿Evitaba situaciones sociales?	_____	_____
g) ¿Han disminuido ó suspendido sus actividades que antes le gustaban?	_____	_____

	SI	NO
h) ¿Se sentía irritado ó se molestaba excesivamente y con frecuencia?	_____	_____
i) ¿Era incapaz de responder con agrado cuando alguien le hacia un cumplido ó cuando recibía un reconocimiento?	_____	_____
j) ¿Hablaba menos de lo acostumbrado, se sentía <u>in</u> quieto ó intranquilo?	_____	_____
k) ¿Tenía una actitud pesimista hacia el futuro ó pensaba mucho en el pasado?	_____	_____
l) ¿Lloraba con frecuencia?	_____	_____
m) ¿ Pensaba frecuentemente en la muerte ó en el - suicidio?	_____	_____

NOMBRE _____

EDAD _____

NO EXPEDIENTE _____

FECHA DE APLICACION DEL CUESTIONARIO _____

DIAGNOSTICO _____

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DE ACUERDO AL DSM III R

TRASTORNO DISTIMICO

ENTREVISTA INDIRECTA

(APLICABLE A RESPONSABLES DE PACIENTES DE LA CLINICA DE ADOLESCENCIA DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL "JUAN N. NAVARRO")

- | | SI | NO |
|--|-------|-------|
| 1.- ¿En el año previo al ingreso a la clínica de la adolescencia de _____ usted observó que se mantenía-- casi siempre triste ó deprimido? | _____ | _____ |
| 2.- ¿Usted notó si estos periodos presentados por _____ fueron persistentes y continuos ó existían periodos de normalidad de unos días ó varias semanas entre ellos? | _____ | _____ |
| 3.- ¿Puede referirnos cómo se sentía _____, en estos periodos de depresión? (Ud. lo observaba triste, desganado, etc.) | _____ | _____ |
| 4.- Durante el periodo de depresión, ¿observó en _____ alguno de los siguientes síntomas? | | |
| a) Dificultad para dormir ó cansado y que durmiera más durante el día? | _____ | _____ |
| b) Disminución en su deseo de realizar actividades ó cansancio crónico? | _____ | _____ |
| c) ¿Qué se sintiera incapaz de tener logros ó se menospreciara constantemente? | _____ | _____ |
| d) ¿Disminución e el deseo de realizar actividades diarias? | _____ | _____ |
| e) ¿Tenía dificultad para concentrarse, para prestar atención ó pensar (distraido)? | _____ | _____ |

	SI	NO
f) ¿Evitaba situaciones sociales?	_____	_____
g) ¿Disminuyeron sus actividades que realizaba con anterioridad ó las abandonó?	_____	_____
h) ¿Se irritaba facilmente ó se molestaba en exceso y con frecuencia?	_____	_____
i) ¿Tenía cierta incapacidad para responder amablemente cuando alguien le hacía un cumplido ó cuando recibía un reconocimiento?	_____	_____
j) ¿Platicaba menos de lo acostumbrado, se observaba inquieto ó intranquilo?	_____	_____
k) ¿Su actitud hacia el futuro era pesimista ó recordaba mucho el pasado?	_____	_____
l) ¿Deseaba llorar (o lloraba) con frecuencia?	_____	_____
m) ¿Tenía pensamientos a cerca de la muerte ó el suicidio?	_____	_____

PARENTESCO CON EL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

No. EXPEDIENTE: _____

FECHA DE APLICACION DEL CUESTIONARIO _____

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Adame M, Adame J. Life Events, Depression and Perceived Problems Solving Alternatives in Adolescence. *J. Child Psychol Psychiatry*, 32 (5): 811-820, 1991.
- 2.- Alnaes R, Torgersen S. Characteristics of Patients With Major Depression in Combination With Dysthymic. *Acta Psychiat Scand* 79 (1): 11-18, 1989.
- 3.- Ambrosino PJ, Metz C, Bianchi MD, Rabinovich H. Concurrent Validity and Psychometric Properties of The Beck Depression Inventory In Outpatient Adolescents. *J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 30 (1): 51-57, 1991.
- 4.- Blanckaert D, Lecurt O, Drapier B, Bergeron G. Current Forms of Toxicomania in Adolescent. *Pediatrics* 43 (4): 331-334, 1988.
- 5.- Bartlett JA, Schleifer SJ, Johnson RL, Keller SE. Depression In Inner City Adolescents Attending And Adolescent Medicine Clinic. *J. Adolesc Health*. 12 (4): 316-318, 1991.
- 6.- Carey Tc, Schleifer SJ, Finc Aj, Carey MP. Relation Between Differential Emotions and Depression in Emotionally Disturbed

- 7.- Cator Data Ramsey Clinis, St. Minnesota, 1985. In Zarek D, Hawkin DJ, Roger PD. Risk Factors For Adolescent Sustance Abuse. Ped Clin North Am - 34 (2): 481-493, 1987.
- 8.- Cytrin L, Mc Knem DH. Offspring of Patients With Affective Disorders II. J Am Acad Child Psychistry 21 (2): 389-391, 1982.
- 9.- Deykin E, Levy JC. Adolescent Depression, Alcohol and Drug Abuse. Am J Public Healt 77 (2): 178-182, 1982.
- 10.- Dupont RL. Prevention of Adolescent Chemical Dependency. Ped. Clin North Am 34 (2): 495-505, 1987.
- 11.- Estroff TW, Schwartz RH. Adolescent Cocaine Abuse Adictive Potencial Behavioral and Psychiatry Affects. Clin Ped (Phila) 28 (12): 550-555, 1989.
- 12.- Famularo R, Stone K, Popper C. Preadolescent Alcohol Abuse and Dependence J Am Psychol Association 142: 1187-1189, 1985.
- 13.- Garrison CZ, Addy CL, Jackson KL. Mayor Depressive Disorder and Dysthim in Young Adolescents. Am J Epidemiol 135 (7): 792-802, 1992.
- 14.- Hoffman NG, Sonis WA, Hilkas JA. Issues in The Evaluation of Chemical Dependency Treatment Programs For Adolescents, Ped Clin North Am. 34 (2): 449-459, 1987.

- 15.- Horter S, Nowakowski M. Manuel For Dimension of Depression Profile For Children and Adolescents Denver Colorado, University of Denver, 1987.
- 16.- Jacobson JM. The relation ship Between Social Support and Depression in Adolescents. J. Child Adolesc Psychiatry Ment Health Nur 4 (1): 20-24, 1991.
- 17.- Joe George. Physical Symtoms and Psychological Distress Among Inhalant Users. Hipanic J of Behav Sciences 3 (3): 297-314, 1991.
- 18.- Kandel Db, Logan JA. Periods Risk For Initiation, Stabilita--tion and Decline in Drug Use From Adolescence to Early Adulthood Am J Pub Health. 74: 660-666, 1984.
- 19.- Kaplan SL, Hong GK. Epidemiology of Depressive Symptomatology in Adolescents. J Am Acad Psychiatry 23 (10): 91-98, 1984.
- 20.- Kashani JH, Carlson GA, Beck NC et al. Depression, Depressi ve Symptoma and Depressed Nood Among a Community Sample of Adolescent. Am J Psichiary 144 (7): 931-934, 1987.
- 21.- Lane RC, Hull JW Foehrenbach. The Addiction to Negativity - Psychoanal Rev 78 (3): 391-410, 1991.

- 22.- Mc Carty D, Argenov M, Heubner RB, Libran B. Alcoholism Drugs Abuse and The Homeless. Am Psychol 46 (11): 1139-1148, 1991.
- 23.- Magano K. A Study on The Relationship Between Solvent and Alcoholism in the Parental Generation Arokoru-Kenkyuto-Yakubutsu-Ison (3): 297-312, 1992.
- 24.- Marton P. Churchard Kitcher. Diagnostic Utility of Beck Depression Inventory with Adolescent Psychiatric Outpatients and Inpatients. Can J Psychiatry. 236 (6): 428-431, 1991.
- 25.- Meller Ms. Suicide Risk Associated With Drug and Alcohol Dependence. J Adictt Dis 10 (3): 49-61, 1991.
- 26.- Morrison MA. Psychiatric Issues of Adolescents Chemical Dependence. Ped Clin North 34 (2): 461-480, 1987.
- 27.- Myers DP, Andersen. Adolescent Addiction. J Ped Healt Care 5 (2): 86-93, 1991.
- 28.- Nasreen Roberts MD. Beverly Mirgo Measurement of Anxiety and Depression in Children and Adolescent. Psychiatric Clin North Am 12 (4): 1989.
- 29.- Nella P Joshi, MBB5, MPH. Deputy Commissionery. Massachusetts Department of Public Healt. 1495-1515, 1989.

- 30.- Roberts RE, Lewinshon PN, Seeley JR Screening for Adolescent-
Depression: a Comparison of Depression Scales. J Am Child
Adolesc Psychiatry. 30 (1): 58-66, 1991.
- 31.- Sarason IG, Mankowsky E. Adolescents Reasons for Smoking. J
Psychol Health 62 (5): 185-190, 1992.
- 32.- Seifer R, Nurcombe B, Scroli. Is Mayor Depressive Disorden In -
Childhood o Distinct Diagnostic Entity?. J Am Acad Child Adolesc
Psychiatry. 935-941, 1989.
- 33.- Sodles Ls. Depression in Adolescents. Context, manifestation and
Clinical Management. Nurs Clin North Am 26 (3): 554-572. 1991.
- 34.- Reich W, Herjanic Barbara. Development of a Structured Psychiatry
Interview of Children: Agreement on Diagnosis Comparing Child
and Parent Interview J of Abnormal Child Psychol 1 (3): 307-
324, 1982.
- 35.- Rutter M, Garmady. Development Psychopatology. Handbook of Child
Psychology. 810-823, 1983.
- 36.- Tisher M, Lang M. The Children's Depression Scale: Review and Fur
ther Developments In Carlson GA. Affective Disorder in Childhood
and Adolescence: An Up Date. Spectrum Publications INC, 1983.

37.- Ziedonis DM, Koslen TR. Pharmacotherapy Improves Treatment Outco
me in Depressed Cocaine Adicte. J Psychol Act Drugs. 23 (4):
417-425, 1991.