

11264
1

Universidad Nacional
Autónoma de México

Facultad de Medicina

Respuesta al tratamiento con
desipramina en adolescentes
deprimidos, estudio doble ciego,
aleatorio, placebo controlado

Tesis que para obtener el grado de Maestro en Psiquiatría presenta:

Francisco Rafael de la Peña Olvera

Carlos Berlanga Cisneros

Tutor

Septiembre de 2000

283685



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Contenido

1. Antecedentes	
1.1. Introducción	1
1.2. Características clínicas	1-3
1.3. Inicio, duración, recurrencia y continuidad en la vida adulta	3-4
1.4. Marcadores biológicos	4-5
1.5. Tratamiento	5-6
1.6. Tratamiento farmacológico	6-7
1.7. Investigaciones con antidepresivos tricíclicos	7-8
1.7.1. Investigaciones abiertas	7-8
1.7.2. Investigaciones controladas	8-9
1.8. Efectos colaterales	9-10
1.8.1. Efectos cardiovasculares	9-10
1.8.2. Otros efectos colaterales	10
1.9. Justificación y objetivos	10-11
2. Material y métodos	
2.1. Pacientes	12
2.2. Criterios de inclusión	12-13
2.3. Criterios de exclusión	13
2.4. Instrumentos de diagnóstico	14-17
2.4.1. Entrevista diagnóstica	14-15
2.4.2. Escalas de severidad para la depresión	15-16
2.4.3. Registro de efectos colaterales	16-17
2.5. Apego al tratamiento	17-18
2.6. Procedimiento	18-20
2.7. Definición operacional de mejoría	20
2.8. Análisis de los resultados	20
3. Resultados	
3.1. Resultados generales	21-22
3.2. Respuesta al tratamiento	22-23
3.3. Efectos colaterales	23
3.4. Apego al tratamiento	24

4. Discusión	
4.1. Discusión general	25-26
4.2. Discusión sobre el abandono y salidas tempranas	26-27
4.3. Discusión de la respuesta al tratamiento	27-28
4.4. Discusión sobre los efectos colaterales	28-29
4.5. Discusión sobre el apego al tratamiento	29-39
5. Conclusiones	31
6. Reconocimientos	32
7. Bibliografía	33-41
8. Tablas	42-46
9. Gráficas	47-49
10. Anexos (1, 2 y 3)	

1. Antecedentes

1.1. Introducción

El trastorno depresivo mayor (TDM) que se presenta durante la adolescencia es una enfermedad grave y recurrente que se asocia a un elevado índice de mortalidad, especialmente por suicidio (1, 2, 3). La prevalencia del TDM en la población abierta norteamericana de adolescentes es del 0.4% al 8.3%(4), en México hemos encontrado una prevalencia del 12.5% en estudiantes de secundaria (5). La prevalencia en la población clínica de adolescentes se ha modificado, hace 20 años se reportaban índices del 28% (6, 7), hoy en día casi la mitad de las consultas clínicas son por este padecimiento; los norteamericanos han reportado una prevalencia del 40% (8) muy similar a nuestros reportes del 38% (9). Probablemente la variabilidad de los reportes de la prevalencia epidemiológica y clínica se relacionan con las características culturales y sociales específicas de las muestras, el incremento secular de la enfermedad, la fuente de información y la forma de evaluar la sintomatología depresiva, sin embargo es claro que el TDM es el padecimiento psiquiátrico más frecuente en esta población y uno de los más graves.

1.2. Características clínicas

El TDM en el adolescentes debe cumplir con los criterios diagnósticos establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales en su IV edición (DSM-IV)

(10), la única diferencia importante con respecto a los adultos es que la irritabilidad puede presentarse en lugar de la tristeza. A diferencia de lo que sucede con los niños donde el TDM se presenta en igual proporción entre mujeres y hombres, en los adolescentes es de 2:1 mayor para las mujeres (11). Entre el 40% al 90% de los niños y adolescentes con depresión tienen un padecimiento comórbido y entre el 20% y el 50% tienen más de dos diagnósticos comórbidos. Los diagnósticos comórbidos más frecuentes son: los trastornos de ansiedad (TA) del 30% al 80%, el trastorno distímico (TD) 40%, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) 54%, el trastorno de conducta (TC), (el TC se conoce también como trastorno disocial), del 10% al 80% y abuso de alcohol o sustancias del 20% al 30%. Las implicaciones clínicas y funcionales de la comorbilidad son: mayores riesgos de presentar una depresión recurrente, mayor duración de los episodios depresivos, conductas o intentos suicidas, peor funcionamiento psicosocial, menor respuesta al tratamiento y mayor utilización de los servicios de salud. Los sujetos con depresión doble (TDM +TD) tienen episodios depresivos más severos y más prolongados, un mayor índice de trastornos comórbidos, más suicidabilidad y peor funcionamiento psicosocial que los jóvenes con sólo TDM o TD. Los adolescentes deprimidos con trastornos disruptivos (se conocen también como padecimientos externalizados y son: el TDAH, el TC y el trastorno desafiante oposicionista (TDO)), tienden a manifestar una peor evolución a corto plazo, menos síntomas melancólicos, menos recurrencia de la depresión, menos agregación familiar a los trastornos depresivos, mayor índice de criminalidad adulta, más intentos suicidas, mayor nivel de crítica familiar y mayor respuesta al placebo que los adolescentes con TDM sin trastornos disruptivos (4, 9). La duración media de un episodio depresivo sin tratamiento en los adolescentes es de 7 a 9 meses. El TDM es una condición clínica con una probabilidad acumulada de recurrencia del

40% a 2 años y del 70% a 5 años (12). Los estudios de seguimiento han demostrado que entre el 20% y el 40% de los adolescentes con TDM desarrollan un trastorno bipolar (TB). Las características clínicas asociadas con un incremento en el riesgo de desarrollar un TB tipo I (TBI) incluyen: inicio temprano de la depresión, depresión acompañada de retardo psicomotor o síntomas psicóticos, historia familiar de TBI o hipomanía inducida por fármacos. En adultos jóvenes la conversión a un TB tipo II (TBII) se ha asociado con: TDM de inicio temprano, episodio depresivos prolongados, depresión atípica, TA, labilidad emocional, abuso de sustancias comórbido e índices elevados de problemas psicosociales. El TD tiene una duración media de 4 años y se asocia con un riesgo elevado de TDM (70%), TB (13%) y abuso de sustancias (15%). Los niños distímicos presentan su primer episodio depresivo 2 a 3 años después del inicio del TD, lo que sugiere que el TD es una de las puertas de desarrollo del TDM recurrente (13, 14, 15).

1.3. Inicio, duración, recurrencia y continuidad en la vida adulta

Los hijos de padres deprimidos tienen tres veces mayor riesgo de presentar un TDM a lo largo de su vida y tienen un mayor riesgo para otras psicopatologías como los TA y los trastornos disruptivos. Parece que el TD y el TDM tienen diferentes patrones de transmisión familiar. La influencia del ambiente familiar se ha observado entre padres y niños deprimidos, con más conflictos, rechazos y problemas de comunicación y menos expresión afectiva y de apoyo. Uno de los mecanismos propuestos en estas familias se centra en la interacción del niño con la madre y los patrones aprendidos de manejo del estrés. Otros

factores como la falta de afecto, la irritabilidad, los conflictos familiares y el abuso pueden contribuir a la vulnerabilidad a la presentación de estas psicopatologías. Los eventos estresantes de la vida como el divorcio de los padres, el duelo y la exposición al suicidio se han relacionado con el inicio de la depresión. Existe un estilo cognoscitivo negativo en los pacientes con TDM y que se manifiesta con baja autoestima, elevada autocrítica, distorsiones cognoscitivas importantes y una sensación de falta de control sobre eventos negativos; este estilo negativo parece estar relacionado con los episodios depresivos más severos. La baja autoestima ha sido considerada como una "cicatriz" de los episodios depresivos (4, 17). Recientemente Lewinsohn (18) publicó una investigación prospectiva sobre la continuidad del TDM adolescente hacia la vida adulta, su objetivo fue determinar si el TDM en la infancia y adolescencia incrementa el riesgo de presentar TDM en la vida adulta. Encontró que las mujeres tienen mayor riesgo de presentar TDM (OR=1.73), el 45% de los sujetos presentó un episodio recurrente durante el seguimiento además demostró que los sujetos con un TDM comórbido presentaron mayor cantidad de trastornos psiquiátricos no afectivos y trastornos de la personalidad que aquellos sujetos con TDM no comórbido.

1.4. Marcadores biológicos

Existe una hiposecreción de la hormona de crecimiento (GH) en los niños deprimidos, estos cambios pueden estar relacionados con una desregulación de los receptores centrales noradrenérgicos o con cambios secundarios en otros neurotransmisores como la somatomedina y la somatostatina. El subgrupo suicida parece presentar una marcada

disminución nocturna de la GH sin embargo parece que algunos eventos estresantes de la vida aumentan la secreción de GH por la noche. De los estudios con la prueba de supresión a la dexametasona (PSD) se puede concluir: la sensibilidad de la PSD fue mayor en pacientes hospitalizados que los pacientes externos; la sensibilidad es discretamente mejor en niños que en adolescentes, la especificidad con respecto a otros padecimientos psiquiátricos es del 60% para niños y del 85% para adolescentes. Dentro de los estudios de sueño sólo una investigación ha encontrado decremento a la latencia del sueño REM e incrementos en la latencia del sueño. Cinco estudios han reportado latencia al sueño prolongada, cuatro reducción a la latencia REM y tres decrementos en la eficiencia del dormir (4). En conclusión, no existen marcadores biológicos definitivos para el TDM en los adolescentes.

1.5. Tratamiento

Diferentes estudios abiertos han reportado que las intervenciones psicosociales vgr. terapia cognoscitivo-conductual (TCC), terapia familiar (TF), terapia de relajación; pueden llegar a reducir hasta en un 70% la sintomatología depresiva en los adolescentes, la TCC parece ofrecer resultados más rápidos pero menos estables a largo plazo (19). Existe una única investigación con asignación aleatoria a: TCC o TF o terapia de apoyo (TA) en un grupo de 107 adolescentes deprimidos, la TCC fue más efectiva que la TF o la TA (20). Se ha encontrado que la severidad de la depresión, la comorbilidad con TA, la exposición a eventos estresantes, la conflictiva familiar y el bajo nivel socioeconómico parecen predecir una baja respuesta al tratamiento. En la actualidad se intenta estudiar la influencia en la recuperación de los niños y

adolescentes deprimidos cuando los padres reciben psicoterapia, basándose en tres principios generales: 1. Los niños dependen de sus padres, 2. En general los adolescentes deprimidos provienen de familias con altas tasas de trastornos depresivos y un alto grado de conflictos y 3. La psicopatología paterna y la conflictiva familiar pueden predecir una pobre respuesta al tratamiento e incrementan el riesgo para depresiones recurrentes (21). El estudio de las respuestas a las intervenciones farmacológicas en los niños y en los adolescentes es aun hoy en día controversial (vgr. efectos colaterales, estigma social), esto obliga a los especialistas a buscar profundizar en las investigaciones de medicamentos que han probado tener cierta utilidad en la reducción de los síntomas de esta enfermedad. Presentamos en los siguientes apartados las generalidades de los tratamientos farmacológicos y un concentrado de los resultados en las investigaciones abiertas y controladas realizadas en adolescentes deprimidos tratados con antidepresivos tricíclicos (ADT), en especial desipramina.

1.6. Tratamiento farmacológico

Se ha reportado que los estudios abiertos con ADT tienen una respuesta del 60% al 80% (22, 23), pero esto no ha sido corroborado en las investigaciones controladas. Al analizar los diferentes estudios farmacológicos se deben considerar las siguientes limitaciones metodológicas: 1. Muestras pequeñas, 2. Episodios depresivos moderados, 3. Inclusión de pacientes con depresiones secundarias que responden mejor al placebo, 4. Periodos de administración de los ADT entre 6 y 8 semanas y 5. Dosis insuficientes. Se ha encontrada en la población adolescente deprimida una muy elevada respuesta al placebo, hasta del 75%, muy

diferente al 40% reportado para los adultos; las posibles causas de esta respuesta tan elevada al placebo incluyen: 1. La inestabilidad de la sintomatología en la población adolescente, 2. La inclusión de pacientes con depresión moderada, 3. Baja prevalencia de síntomas melancólicos en la población adolescente y 4. La elevada prevalencia de comorbilidad. Para entender la baja respuesta al tratamiento con ADT es importante considerar la problemática del desarrollo, por ejemplo el sistema noradrenérgico no alcanza su pleno desarrollo sino hasta la adultez temprana, además el metabolismo hepático es más eficiente lo que produce una rápida deaminación de los ADT y la participación de los cambios hormonales propios de la adolescencia. Otro problema relacionado con la respuesta a los ADT tiene que ver con el elevado número de adolescentes deprimidos que desarrollan TB y la mala respuesta de este padecimiento a los ADT. No hay suficientes estudios contundentes que correlacionen los niveles séricos de los ADT con la respuesta al tratamiento en este padecimiento (21, 24).

1.7. Investigaciones con antidepresivos tricíclicos

1.7.1. Investigaciones abiertas

Ryan en 1986 (25) trató a 34 adolescentes externos deprimidos con imipramina a una dosis máxima de 5mgs/kg/día, con niveles séricos promedios de imipramina + desipramina de 284 ng/mL, el 44% mostró mejoría de la sintomatología. Kutcher en 1989 (26) trató adolescentes externos deprimidos con desipramina a dosis de 150 a 250 mgs/día, el 60% mostró mejoría de la sintomatología Strober en 1990 (27) trató a 35 adolescentes hospitalizados con TDM no psicótico con imipramina, con niveles séricos promedio de 237 ng/mL, el 38% mostró mejoría

de la sintomatología. Ambrosini en 1994 (28) trató a 25 adolescentes deprimidos con nortriptilina 100 mgs/día por 6 semanas, el 50% presentó mejoría completa de los síntomas.

1.7.2. Investigaciones controladas

Kramer en 1981 (29) realizó una investigación durante 6 semanas de tratamiento donde comparó amitriptilina 200 mgs/día vs placebo en un grupo de 20 adolescentes deprimidos y encontró índices de mejoría iguales en ambos grupos. Geller en 1990 (30) realizó una investigación durante 8 semanas donde comparó nortriptilina (diseño con niveles séricos fijos 80+/-20 ng/mL) vs placebo en un grupo de 31 adolescentes deprimidos y encontró que sólo un paciente mejoró de la sintomatología. Koplewicz en 1990 (31) presentó datos sobre una investigación durante 6 semanas de tratamiento donde comparó desipramina 150 a 300 mgs/día vs placebo en un grupo de 30 adolescentes deprimidos y encontró mejoría en el 60% del grupo tratado con desipramina y en el 40% del grupo tratado con placebo. Boulos en 1991 (32) realizó una investigación durante 6 semanas de tratamiento donde comparó la desipramina 200 mgs/día vs placebo en un grupo de 30 adolescentes deprimidos y encontró un índice de mejoría en el 60% del grupo tratado con desipramina y en el 40% del grupo tratado con placebo. Kutcher en 1994 (33) realizó una investigación durante 6 semanas donde comparó desipramina 200 mgs/día vs placebo en un grupo de 60 adolescentes deprimidos y encontró índices de mejoría iguales en ambos grupos. Kye en 1996 (34) realizó una investigación durante 6 semanas donde comparó amitriptilina 5mgs/kg/día vs placebo en un grupo de 31 adolescentes y encontró índices de mejoría iguales en ambos grupos. Al analizar tanto los resultados de las investigaciones abiertas como el de las controladas resulta aun controversial el uso de los ADT en los adolescentes deprimidos ya que existe una elevada

respuesta al placebo y se presentan problemas en la seguridad cardiovascular (35). Los efectos colaterales sólo han sido evaluados en algunas investigaciones (32, 33) y es necesario profundizar en el papel que juegan en la evolución clínica del paciente tratado con ADT, en especial con desipramina.

1.8 Efectos colaterales

1.8.1. Efectos cardiovasculares

Probablemente sean los reportes de muerte súbita asociada al el uso de la desipramina en niños y adolescentes lo que ha motivado el estudio en este aspecto. Se han documentado cinco muertes súbitas relacionadas con el uso de desipramina y ésta se ha presentado después de una actividad física importante como nadar o correr., cuatro eran menores de doce años y uno de 16 años. Los efectos de la desipramina en el control autonómico han sido descritos en adultos jóvenes (<30 años), quienes muestran aumento de la presión arterial, decremento del "input" parasimpático e incremento de la relación simpático a parasimpático, hallazgos relacionados con mayor riesgo para arritmias(36). Los cambios que se han reportado del uso de la desipramina en niños y adolescentes son aumento significativo con respecto a la basal en: la frecuencia cardíaca y los intervalos PR y QRS y QT; el 36% de los niños y adolescentes que recibieron el medicamento presentaron taquicardia y el 23% presentó un retraso incompleto en la conducción intraventricular (37). Los siguientes son parámetros de seguridad y monitoreo que deben realizarse para evaluar el riesgo-beneficio en el uso de la desipramina (38):

- 1.8.1.1. Se debe realizar un electrocardiograma (EKG) basal
- 1.8.1.2. El intervalo PR debe ser igual o menor a 210 milisegundos.
- 1.8.1.3. El intervalo QRS no debe ensancharse más del 30% con respecto al basal.
- 1.8.1.4. El intervalo QT debe ser menor a 450 milisegundos.
- 1.8.1.5. La frecuencia cardiaca no debe pasar de los 130/minuto.
- 1.8.1.6. La presión sanguínea sistólica no debe pasar los 130 mm Hg.
- 1.8.1.7. La presión sanguínea diastólica no debe pasar los 85 mm Hg.

1.8.2. Otros efectos colaterales

El TDM se acompaña de forma frecuente por diferentes manifestaciones somáticas que incluyen dolores en el cuerpo, la cabeza, náusea, vómito, visión borrosa, boca seca entre otros síntomas que pueden modificarse con el tratamiento con la desipramina. Se han utilizado diferentes instrumentos para identificar estos cambios relacionados con la medicación (39, 40, 41), pero sólo se han evaluado dos ensayos farmacológicos (32, 33) con un registro específico de efectos colaterales.

1. 9. Justificación y objetivos

Considerando la gravedad del TDM adolescente, su recurrencia, comorbilidad y deterioro psicosocial así como la necesidad de agotar las posibilidades de esquemas farmacoterapéuticos, propusimos el desarrollo de una investigación doble ciego, controlada con placebo administrando desipramina a una dosis de 150mgs/día durante 10 semanas. Los

objetivos de la investigación fueron: 1. Comparar la eficacia de la desipramina vs el placebo en adolescentes con TDM y 2. Comparar el perfil de efectos colaterales entre los adolescentes con TDM que reciban desipramina o placebo.

2. Material y métodos

2.1. Pacientes

Se incluyeron adolescentes captados en el servicio de preconsulta del IMP con un diagnóstico presuntivo de TDM entre el mes de abril de 1997 y noviembre de 1998. Estos pacientes eran enviados a la clínica de adolescentes del mismo IMP donde se establecían los criterios de inclusión y de exclusión.

2.2. Criterios de inclusión

2.2.1. Pacientes con edad entre 13 y 18 años cumplidos al momento de la evaluación inicial al protocolo , hombres y mujeres que supieran leer, escribir y hablar fluidamente el español, esto por efecto de llenado de autorregistros.

2.2.2. Aceptar bajo consentimiento informado, propio y del padre, madre o tutor su inclusión al estudio firmando la hoja de aceptación.

2.2.3. Presencia de TDM como diagnóstico principal según la entrevista semiestructurada para adolescentes (ESA) la que cuenta con los criterios diagnósticos del DSM-IV.

2.2.4. Calificación de 14 puntos o más en la escala de Birleson (Depression Self Rating Scale DSRS) para depresión .

2.2.5. Estudios de laboratorio (biometría hemática completa, examen general de orina, EKG, pruebas de función hepática y tiroidea sin alteraciones, así como estudios de gabinete sin bloqueos o arritmias y apegado a las normas de seguridad internacionales (38) y electroencefalograma sin paroxismos ni focalizaciones.

2.2.6. Virgen a cualquier tipo de tratamiento antidepresivo farmacológico.

2.3. Criterios de exclusión

2.3.1. Presencia de síntomas psicóticos

2.3.2. Presencia de ideas o intentos suicidas.

2.3.3. Enfermedad médica crónica o condiciones que contraindiquen el uso desipramina

2.3.4. Diagnóstico de dependencia a alcohol y/o a sustancias a lo largo de la vida.

2.3.5. Diagnóstico de abuso de alcohol y/o de sustancias en el último mes.

2.3.6. Diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo o trastorno psicótico breve.

2.3.7. Diagnóstico de Trastorno Bipolar tipo I o II, ciclotimia o trastorno afectivo secundario a causa médica.

2.3.8. Embarazo.

2.4. Instrumentos de diagnóstico y medición

2.4.1. Entrevista diagnóstica

Considerando la importancia fundamental que significa un diagnóstico de certeza para una investigación farmacológica (42) en esta población se desarrolló una entrevista semiestructurada, ya que hasta ahora no existía ninguna entrevista semiestructurada diseñada en español que pudiera ser utilizada con población pediátrica, por consiguiente el diagnóstico del TDM y de los diagnósticos psiquiátricos comórbidos se realizó mediante la Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA). La ESA fue desarrollada dentro de la Clínica de Adolescentes del Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP) considerando algunos elementos de otros instrumentos clínicos afines como el Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS), el Interview Schedule for Children (ISC), el Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC) y el Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN). La ESA fue diseñada para corresponder con los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales en su cuarta edición (DSM-IV). Durante el estudio de confiabilidad de este instrumento, el adolescente fue evaluado en su segundo contacto con la institución, conjuntamente con uno de los padres, los apartados de las áreas de sexualidad, abuso físico/sexual, abuso y dependencia a alcohol y sustancias se realizó sin el padre. La entrevista tiene un tiempo de aplicación de 60 a 90 minutos. Se contó con el consentimiento informado de todos los pacientes y uno de los padres o tutor. Para la confiabilidad interevaluador los clínicos, aplicaron de manera alternativa la entrevista, es decir, con un paciente uno aplicaba y con el siguiente lo hacía el otro, ambos se

mantenían sin comunicación e integraban los diagnósticos para cada paciente con los resultados de las hojas de respuesta de forma independiente. Para el estudio de la confiabilidad temporal se entrevistó con la ESA en un segundo momento después de 7 días (+/- 3) de la entrevista anterior. Se realizó el análisis estadístico con las medidas convencionales de tendencia central y los coeficientes de correlación para los diagnósticos fueron obtenidos con la Kappa de Cohen. De los 81 adolescentes que se evaluaron para la confiabilidad interevaluador, los coeficientes Kappa para las principales categorías diagnósticas fueron: TDM 0.92, TD 0.81, TDAH 0.75, TC 0.97 y abuso de alcohol y drogas (AAD) 0.90. Los coeficientes de correlación Kappa para los resultados de confiabilidad temporal fueron los siguientes: TDM 0.59, TD 0.40, TDAH 0.78, TC 0.85 y para AAD 0.65. (43, 44, 45) (Anexo: 1)

2.4.2. Escalas de severidad para la depresión

Aunque ha sido común y muy discutida la práctica de evaluar la severidad de la sintomatología depresiva en los adolescentes por medio de instrumentos para adultos como la escala de Beck (46) o la escala de Hamilton (47, 48, 49) validados ya en poblaciones mexicanas, ninguno de estos instrumentos ha sido estudiado con adolescentes; por consiguiente decidimos adaptar y validar una escala diseñada originalmente para niños y adolescentes y que ha sido utilizada internacionalmente, la escala de Birleson o el Depression Self Rating Scale (DSRS) (50, 51). La escala de Birleson es la primera escala validada en México con población adolescente. La validación realizada en la Clínica de Adolescentes del INPRF, incluyó la validez de constructo y de criterio externo del instrumento. Participaron en la investigación 349 adolescentes entre los 13 y 19 años, agrupados en una población clínica de

138 y otra población abierta de 211 sujetos. Todos respondieron la escala previamente traducida con el sistema de doble traductor y adaptada. La población clínica fue entrevistada utilizando una entrevista semiestructurada diseñada ad hoc para la investigación, que estaba relacionada con los criterios del DSM-IV, la cual funcionó como el instrumento comparativo. Se hizo el análisis de discriminación de reactivos utilizando el método de grupos extremos de Johnson. La utilización del DSRS como prueba diagnóstica presentó una sensibilidad del 87% y una especificidad del 74% cuando el punto de corte fue 14. El valor alfa de Cronbach fue de 0.85. El análisis factorial explicó con un solo elemento el 28.8% de la varianza. (52) (Anexo 2) Con el fin de poder comparar nuestros resultados con otras investigaciones así como de contar con el parámetro de evaluación cognoscitiva decidimos aplicar además del DSRS la escala de Beck en nuestros pacientes.

2.4.3. Registro de efectos colaterales

El registro de efectos colaterales ha sido fundamental para entender los efectos adversos vinculados con los psicofármacos, en especial con la población adolescente. Considerando la ausencia de instrumentos que midan dichos efectos colaterales en adolescentes mexicanos, decidimos traducir bajo el sistema de doble traducción y adaptar el Side Effects Scoresheet el cual ha sido utilizado en investigaciones donde se tratan a adolescentes deprimidos con desipramina (30, 31). En nuestra investigación aplicamos el instrumento de autoregistro que denominamos Registro de Efectos Colaterales (RECA) a un grupo de 150 adolescentes, 54% hombres y 46% mujeres entre los 12 y 19 años de edad, con promedio de edad de 16.3 años, obtuvimos 137 cuestionarios respondidos correctamente, después de contestar el registro eran evaluados por medio de la ESA; se establecieron los siguientes diagnósticos principales en la

muestra: TDM 41.1%, distimia (TD) 5.1%, TDAH 11.1%, TC 5.9%, TDO 5.9%, AAD 5.9%, fobia específica (FE) 3.7%, trastorno por ansiedad generalizada (TAG) 2.9%, trastorno por ansiedad de separación (TAS) 2.2%, trastorno bipolar (TB) 2.2%, esquizofrenia (EZQ) 1.4% y el resto con otros diagnósticos menos frecuentes. Al hacer el análisis factorial se identificaron 3 factores que explicaron el 93.6% de la varianza común. El primer factor explicó el 18% de la comunalidad y se integró por reactivos como problemas para dormir, taquicardia, mareos, comezón, etc., por lo que lo denominamos factor somático. El segundo factor explicó el 10% de la comunalidad y se integró por reactivos como estreñimiento, diarrea, náuseas, vómitos, etc., por lo que lo denominamos factor gastrointestinal. El tercer factor explicó el 13% de la comunalidad y se integró por reactivos como: ver borroso, ver doble, calambres en las noches, sudar mucho, etc., por lo que lo denominamos factor misceláneo. La consistencia interna del instrumento, medida en su conjunto por medio del alfa de Cronbach fue de 0.91 con un error del 9%.(53) (Anexo 3).

2.5. Apego al tratamiento

2.5.1. La clínica de adolescentes del IMP con el apoyo de la compañía Merrell Lepetit, proporcionó a los pacientes incluidos en el protocolo el medicamento empleado: desipramina en su presentación de Norpramín® 25 mgs.

2.5.2. Dos grageas de desipramina fueron introducidas en cápsulas idénticas al placebo.

2.5.3. Se administraron tres cápsulas diarias (cada una de 50 mg) equivalentes a 150 mgs/día de desipramina así como tres cápsulas de placebo diarias a los controles, se tomaban una por la mañana y dos por la noche.

2.5.4. Se evaluó el apego de forma continúa a través del conteo semanal de las cápsulas regresadas

2.5.5. Uno de los monitores solicitó la determinación sérica de desipramina en el 50% de quienes la recibían de forma aleatoria al final de las 10 semanas de tratamiento.

2.6. Procedimiento

Los pacientes con un diagnóstico presuntivo de TDM fueron evaluados en el servicio de preconsulta por un residente de tercer año y enviados a una cita de primera vez después de 48 a 72 horas a la Clínica de Adolescentes del INPRF. Antes de realizarse la entrevista semiestructurada se les solicitaba llenaran las escalas DSRS, Beck y el RECA. Posteriormente se les realizó la ESA y se establecía el diagnóstico de certeza para TDM. Se les tomaron signos vitales a todos los candidatos y se les practicó un examen físico general. Los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y que aceptaron participar, y firmaron aprobación, bajo consentimiento informado así como el de uno de sus padres, se les solicitaron los siguientes estudios: biometría hemática completa, perfil tiroideo, pruebas de funcionamiento hepático y examen general de orinal, EMIT (cuando fue positivo el diagnóstico para abuso o dependencia en cualquier momento de la vida), electrocardiograma, electroencefalograma y en las mujeres prueba inmunológica de embarazo. (Visita 0).

Una semana después de la visita 0 se integraban los resultados de los estudios solicitados y si mantenían los criterios de inclusión se asignaban aleatoriamente al grupo que recibía placebo o desipramina. Como monitores de control bajo una lista aleatoria por cada diez sujetos funcionaron la Psic. Ma. del Pilar de la Torre Arribas y el Dr. Eduardo Cruz Elizondo, quienes mantenían los placebos o medicamentos en frascos idénticos etiquetados con los datos de cada paciente y número de cada visita y facilitaban al investigador principal (Dr. Francisco de la Peña) quien a su vez daba los frascos a los pacientes, ciegos ambos a su contenido. Se les explicó a los pacientes que durante la siguiente semana debían incrementar una cápsula cada 48 hrs. Se les tomaron signos vitales y todos los pacientes respondieron el DSRS, Beck y el RECA. (Visita 1)

Se realizaron 10 visitas semanales subsecuentes (Visitas 2 a la 11) el día y la hora que mejor convinieran al paciente y sin que por ésta abandonara actividades académicas. En cada visita se contaban las cápsulas regresadas por el paciente y se le daba el frasco nuevo con la dosis exacta hasta su próxima visita. Se les tomaron signos vitales y todos los pacientes respondieron el DSRS, Beck y el RECA en cada visita. Durante la semana 2 a la 3 se realizó un segundo EKG y posteriormente hasta cada semana por razón necesaria. El paciente podía comunicarse las 24 hrs. del día durante el tiempo del protocolo, vía radiolocalizador, con el investigador principal cuando lo creyera conveniente.

Una vez concluido el tiempo de tratamiento, de todos los pacientes, se abrió el doble ciego para cada paciente. A quienes recibieron desipramina ésta se mantuvo por 6 meses, a quienes

habían recibido placebo se les ofreció tratamiento con desipramina hubieran o no tenido respuesta con el primero y se mantuvo por 6 meses. El comité ético del IMP aprobó la investigación.

2.7. Definición operacional de mejoría

Se adoptó como definición operacional de respuesta al tratamiento o mejoría, al decremento igual o mayor al 50% en la puntuación del DSRS o del inventario de Beck al final de las 10 semanas de tratamiento

2.8. Análisis de los resultados

Los resultados se expresan utilizando media y desviación estándar (DE) para las variables continuas y porcentajes para las variables categóricas. Las variables continuas se contrastaron por medio de ANOVA para medidas repetidas. Se utilizó el procedimiento de acarreo de la última evaluación hacia adelante para los abandonos o salidas tempranas (intent to treat). Las variables categóricas se contrastaron por medio de χ^2 . Se consideró una significancia de $p < 0.05$ en todos los contrastes.

3. Resultados

3.1. Resultados generales

De abril de 1997 a noviembre de 1998, se recibieron a 257 sujetos de primera consulta entre los cuales se encontraban 162 sujetos referidos específicamente con TDM. De los 162 candidatos enviados por la preconsulta se evaluaron a 113 (70%) con la ESA, los 49 (30%) no entrevistados se negaron a la entrevista conjunta con uno de sus padres, se negaron a un procedimiento de evaluación prolongado o no fue aplicable por las características cognoscitivas del paciente. De los 113 sujetos a quienes se les aplicó la ESA con un diagnóstico presuntivo de TDM, sólo cumplieron con los criterios de inclusión 30 (26.54%) sujetos. Estos 30 sujetos fueron los que finalmente se incluyeron en el protocolo. De los 30 pacientes que ingresaron al estudio el promedio de edad fue de 16.1 (1.5) y el rango de 13 a 18 años. La escolaridad promedio fue de 9.93 (2.2) y el rango de 6 a 12 años cursados. Catorce (46%) fueron mujeres y 16 (54%) fueron hombres. Las características demográficas y clínicas de ambos grupos se muestran en la tabla 1. No hubo diferencias significativas entre los sujetos aleatorizados a desipramina o placebo para edad, sexo, escolaridad, número de episodios depresivos previos, número de diagnósticos, antecedentes de abuso, presión arterial sistólica, diastólica, frecuencia cardíaca o en las calificaciones del DSRS y del RECA. Se presentaron tres abandonos y dos salidas tempranas de los treinta sujetos incluidos en la investigación; en el grupo de placebo fueron tres que optaron por otro tratamiento y abandonaron en las semanas 5, 4 y 2 cada uno; en un paciente fue necesaria la salida temprana en la semana 3 por

ideas suicidas, fue hospitalizado y abierto su doble ciego; en el grupo de desipramina hubo una salida temprana en la semana 3 por un rash generalizado que se resolvió en 48 hrs suspendiendo el tratamiento y fue abierto su doble ciego. En la evaluación de la respuesta al tratamiento por medio de las escalas de DSRS y Beck no se incluyeron estos cinco sujetos.

3.2. Respuesta al tratamiento

Cuando se adoptó como definición operacional de respuesta al tratamiento o mejoría al decremento igual o mayor al 50% en la puntuación del DSRS al final de las 10 semanas de tratamiento, se encontró que 54%, 6/11 pacientes del grupo placebo habían reducido en 50% o más el DSRS; y en el grupo de desipramina 57%, 8/14 habían reducido en 50% o más el DSRS, [$\chi^2(1) = 0.0716$ $p = 0.78$]. Cuando se adoptó como definición operacional de respuesta al tratamiento o mejoría al decremento igual o mayor al 50% en la puntuación del Beck al final de las 10 semanas de tratamiento, se encontró que 81%, 9/11 pacientes del grupo placebo habían reducido en 50% o más el Beck; y en el grupo de desipramina 71% 10/14 habían reducido en 50% o más el Beck, [$\chi^2(1) = 0.0069$ $p = 0.93$].

En la tabla dos y en la gráfica 1 se muestran los cambios en la escala de depresión del DSRS para el grupo de desipramina y para el grupo de placebo. En la tabla tres y la gráfica 2 se muestran los cambios en la escala de depresión de Beck para el grupo de desipramina y para el grupo de placebo. Cuando se calculó el análisis de varianza ninguna de las medidas mostraron efecto significativo para grupo o en la interacción grupo tiempo. DSRS: para efecto

principal grupo [$F(1, 28) = 0.002$; $p = 0.96$] y para la interacción grupo tiempo [$F(11) = 0.647$; $p=0.78$]. Beck para efecto principal grupo [$F(1, 28) = 0.019$; $p = 0.89$] y para la interacción grupo tiempo [$F(11) = 0.697$; $p = 0.74$].

3.3. Efectos colaterales

En la tabla 4 se muestran los cambios en la presión arterial sistólica, diastólica y en la frecuencia cardiaca para el grupo de desipramina y para el grupo placebo al inicio y al final del tratamiento. Al calcular el análisis de varianza no se encontraron efectos significativos para grupo o la interacción grupo tiempo en las presiones arteriales sistólica y diastólica. Sin embargo para el efecto principal de grupo [$F(1, 28) = 10.238$; $p= 0.003$] y para la interacción grupo tiempo [$F(11) = 1.855$; $p= 0.045$] se encontraron diferencias significativas en la frecuencia cardiaca. Siendo estrictos en la evaluación electrocardiográfica basal y en la semana 3, y siguiendo los principios internacionales de seguridad (38), ningún paciente requirió salir del protocolo. En la tabla 5 y la gráfica 3 se muestran los cambios en el RECA para el grupo de desipramina y para el grupo de placebo al inicio y al final del tratamiento; sólo para el efecto principal de grupo se encontraron diferencias significativas [$F(1, 28) = 6.788$; $p = 0.015$], la interacción grupo tiempo no fue significativa [$F(11) = 1.119$; $p = 0.346$].

3.4. Apego al tratamiento

Al evaluar el apego al tratamiento considerando el conteo de cápsulas regresadas se encontró una administración consistente de las mismas del 95%, al inicio de la visita se contaban frente al paciente las cápsulas regresadas, ningún paciente mostró problemas importantes al respecto. De forma aleatoria se solicitó la determinación sérica de desipramina al final del tratamiento en 7 de los 15 pacientes que recibieron el medicamento, los niveles séricos promedio fueron de 181.45 ng/mL con un rango de 105 a 364.

4. Discusión

4.1. Discusión general

Llama la atención que sólo el 26.54% de los adolescentes diagnosticados con TDM ingresaran al protocolo, este aspecto de la superselección ha sido discutido previamente y limita la generalización de los resultados a la población clínica convencional (21). La edad y la escolaridad de esta muestra clínica es similar a la de otras investigaciones dentro de esta institución (44, 52, 53), sin embargo discretamente menores que las edades de los sujetos estudiados en ensayos farmacológicos de norteamérica (33), 16.1 años en nuestra investigación vs 17.8 años en la investigación de Boulus (32, 33). La proporción de mujeres fue de 40%, un porcentaje menor a lo reportado por Kutcher (33) del 64% y del 56% reportado por Ambrosini (28). La comorbilidad es más la regla que la excepción en la psicopatología de los adolescentes, en otras muestras clínicas de esta institución, hasta el 90% presenta comorbilidad con algún otro padecimiento (9), nuestra muestra presentó una elevada comorbilidad con un promedio de 2.5 diagnósticos y como se ha descrito en la literatura (54) nuestras mujeres manifestaban menor comorbilidad que los hombres. Dos mujeres presentaron sólo el diagnóstico de TDM, nueve pacientes con dos diagnósticos, una con tres y una con cuatro, el promedio de diagnósticos en las mujeres fue de 2.07. Tres hombres presentaron sólo el diagnóstico de TDM, dos pacientes dos diagnósticos cada uno, siete con tres, tres pacientes con cuatro y dos pacientes con cinco, el promedio de diagnósticos en los hombres fue de 2.94. Las consecuencias a largo plazo del abuso y la negligencia deben ser

estudiadas con mayor detalle, sin embargo no quedan dudas del grave efecto que el abuso físico o sexual puede producir en los niños y los adolescentes (17). Una proporción importante de nuestra muestra clínica cursó con abuso físico o sexual o ambos, ninguno de nuestros pacientes mantenían contacto con el agresor y todos los abusos se habían presentado antes de los 12 años.

4.2. Discusión sobre el abandono y las salidas tempranas

El hecho de haber tenido tres abandonos que buscaran diferentes opciones terapéuticas puede estar relacionado con los problemas y perspectivas que presenta la paidopsicofarmacología en nuestro país (55), relacionados con el estigma social de considerar a los psicofármacos como drogas con efecto potencialmente adictivo. Es obligación del clínico educar al paciente y a su familia para sensibilizarlos a los beneficios que el tratamiento farmacológico puede ofrecer y orientarlos en torno a las estigmatizaciones que ciertos grupos sociales manejan sobre este tratamiento. El uso inadecuado en dosis y tiempo de los psicofármacos por los médicos generales o especialistas mal preparados ayuda a reforzar la imagen negativa que estas opciones de tratamiento se presenta en la sociedad (56). Las ideas de muerte e incluso los intentos suicidas son una posibilidad continua en los pacientes con enfermedades tan severas, el clínico tiene la obligación de estar atento e interrogar propositivamente al respecto en este grupo de tan alto riesgo (57). Los adolescentes deprimidos de origen hispano en Norteamérica presentan mayor riesgo de ideas y conductas suicidas que otros adolescentes deprimidos racialmente diferentes (58) Aunque las reacciones dermatológicas, el rash, no son

los efectos colaterales más frecuentes (38), la severidad del episodio por nuestro paciente nos llevo al retiro del medicamento.

4.3. Discusión de la respuesta al tratamiento

La respuesta al tratamiento, entendida como una reducción del 50% o más en el DSRS al final del tratamiento, fue del 54% para el grupo placebo y 56% para el grupo con desipramina, resultados iguales a los reportados por Kramer (29), Kutcher (33) y Kye (34); y muy similares a los reportados por Koplewicz (31) y Boulus (32) quienes encontraron una mejoría del 60% para el grupo de desipramina y 40% para el grupo de placebo. Al analizar nuestros resultados con la escala de Beck encontramos una mejoría del 81% en el grupo que recibió desipramina y del 71% en el grupo que recibió placebo, este mismo fenómeno con este instrumento ha sido reportado por Ambrosini (28) en su estudio abierto con nortriptilina cuyo porcentaje de respondedores fue del 82.5% y por Birmaher (58) en un estudio con adolescentes con depresión resistente, cuyo grupo con amitriptilina respondió 84% y su grupo de placebo respondió el 85%; sin duda la explicación al comportamiento de este instrumento con esta población este vinculado a los elementos cognoscitivos bajo los cuales se elaboró el inventario. Será necesario el desarrollo de una investigación que evalúe la confiabilidad concurrente de esta escala en esta población. Los cuatro factores relacionados con la alta respuesta al placebo: (inestabilidad sintomatológica, pacientes con depresión moderada, baja prevalencia de síntomas melancólicos y la elevada comorbilidad) (21, 24) estuvieron presentes en nuestra población y sin duda siguen planteando retos para comprender los mecanismos

inespecíficos en cualquier intervención terapéutica. Aunque ambos grupos (desipramina y placebo) mejoraron *significativamente* con respecto a la basal, ninguno de nuestros instrumentos demostró un efecto significativo entre grupos o en la interacción grupo tiempo; este comportamiento con los ADT en la población adolescente parece ser una constante (28, 32, 33, 58). Creemos necesario reconsiderar los aspectos de costo-efectividad en el uso de ADT para el TDM en la adolescencia, ya que investigaciones en esta área realizadas en adultos pueden no ser necesariamente iguales para los adolescentes (59).

4.4. Discusión sobre los efectos colaterales

Los efectos colaterales cardiovasculares fueron monitorizados por medio de la evaluación electrocardiográfica que siempre se mantuvo en los pacientes dentro del marco de seguridad, los cambios en los intervalos PR y QRS de acuerdo a la interpretación que hizo de ellos el médico internista que revisaba los electrocardiogramas se mantuvieron sin cambios importantes. Ninguna de las variables de la presión arterial sistólica o diastólica reportaron diferencias significativas por grupo o en la interacción grupo tiempo. Sin embarco la frecuencia cardiaca mostró una diferencia significativa al final del tratamiento en el grupo que recibía la desipramina (100 vs 83) y el grupo que recibía placebo, todos los adolescentes se ajustaron a este cambio. Estos hallazgos sugieren que los efectos cardiovasculares de la desipramina a la dosis manejada en esta población son relativamente benignos; esto difiere de los hallazgos nocivos que la desipramina ha tenido con algunas poblaciones de adolescentes (60, 61), pero es consistente con otros trabajos que han controlado las variables

cardiovasculares de forma estricta previas al tratamiento (33, 62). Aunque la desipramina es el menos anticolinérgico de los ADT (63) muchos de los efectos colaterales están relacionados con este sistema. La evaluación subjetiva de los efectos colaterales realizada a través del RECA, demostró que el grupo con desipramina vs placebo tenía mayor cantidad de síntomas 16.87 vs 7.67; la evaluación de estos síntomas colaterales en la investigación de Kutcher (33) con este mismo instrumento evidenció una diferencia similar a la nuestra 19.12 vs 11.84. En conjunto puede sugerirse que la desipramina tiene pocos efectos colaterales en los adolescentes deprimidos, aunque su actividad anticolinérgica puede influir negativamente en la evolución clínica. Sin consideramos los efectos anticolinérgicos de este medicamento reportados para los adultos (64) sin duda la población adolescente manifiesta mayor cantidad de los mismo. Considerando la literatura disponible, incluso el reporte de las muerte súbitas posiblemente asociadas a la desipramina nuestra investigación apoya la relativa seguridad cardiovascular de este medicamento.

4.5. Discusión sobre el apego al tratamiento

Aunque puede resultar difícil de comprender por las características específicas de los adolescentes, nuestra muestra de pacientes mostró un excelente apego al tratamiento, quizás este relacionado al vínculo cercano clínico-paciente que propiciamos en todas nuestras intervenciones, como la posibilidad de contacto continuo, la selección de los horarios de visita y de los días de visita por el paciente y el entusiasmo compartido por un objetivo común entre el médico y el adolescente. Los niveles séricos de los ADT no han sido un parámetro

para determinar la acción terapéutica del fármaco en la población pediátrica (28, 38, 65). No realizamos los niveles séricos con el objetivo de evaluarlos con respecto a la respuesta, sino para tomarlos como una medida de apego al tratamiento. De los 7 de 15 sujetos solicitados al azar, los siete reportaron niveles que indicaban la toma continua de la medicina. Los niveles de nuestra población 181.45 ng/mL, fueron similares a los reportados por Kutcher (33) de 205.06 ng/mL con dosis discretamente superior a la nuestra pues utilizó 200 mgs/día.

5. Conclusiones

- 5.1. La respuesta al tratamiento con desipramina con 150 mgs/día por 10 semanas consecutivas es similar al tratamiento con placebo en adolescentes con TDM.
- 5.2. El perfil de efectos colaterales es mayor en quienes reciben desipramina que en quienes reciben placebo.
- 5.3. Es necesario considerar otras opciones farmacológicas como la de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) en esta población. Algunos de los ISRS como la sertralina (66) , la fluoxetina (67) y la paroxetina (68) han sido inicialmente estudiados en adolescentes deprimidos y requieren mayor monitorización de efectos colaterales como la inducción de manía (69) o el deterioro en la memoria (70).
- 5.4. Los estudios costo efectividad de los ISRS con su relativa mejor tolerabilidad y mayor margen de seguridad, no han sido suficientemente desarrollados en esta población como una alternativa para sustituir a los ADT (71), por lo que la comparación de estos dos grupos de antidepresivos que inicialmente se han realizado en adultos (72, 73) deberán extenderse a la población pediátrica.

6. Reconocimientos

Agradecemos especialmente el apoyo en el análisis estadístico al Ing. José Cortes S, a los monitores Psic. Pilar de la Torre y Dr. Eduardo Cruz, así como el apoyo brindado por todos los demás miembros del equipo médico y paramédico del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Además el apoyo ofrecido por CONACYT y por los laboratorios Merrel Lepetit.

7. Bibliografía

1. BRENT DA, PERPER JA, GOLDSTEIN CE y cols, Risk factors for adolescent suicide: a comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Arc Gen Psychiatry*, 45:581-588, 1988
2. KUTCHERS & MARTON P, Parameters of adolescent depression. *Psychiatry Clin North Am*, 12:895-918, 1989
3. ROBINS DR, ALESSI EN, Depressive symptoms and suicidal behaviour in adolescents. *Am J Psychiatry*, 142:588-592, 1985
4. BIRMAHER B, RYAN N, WILLIAMSON D y cols, Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35:1427-1439, 1996
5. DE LA PEÑA F, ESTRADA A, ALMEIDA L y cols, Prevalencia de los trastornos depresivos y su relación con el bajo aprovechamiento escolar en estudiantes de secundaria. *Salud Mental*, 22(4):9-13, 1999
6. CARLSON GA, CANTWELL DP, A survey of depressive symptoms, syndrome and disorder in a child psychiatric population, *J Child Psychol Psychiatry*, 21 :19-25, 1980
7. ROBINS DR, ALESSI EN, COOK SC Y COLS : The use of the research diagnostic criteria (RDC) for depression in adolescent psychiatric inpatients. *J Am Acad Child Psychiatry*, 21 :251-255, 1982
8. BIEDERMAN J, FARAONE S, MICK E, LELON E: Psychiatric Comorbidity among Referred Juveniles with Major Depression: Fact or Artifact? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34:570-590 1995

9. DE LA PEÑA F, ULLOA ROSA ELENA Y PAEZ FRANCISCO. Comorbilidad del Trastorno Depresivo Mayor en adolescentes, prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial. *Salud Mental*, 22(NE): 88-92, 1999
10. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, cuarta edición DSM-IV, American Psychiatric Association, Washington, DC, 1994
11. ANGOLD A, Childhood and adolescent depression I. Epidemiological and aetiological aspectos, *British J Psychiatry*, 152:601-607, 1988.
12. KOVACS M, FEINBERG TL, CROUSE-NOVAK MA, Depressive Disorder in Childhood, I: A Longitudinal Prospective study of characteristics and recovery, 41:229-237, 1984.
13. KOVACS M, FEINBERG TL, CROUSE-NOVAK MA et al, Depressive Disorder in Childhood, II: A Longitudinal Study of the Risk for a Subsequent Major Depression, *Arch Gen Psychiatry*, 41:643-649, 1984
14. KOVACS M, GATSONIS C, PAULAAUSKAS SL y cols, Depressive disorders in childhood. IV A longitudinal study of comorbidity with and risk for anxiety disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 46:776-782, 1989
15. KOVACS M, AKISKAL HS, GATSONIS C y cols, Childhood onset dysthymic disorder. Clinical features and prospective naturalistic outcome. *Arch Gen Psychiatry*, 51:365-374, 1994.
16. KOVACS M, OBROSKY S, GATSONIS C y cols, First-episode major depressive and dysthymic disorder in childhood: clinical and sociodemographic factores in recovery, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36:777-784, 1997

17. HAMMEN C & RUDOLPH KD, Childhood depression, Chapter IV in Child Psychopathology, Edited EJ Mash & RA Barkley, The Guilford Press, NY, 1996 p153-195.
18. LEWINSOHN PM, ROHDE P, KLEIN DN y cols, Natural course of adolescent major depressive disorder I Continuity into young adulthood, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 38:56-63, 1999
19. THASE ME, GREENHOUSE JB, FRANK E y cols, Treatment of major depression with psychotherapy of psychotherapy-pharmacotherapy combinations, Arch Gen Psychiatry, 54:1009-1015, 1997
20. BRENT D, HOLDER D, KOLKO D y cols, A Clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family and supportive therapy, Arch Gen Psychiatry, 54:877-885, 1997.
21. BIRMAHER B, RYAN ND, WILLIAMSON DE y cols, Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part II, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 35:1575-1583, 1996
22. RYAN ND, Pharmacological treatment of child and adolescent major depression. L'Encéphale, XIX:67-70, 1993.
23. AMBROSINI PJ, BIANCHI MD, RABINOVICK H y cols, Antidepressant treatments in children and adolescents. I Affective Disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 32:1-6, 1993.
24. DE LA PEÑA F & ALMEIDA L, El uso de antidepresivos y ansiolíticos en la infancia y en la adolescencia, Salud Mental 17(3):59-65, 1994.

25. RYAN N & PUIG ANTICH J, Affective illness in adolescence. In: American Psychiatric Association Annual Review, Vol5, Francis A, Hales R, eds. Washington DC; American Psychaitric Press, 1986
26. KUTCHER S & MARTON P, Parameters of adolescent depression. *Psychiatric Clin North Ame* 12:895-918, 1989.
27. STROBER M, FREEMAN R, RIGALI J y cols, The pharmacotherapy of depressive illness in adolescence: an open label trial of imipramine. *Psychopharmacol Bull* 26:80-84, 1990.
28. AMBROSINI PJ, BANCHI M, METZ C, Evaluating clinical response of open nortriptyline pharmacotherapy in adolescent major depression. *J Child Adolesc Psychopharmacology*, 4:233-244, 1994.
29. KRAMER A, FEIGUNE R y cols, Clinical effects of amitriptyline in adolescent depression: a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 20:636-644, 1981.
30. GELLER B, A double blind placebo controlled study of nortipyline in depressed adolescents using a fixed plasma level design. *Psichopharmacology Bull* 26:85-90, 1990
31. KOPLEWICZ H KLEIN R y cols, Desipramine treatment in adolescent depression. Child Depression Consortium Meeting, Pittsburgh, PA, 1990.
32. BOULUS C & KUTCHER S, MARTON P y cols : Response to Desipramine Treatment in Adolescent Major Depression. *Psychopharmacology Bull*, 27 :59-65, 1991.
33. KUTCHER S, BOULOS C, WARD B y cols : Response to Desipramine Treatment in Adolescent Depression : a fixed-dose, placebo-controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33 :686-694, 1994
34. Kye E y cols Amitriptyline treatment for adolescent depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35:456-463, 1996

35. GELLER B REISING D, LEONARD HL y cols Critical review of tricyclic antidepressant use in children and adolescents, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38:513-516, 1999.
36. WALSH BT, GIARDINA EGV, SLOAN RP y cols. Effects of desipramine on autonomic control of the heart. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33:191-197, 1994.
37. LEONARD HL, MEYER MC, SWEDO SE, y cols, Electrocardiographic changes during desipramine and cloripramine treatment in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34:1460-1468, 1995.
38. GREEN WH, Antidepressant Drugs in Child and Adolescent Clinical Psychopharmacology, second edition, Williams & Wilkins, Baltimore, Maryland, p121-186, 1995.
39. FERDINAND RF & VERHULST FC : The prediction of poor outcome in young adults : comparison of the Young Adult Self-Report, the General Health Questionnaire and the Symptom Checklist. *Acta Psychiatr Scand*, 889 :405-410, 1994
40. MEIJER A, ZAKAY-RONES Z & MORAG A : Post-Influenzal psychiatric disorder in adolescents. *Acta Psychiatr Scand*, 78 :176-181, 1988
41. WIZNITZER M, VERHULST FC, VAN DEN BRINK W y cols : Detecting psychopathology in young adults : the Young Adult Self Report, the General Health Questionnaire and the Symptom Checklist as screening instruments. *Acta Psychiatr Scand*. 86 :32-37, 1992
42. DE LA FUENTE RAMÓN : Importancia del diagnóstico y de la clasificación en psiquiatría. *Salud Mental*, 19,suplemento2 :1-3, 1996

51. BIRLESON P, Clinical evaluation of a self rating scale for depressive disorder in childhood, *J Child Psychol Psychiatry*, 28:43-60, 1987.
52. DE LA PEÑA FR, LARA MC, CORTES J y cols : Traducción al español y validez de la escala de Birleson (DSRS) para el trastorno depresivo mayor en la adolescencia. *Salud Mental*, 19, supl.3 : 17-23, 1996.
53. DE LA PEÑA F, LOPEZ-BASTIDAS A, CORTES J y ULLOA RE, Registro de efectos colaterales para adolescentes (RECA). Descripción y validez del instrumento, *Salud Mental*, 22(1):7-10, 1999
54. LEWINSOHN PM, ROHDE P, SEELEY J y cols: Adolescent psychopathology III; The clinical consequences of comorbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34:510-519, 1995
55. DE LA PEÑA F: Problemas y perspectivas de la psicofarmacología en niños y adolescentes, *Información Clínica, Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 10:19-20, 1999
56. RIDDLE MA, LABELLARTE MJ WALKUPJT: Pediatric psychopharmacology, problems and prospects. *J Child Adolesc Psychopharmacology* 8:87-97, 1998
57. MARTINEZ P & DE LA PEÑA F, El suicidio y los adolescentes, *Información Clínica, Instituto Mexicano de Psiquiatría* 11(2):11-12, 2000.
58. ROBERTS R & CHEN YW: Depressive symptoms and suicidal ideation among mexican-origin and anglo adolescents, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34:81-90, 1995.
59. WOODS SW & RIZZO JA, Cost effectiveness of antidepressant treatment reassessed. *British J Psychiatry*, 170:257-263, 1997.
60. BIEDERMAN J BALDESSARINI R WRIGHT V y cols: A double blind placebo controlled study of desipramine in the treatment of ADD. II Serum drug levels and cardiovascular findings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 28:903-911, 1989.

61. STERN S, RIBNER H, COOPER T y cols: 2-Hidrowydesipramine and desipramine plasma levels and electrocardiographic effects in depressed younger adults. *J Clin Psychopharmacol* 11:93-98, 1991.
62. BARTELS M VARLEY C MITCHELL J y cols: Pediatric cardiovascular effects of imipramine and desipramine. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 30:100-103, 1991.
63. NELSON J JATLOW P, BOCK J y cols: Major adverse reactions during desipramine treatment. *Arch Gen Psychaitry* 39:1055-1061, 1982.
64. GLASSMAN A: Antidepressants and their cardiovascular effects. *Psychopharmacology Bull* 20:272-279, 1986
65. RYAN N, PUIG-ANTICH J, COOPER T y cols: Imipramine in adolescent amjor depression: plama level and clinical response. *Acta Psychiatr Scand* 73:275-288, 1986.
66. TIERNEY E, JOSHI P, LLINA J y cols: Sertraline for major depression in children and adolescents: Preliminary clinical experience, *J Child Adolesc Psychopharmacology* 5:13-27, 1995.
67. EMSLIE G, RUSH J, WEINBERG WA y cols: A double blind, randomized, placebo controlled trila of fluoxetine in children and adolescents with depression. *Arch Gen Psychiatry* 54:1031-1037, 1997.
68. LOPEZ BASTIDAS A: Eficacia del pindolol como coadyuvante a la paroxetina en el tratamiento de adolescentes deprimidos, estudio doble ciego, tesis para la especialidad en Psiquiatría General, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, Depto. de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental, 1999.
69. MINNERY KL, WEST SA, MCCONVILLE BJ y cols: Sertraline induced mania in adolescen, *J Child Adolesc Psychopharmacology* 5:151-153, 1995.

70. BANGS M, PETTI T & JANUS MD: Fluoxetine induced memory impairment in an adolescent. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33:1303-1306, 1994.
71. HOTOPF M, LEWIS G & NORMAND C: Are SSREs a cost-effective alternative to tricyclics?, *British J Psychiatry* 168:404-409, 1996.
72. KOCSIS JG ZISOOK S, DAVIDSON J y cols: Double blind comparison of sertraline, imipramine and placebo in the treatment of dysthymia: psychosocial outcomes. *Am J Psychiatry* 154:390-395, 1997.
73. THASE ME, FAVA M, HALBREICH U y cols: A placebo-controlled, randomized clinical trial comparing sertraline and imipramine for the treatment of dysthymia. *Arch Gen Psychiatry* 53:777-784, 1996.

Tabla 1.

Características demográficas y clínicas por subgrupos: desipramina o placebo

	Grupo Desipramina (N=15).	Grupo Placebo (N=15)
Mujeres	7	6
Hombre	8	9
Promedio diagnósticos comórbidos (rango)	2.66 (1 a 5)	2.46 (1 a 5)
Antecedente de Abuso Físico	1	2
Antecedente de Abuso Sexual	2	2
Antecedente de Abuso Físico y Sexual	0	1

Tabla 2

Cambios en la escala del DSRS

Tratamiento de adolescentes deprimidos desipramina/placebo

Grupo	Valor previo al tratamiento		Valor al final del tratamiento	
	Media	DE	Media	DE
Desipramina (N= 15)	18.13	3.64	9.40	5.89
Placebo (N= 15)	18.80	3.91	10.93	6.75

Tabla 3

Cambios en la escala de Beck

Tratamiento de adolescentes deprimidos desipramina/placebo

Grupo	Valor previo al tratamiento		Valor al final del tratamiento	
	Media	DE	Media	DE
Desipramina (N= 15)	22.00	7.25	7.47	7.06
Placebo (N= 15)	20.53	8.26	9.33	9.81

Tabla 4

Cambios en la presión arterial sistólica (TAS), diastólica (TAD) y frecuencia cardiaca (FC)

Tratamiento de adolescentes deprimidos desipramina/placebo

	Valor previo al tratamiento						Valor al final del tratamiento					
	Media			DE			Media			DE		
	TAS	TAD	FC	TAS	TAD	FC	TAS	TAD	FC	TAS	TAD	FC
Desipramina (N= 15)	110.33	74.00	88.13	10.93	9.86	19.19	112.00	79.67	100.60*	9.02	7.19	22.26
Placebo (N= 15)	112.33	76.67	80.13	9.23	9.57	13.68	110.00	75.80	83.87*	9.26	11.03	14.45

* p = 0.003

Tabla 5

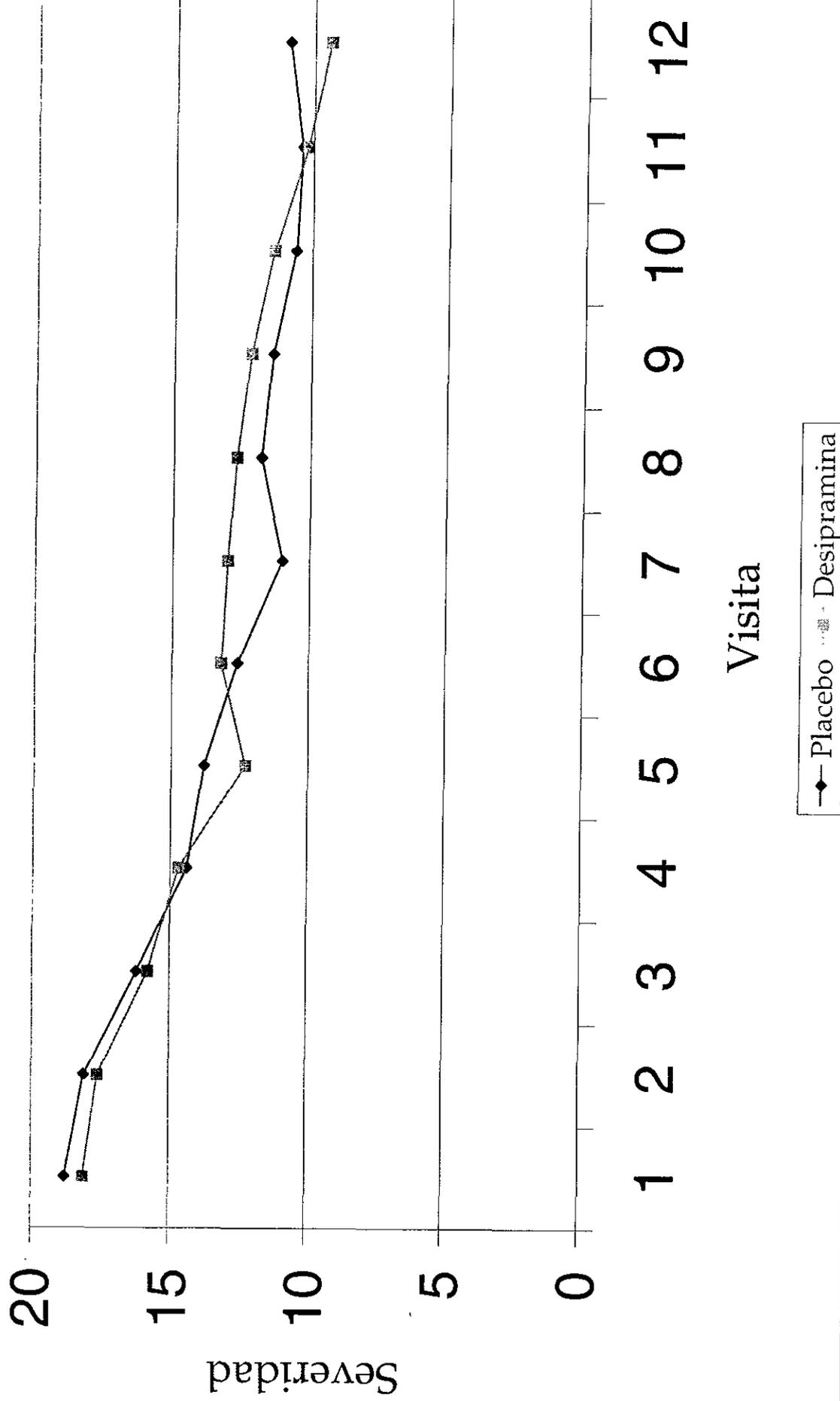
Cambios en el registro de efectos colaterales (RECA)

Tratamiento de adolescentes deprimidos desipramina/placebo

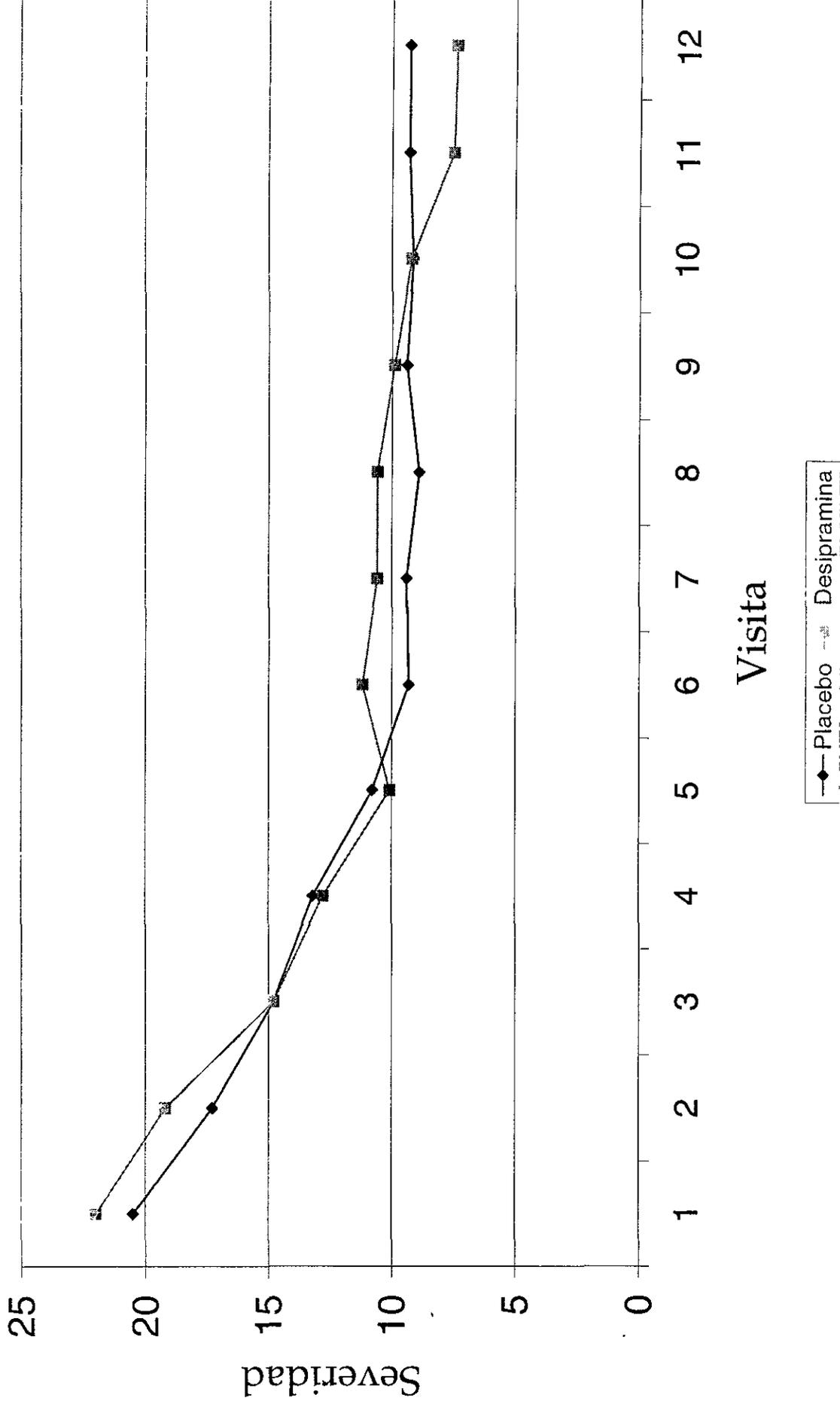
Grupo	Valor previo al tratamiento		Valor al final del tratamiento	
	Media	DE	Media	DE
Desipramina (N= 15)	35.40	14.90	16.87*	16.58
Placebo (N= 15)	23.53	10.01	7.67*	8.76

* p= 0.015

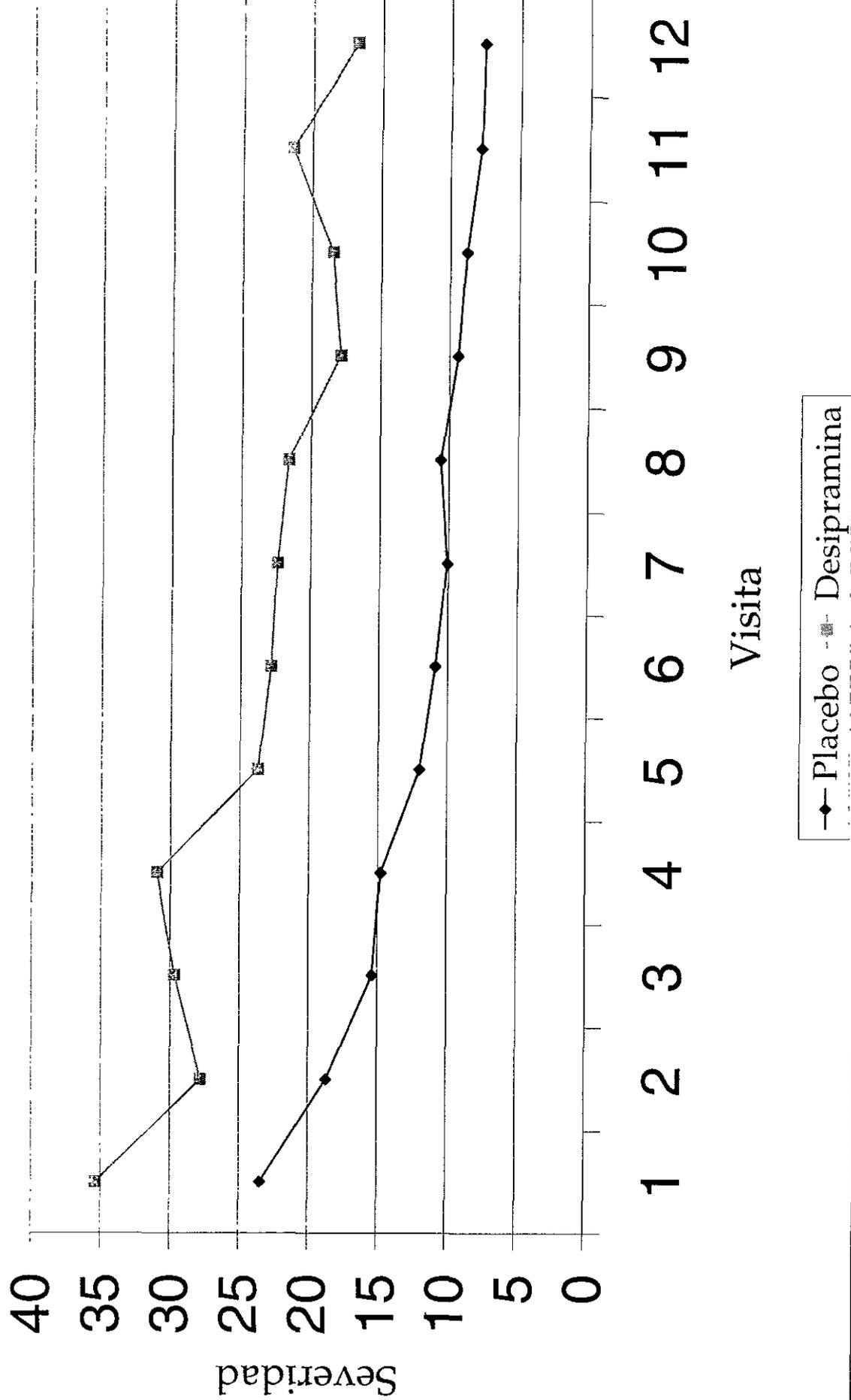
Gráfica 1. Escala de Birleson por subgrupos



Gráfica 2. Escala de Beck por Subgrupos



Gráfica 3. Escala de colaterales por subgrupo



Anexo 1

La entrevista semiestructurada para adolescentes (ESA). Características del instrumento y estudio de confiabilidad interevaluador y temporal

Francisco de la Peña*
Margarita Patiño**
Arturo Mendizabal**
José Cortés**
Eduardo Cruz**
Rosa Elena Ulloa**
Valerio Villamil**
Ma. Carmen Lara**

Summary

The use of interviews for the assessment and diagnosis of child and adolescent psychiatry is a basic need for any further investigation in this population. We designed a semistructured clinical interview based in other instruments such as the K-SADS, ISC, DISC and SCAN. The Adolescents Semistructured Interview (ASI) was designed with the DSM-IV criteria and explores internal and external disorders as well as others such as schizophrenia and alcohol and drug abuse in adolescents. The goals of the study are the establishment of the interrater and test-retest (one week) reliability of the ASI. Adolescents were evaluated during their second contact with the institution, conjointly with their mother or father, after the informant consent was obtained. The evaluation was made in 60-90 minutes. Two clinicians were present at the interview, one made the questions and assessed; the other only assessed. Both of them were blind to each other's diagnosis. The test-retest were made by different clinicians. The sample was integrated with 81 outpatients. The kappa values for the interrater study were the following: major depressive disorder (MDD) 0.92, dysthymic disorder (DD) 0.81, attention deficit disorder (ADD) 0.75, conduct disorder (CD) 0.97 and alcohol and drug abuse (ADA) 0.90. The kappa values for the test-retest study were the following: MDD 0.59, DD 0.40, ADD 0.78, CD 0.85 and ADA 0.65. This is the first worldwide study in Spanish with a semistructured clinical interview for adolescents.

Key words: Adolescent, semistructure, interview, reliability.

Resumen

La valoración clínica psiquiátrica de la población adolescente (de 13 a 19 años) por medio de un instrumento semiestructurado resulta esencial para la aproximación diagnóstica en cualquier investigación del área pado-psiquiátrica. Hasta ahora no se contaba con ninguna entrevista semiestructurada

* Clínica de Adolescentes. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Calz. México-Xochimilco 101, Sn Lorenzo Huipulco, 14370, México, D.F. adollesc@imp.edu.mx

** Instituto Mexicano de Psiquiatría.

diseñada en español que pudiera usarse en esta población. La ESA fue desarrollada en la Clínica de Adolescentes del Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP) considerando algunos elementos de otros instrumentos clínicos afines, como el *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia* (K-SADS), el *Interview Schedule for Children* (ISC), el *Diagnostic Interview Schedule for Children* (DISC) y el *Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry* (SCAN). La ESA se diseñó para corresponder con los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales en su cuarta edición (DSM-IV). El objetivo de la investigación fue determinar la confiabilidad interevaluador y temporal del instrumento. El adolescente se evaluó en su segundo contacto con la institución, conjuntamente con alguno de sus padres. Los apartados de las áreas de sexualidad, abuso físico/sexual, abuso y dependencia de alcohol y sustancias se realizó sin el padre. La entrevista tiene un tiempo de aplicación de entre 60 a 90 minutos. Se contó con el consentimiento informado de todos los pacientes y de uno de sus padres o de su tutor. Para la confiabilidad interevaluador, los clínicos aplicaron la entrevista de manera alternativa: a un paciente se la aplicaba uno y al siguiente el otro. Ambos se mantenían sin comunicación e integraban los diagnósticos con los resultados de las hojas de respuesta, en forma independiente para cada paciente. Para el estudio de la confiabilidad temporal se les entrevistó con la ESA por segunda vez después de 7 días (+/- 3) de la entrevista anterior. Se hizo el análisis estadístico con las medidas convencionales de tendencia central, y los coeficientes de correlación para los diagnósticos se obtuvieron con la Kappa de Cohen. Se evaluaron 81 adolescentes para obtener la confiabilidad interevaluador. Los coeficientes Kappa para las principales categorías diagnósticas fueron: trastorno depresivo mayor (TDM) 0.92, trastorno distímico (TD) 0.81, trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) 0.75, trastorno de conducta (TC) 0.97 y abuso de alcohol y drogas (AAD) 0.90. Los coeficientes de correlación Kappa para los resultados de confiabilidad temporal fueron los siguientes para las principales categorías diagnósticas: TDM 0.59, TD 0.40, TDAH 0.78, TC 0.85 y para AAD 0.65. Este es el primer informe mundial de una entrevista semiestructurada diseñada en español para la evaluación de la psicopatología en los adolescentes.

Palabras clave: Entrevista semiestructurada, adolescente, confiabilidad.

La importancia de contar con diagnósticos apegados a una clasificación en paidopsiquiatría es fundamental no sólo para la intercomunicación y globalización de los conocimientos de una manera sencilla, sino también por los cambios nosológicos que estos implican (15). Recientemente se publicó una recopilación sobre la evolución histórica de las clasificaciones en psiquiatría que puede consultarse (42). En la más reciente modificación que le hizo la Asociación Psiquiátrica Americana al Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales, en su cuarta edición (DSM-IV) (3), los trastornos de la infancia y de la adolescencia fueron a los que más cambios se les hicieron, por lo que contar con un instrumento diagnóstico semiestructurado, acorde temporalmente con la taxonomía internacional, resulta fundamental para desarrollar investigaciones en las áreas clínica, psicofarmacológica o psicosocial.

Es importante considerar las ventajas que ofrece la utilización de un instrumento semiestructurado diagnóstico:

1. Disminuye algunas fuentes de la variabilidad.
 - 1.1. La variabilidad en la recolección de la información: El entrevistado puede dar información incorrecta por no entender la pregunta, por falta de concentración, por resistencia inconsciente o consciente, o porque el entrevistador haya formulado mal la pregunta.
 - 1.2. La variabilidad de criterio: Las variaciones idiosincrásicas y culturales que pueden surgir entre los aplicadores, en la concepción de los criterios diagnósticos empleados, y en la forma de interrogarlos, así como en la experiencia del que lo aplica. Si el entrevistador hace sus preguntas utilizando términos subculturales diferentes de los del resto del equipo, el registro de las respuestas se modificará. La variabilidad de criterio puede disminuir considerablemente si se adiestra apropiadamente a los entrevistadores (41).
2. Permite reconocer la variabilidad en la ocurrencia, esto depende de la estabilidad del sujeto cuando se presenta el fenómeno clínico que se va a medir. El entrevistado puede haber entendido bien la pregunta y responder honestamente, pero la respuesta puede ser diferente cada vez que se pregunta, porque la condición del sujeto cambia con el tiempo.
3. Permite que el adolescente se percate de que se busca conocerlo integralmente cuando se examinan sus problemas, sus emociones o sus conductas (55).
4. Aumenta la especificidad en la identificación de casos (12, 53).
5. Ofrece al clínico una guía general y flexible para conducir la entrevista y registrar la información (57).
6. Permite el establecimiento diagnóstico y el estudio de la comorbilidad (6, 8, 38, 43, 46).

Las entrevistas diagnósticas se dividen de acuerdo con su arquitectura en: altamente estructuradas y semiestructuradas.

Las entrevistas altamente estructuradas se caracterizan por estar diseñadas para aplicarse en poblaciones abiertas y para hacer investigaciones epidemiológicas; las aplican legos, es decir, personas que no requieren una formación específica en psicopatología; la capacitación que se requiere para aplicarla es intensiva y corta, el *Diagnostic Interview Schedule for Children* (DISC) (10), requiere de un curso de tres días para las personas que ya están familiarizadas con ella, para que aprendan a manejar la versión computarizada; la conducción de la entrevista es inflexible, el orden de aplicación está predeterminado, y el entrevistador debe preguntar exactamente lo que está escrito, por lo que la inferencia del evaluador en la integración diagnóstica es poca o nula.

Las entrevistas semiestructuradas se caracterizan por estar diseñadas para aplicarse en poblaciones e investigaciones clínicas; deben ser aplicadas por clínicos, psiquiatras o psicólogos que tengan formación especializada en psicopatología; la capacitación que se necesita para aplicarlas es prolongada, el *Interview Schedule for Children* (ISC) (37) requiere de un entrenamiento de seis meses; la conducción de la entrevista es flexible y el clínico puede modificar la pregunta propuesta tanto como lo crea conveniente para recabar la información necesaria, por lo que su participación en la integración diagnóstica es elevada.

Algunos instrumentos epidemiológicos, como el DISC (10, 30) se han utilizado en poblaciones clínicas. Algunos instrumentos clínicos han desarrollado versiones epidemiológicas, como el *Kiddie Schedule for Affective Disorders* (K-SADAS-E) (49). Otro de los instrumentos clínicos, el *Children and Adolescents Psychiatric Assessment* (CAPA) (5) se ha utilizado en investigaciones epidemiológicas (11).

Las entrevistas semiestructuradas para desarrollar investigaciones dentro del área clínica en paidopsiquiatría ha sido una de las líneas de investigación con más desarrollo dentro de las últimas dos décadas. Los estudios de confiabilidad para el diagnóstico en psiquiatría han utilizado metodologías cada vez más estrictas (25, 26) y se han logrado estudios de confiabilidad interevaluador, interinformante y temporal con diversos instrumentos clínicos (1, 29, 31, 37, 47).

Recientemente se publicó una amplia revisión de las entrevistas para el diagnóstico clínico en psiquiatría (50); sin embargo, no se cuenta con publicaciones recientes y accesibles para los hispanohablantes (13, 55) que desarrollen este tema en el área de la paidopsiquiatría, por lo que revisamos algunos de los instrumentos más importantes.

Los principales instrumentos altamente estructurados son el *Diagnostic Interview for Children and Adolescents* (DICA) (27) y el DISC (10)

El DICA fue una de las primeras entrevistas estructuradas que se usaron, y se ha estado trabajando con ella desde mediados de los años setenta (28); ha sido revisada en varias ocasiones. Existe la versión en español para el DSM-III-R, la cual cuenta con dos versiones una para padres y otra para niños o adolescentes, pues se les entrevista desde los 6 hasta los 17 años. El

tiempo de aplicación de cada versión de esta entrevista oscila entre 60 y 90 minutos. Esta entrevista altamente estructurada tiene la característica de que el clínico puede tomar ciertas decisiones respecto a la dirección en la aplicación. Está organizada por secciones sindromáticas y algunas cuentan con puntos de salto. El punto de salto se integra cuando a una pregunta propositiva, que abarca los síntomas fundamentales del área que se estudia, se responde negativamente; se usa para disminuir los tiempos de aplicación saltándose la exploración de esta área y pasando a la siguiente. Las respuestas en la integración del síntoma son categóricas, o se tiene o no se tiene, lo que permite evaluar el principio, la duración y el deterioro relacionado con los mismos.

El DISC surgió en estudios posteriores de su versión para adultos, el *Diagnostic Interview Schedule* (DIS) (54), a mediados de los años ochenta (10). Hay una versión en español para el DSM-IV, que tiene la particularidad de incorporar modismos y expresiones particulares de prácticamente todas las áreas hispanohablantes (Europa, América del Norte y América del Sur). Cuenta con dos versiones: una para padres y otra para niños o adolescentes, se les entrevista desde los 6 hasta los 18 años. Este instrumento está altamente estructurado y diseñado con preguntas de salto; el clínico no puede modificar la secuencia de la entrevista. El entrenamiento para aplicar la versión computarizada es de 3 a 4 días. Cuenta con 760 reactivos y tiene un tiempo de aplicación de 45 a 60 minutos para cada versión. Las respuestas en la integración del síntoma se evalúan en una escala del 0 al 2, y los diagnósticos se establecen por algoritmos computarizados. Evalúa el inicio y la duración de los síntomas, así como el deterioro psicosocial. Las investigaciones de confiabilidad con este instrumento han indicado que los coeficientes de correlación temporal son más bajos cuando la edad del sujeto es menor: un promedio de 0.43 en los niños de 6 años, y de 0.71 en los niños de nueve años. El coeficiente de correlación temporal de los padres obtuvo un promedio de 0.76 (19). Este fue el primer instrumento con el que se reportaron diferencias significativas en la correlación interinformante de los grupos de síntomas; menos correlación con los padecimientos internalizados (depresión, ansiedad) que con los padecimientos externalizados (inatención, conducta desafiante-oposicionista) (20). Recientemente su publicó un trabajo multicéntrico que obtuvo los coeficientes de correlación temporal combinando las respuestas de los niños/adolescentes (DISC-C) y de los padres (DISC-P) en un constructo denominado DISC-PC. Al usar este algoritmo diagnóstico combinado se obtuvieron resultados de mayor confiabilidad en la población clínica que en la población abierta (30).

Los principales instrumentos semiestructurados son el K-SADS (31) y el ISC (37).

El K-SADS surgió durante los primeros años de la década de los ochenta, después de que se publicaran los resultados del estudio del *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia* (SADS) (21) para adultos. Hay dos versiones del K-SADS que incorporan los

datos del momento actual y a lo largo de la vida, sin embargo, la más reciente investigación clinimétrica de este instrumento combina ambas, el K-SADS-PL (31). Cuenta con una versión para niños y adolescentes y otra para padres. Cuando se aplica a los niños se comienza por los padres, y cuando se entrevista a los adolescentes, se empieza por éstos. Cuando hay discrepancias en la información se reúne al hijo con el padre para que lleguen a un acuerdo; cuando no logran ponerse de acuerdo, el clínico toma la decisión. La entrevista está diseñada para ser aplicada por un entrevistador altamente calificado y familiarizado con el DSM. El clínico es lo bastante flexible como para adecuar las preguntas al entrevistado y a la secuencia de la entrevista. La última versión del K-SADS (31) cuenta con diferentes áreas que deben administrarse para completar su aplicación: 1. Una introducción no estructurada de la entrevista. 2. Una entrevista diagnóstica de sondeo. 3. El llenado de la lista suplementaria. 4. Los suplementos diagnósticos apropiados (trastornos afectivos, trastornos psicóticos, trastornos de ansiedad, trastornos de conducta, abuso de sustancias y otros trastornos). 5. El resumen de la lista diagnóstica a lo largo de la vida. 6. La evaluación con el *Children's Global Assessment Scale* (C-GAS). El entrevistador que establece los diagnósticos no cuenta con algoritmos computarizados. Esta entrevista es el instrumento diagnóstico clínico más utilizado para identificar los padecimientos específicos (9, 24) y en las investigaciones farmacológicas (39).

El ISC (4) fue desarrollado durante los años ochenta y su utilización ha servido para la investigación principalmente de los padecimientos internalizados. Hay numerosos estudios clínicos prospectivos sobre la depresión, la distimia y los trastornos adaptativos depresivos que son fundamentales para el reconocimiento de la psicopatología actual de estas enfermedades y cuya base diagnóstica es el ISC (32-36). El clínico que aplica este instrumento requiere de un adiestramiento prolongado de seis meses por lo menos, que le permita conocer el manejo diagnóstico de la entrevista. Los reactivos se evalúan de acuerdo con una escala del 0 al 8, y cuenta con una serie de preguntas confirmatorias previas al establecimiento diagnóstico. La entrevista está diseñada para aplicarse a los niños desde los 8 años hasta a los adolescentes de 17 años. Primero se entrevista al padre y posteriormente al niño o al adolescente; la entrevista con el padre dura entre 90 a 120 minutos y la del niño entre 45 a 60 minutos. Hay una versión corta para el seguimiento, pero no hay una versión en español.

Considerando las limitantes temporales y económicas que intervienen en el proceso de traducción y adaptación de los instrumentos extranjeros, las limitantes que éstos presentan para el reconocimiento de características culturales específicas, y la necesidad de contar con una entrevista clínica relacionada con la actual taxonomía (DSM-IV), nos propusimos desarrollar un instrumento original que recogiera algunas características de otras entrevistas estructuradas y semiestructuradas, así como nuestra propia experiencia clínica que sirva a los hispanohablantes para el reconocimiento diagnóstico de las principales psicopatologías

de la adolescencia, y en los estudios clínicos que se hagan en esta población. Los objetivos de esta investigación fueron: desarrollar una entrevista semiestructurada y obtener la confiabilidad interevaluador y temporal de la misma.

Este es el informe final de las investigaciones clínicas con la actual versión de la ESA, que incluye los resultados de los proyectos de las tesis de la especialidad de dos de los investigadores (45, 51), así como los resultados de las presentaciones en dos reuniones de investigación (17, 18), en donde se difundieron los datos preliminares.

Descripción del instrumento

La ESA es una entrevista original generada para relacionarse con los criterios diagnósticos del DSM-IV (3). Su diseño es el de una entrevista semiestructurada para ser aplicada por clínicos entrenados en la misma. El entrenamiento requiere por lo menos de dos a tres semanas.

La ESA está integrada por cuatro partes: la primera corresponde a los datos de identificación general del adolescente y su padecimiento actual; la segunda, en donde se explora propositivamente síntoma por síntoma de las diferentes psicopatologías; la tercera, en la que se interroga al padre sobre los antecedentes generales del paciente, y la cuarta, donde se abordan los apartados de desarrollo sexual, abuso físico o sexual, consumo de alcohol y drogas y evaluación del funcionamiento psicosocial (*Life-Mex*) (52).

En la primera parte se busca establecer una relación empática con el adolescente, y se registran los datos de su actividad académica y laboral, con lo que se logra evaluar, de manera preliminar, su funcionamiento en estas áreas de manera similar a como se evalúa con otros instrumentos (5, 31, 37). Se utiliza un lenguaje sencillo y coloquial al preguntarle, en general, cuáles son los problemas que lo llevan a buscar ayuda; se estimula al adolescente para que indique los motivos de su consulta y su padecimiento actual. El padre, la madre o el tutor entran a la entrevista con el adolescente, pero el clínico les indica que sólo participen de manera indirecta para que el adolescente sea quien exprese sus problemas y sus síntomas. Ellos solamente intervendrán para aclarar sus inexactitudes, ampliar su relato y recordarle las omisiones importantes en lo dicho por el paciente. Cuando el adolescente considera agotada la descripción de los síntomas, se le pide al padre que amplíe el relato del paciente y agregue algún problema que éste no haya mencionado. Esta primera parte toma de quince a veinte minutos.

La segunda parte se integra con las áreas de las diferentes psicopatologías. Aunque la entrevista señala un orden determinado en el interrogatorio de los síntomas, el clínico puede cambiarlo por tratarse de una entrevista semiestructurada; inclusive, puede modificar la pregunta hasta que considere que ya ha explorado suficientemente el síntoma correspondiente. Algunos apartados cuentan con preguntas de salto o de corte, que permiten al clínico "saltarse" la exploración detallada del padecimiento si no cumple con los criterios

fundamentales, como se hacen en otras entrevistas semiestructuradas y estructuradas (10, 31).

La tercera parte de la entrevista se compone de preguntas dirigidas fundamentalmente al padre, para obtener la descripción de los antecedentes perinatales, de su desarrollo, los patológicos y los familiares.

La cuarta parte de la entrevista, que se realiza a solas con el adolescente, consta de preguntas que exploran su consumo de tabaco, alcohol y drogas; se evalúa el abuso y dependencia, así como los antecedentes de su desarrollo psicosexual; el abuso sexual y físico, además se aplica la escala de funcionamiento psicosocial *Life-Mex*. Esta evaluación del funcionamiento psicosocial es una versión adaptada del *Life Base Schedule* para ser aplicada por el entrevistador. Consta de seis rubros: su funcionamiento en obligaciones (escuela, trabajo, casa), sus relaciones interpersonales, su funcionamiento sexual, su satisfacción con la vida, sus actividades recreativas y una valoración global. Las respuestas van del 1 al 5: 1 equivale a un funcionamiento superior y 5 equivale a un grave deterioro. En el caso de no haber tenido relaciones sexuales o no haber empezado a trabajar no se aplican los reactivos correspondientes.

En conjunto, la ESA consta de 21 apartados distribuidos en cuatro partes; se compone de 243 preguntas. Esta entrevista debe ser aplicada por un clínico que conozca la psicopatología y esté capacitado para realizar la entrevista, ya que su aplicación implica la toma de decisiones clínicas. El clínico debe fomentar que los informantes se pongan de acuerdo; cuando no sea así, él tomará la decisión para codificar el síntoma.

La aplicación toma de 60 a 90 minutos, pero depende de la familiarización del clínico con el instrumento y de la cooperación del adolescente y el padre.

Para registrar la evaluación se cuenta con una hoja de respuestas que consigna el síntoma y su duración durante su evolución en los últimos seis meses como parte de las manifestaciones actuales; evalúa el síntoma a lo largo de la vida, si se ha presentado en diferentes episodios y cuánto duró en cada uno; permite consignarlo como rasgo del paciente o bien si existe duda en torno a la codificación, pese a una exploración completa, además se puede consignar si la exploración del síntoma ha sido incompleta. Esta forma de codificar las respuestas es similar a una de las hojas de respuestas del SCAN (56).

Diseño del estudio

Todos los pacientes eran hombres y mujeres adolescentes de 13 a 19 años, mexicanos y residentes de la ciudad de México y de los municipios conurbados de la zona metropolitana; procedían de la preconsulta del IMP, en donde fueron valorados por un residente de tercer año de la especialidad y enviados a la Clínica de Adolescentes del mismo instituto.

Entre 24 y 72 horas después de la preconsulta fueron recibidos en la Clínica de Adolescentes, en donde se determinó si cumplían con los criterios de inclusión: que hablaran fluidamente el español, supieran leer y escribir, y aceptaran tanto ellos como sus padres, ma-

dres o tutores, ser entrevistados. Eran entrevistados utilizando la ESA por cualquiera de dos clínicos, un especialista o un residente de tercer año de la especialidad, ciegos a los diagnósticos de urgencias. Todos los residentes que participaron en la aplicación de la ESA recibieron un adiestramiento que consistía en por lo menos de tres a cinco aplicaciones del instrumento en pacientes que no fueron incluidos en los resultados.

Durante la entrevista para estudiar la confiabilidad interevaluador, estaban presentes: el adolescente, uno de sus padres, generalmente la madre, el tutor cuando así se requería, el residente y el especialista. El especialista o el residente aplicaba la entrevista de manera alternativa, uno a un paciente y el otro al siguiente, ambos se mantenían sin comunicación entre sí, e integraban independientemente los diagnósticos de cada paciente con los resultados de las hojas de respuesta.

Para el estudio de la confiabilidad temporal se les entrevistaba con la ESA, por segunda vez, 7 días (+/- 3) después de la entrevista anterior. Esta la hacía algún residente de tercer año que hubiera recibido adiestramiento, el cual incluía por lo menos cinco aplicaciones previas del instrumento a pacientes que no fueron incluidos en los resultados. El residente que hizo esta segunda evaluación era ciego a los diagnósticos de urgencias y de la valoración previa con la ESA.

La ESA abarca 17 categorías diagnósticas entre las que se incluyen los principales diagnósticos internalizados y externalizados, además de otros padecimientos como esquizofrenia, trastorno bipolar, tics, etc. Decidimos incluir en este informe solamente las principales categorías encontradas y dejar para futuras investigaciones aquellas que, debido a su baja prevalencia y al tamaño de la muestra, pudieran producir sesgos. Para el análisis estadístico se utilizaron las medidas convencionales de tendencia central, y el coeficiente de correlación Kappa de Cohen (40) para los diagnósticos y medidas categóricas. De acuerdo con los criterios internacionales (4, 50), los coeficientes de correlación Kappa se interpretan de la siguiente manera: excelente confiabilidad con $K > 0.75$; buena confiabilidad con K de 0.59 a 0.74; moderada confiabilidad con K de 0.40 a 0.58 y poca confiabilidad con $K < 0.39$.

Resultados

La muestra de la población para el estudio de confiabilidad interevaluador y temporal se integró con 81 y 30 adolescentes, respectivamente. La mayoría de los pacientes (78%) obtuvieron múltiples diagnósticos (2.7 ± 1.2 , rango = 1 a 5).

De los 81 pacientes de la muestra del estudio de confiabilidad interevaluador, 45 (55.5%) eran mujeres y 36 (44.4%) hombres. La media de edad fue de 16.7 años en las mujeres y de 16.8 años en los hombres. La escolaridad, expresada en años cursados a partir del primero de primaria, fue de 10.13 en las mujeres y de 9.5 en los hombres. De los 30 sujetos del estudio de confiabilidad temporal, 18 (60%) eran mujeres y 12 (40%) eran hombres. La media de edad fue de 15.7 en las mujeres y de 16.4 en los hombres. La escolaridad fue de 8.2 en las mujeres y de 7.5 en los hombres (cuadro 1).

CUADRO 1
Características demográficas de la población

	Confiabilidad interevaluador (N = 81)		Confiabilidad temporal (N = 30)	
	Mujeres (N = 45)	Hombres (N = 36)	Mujeres (N = 18)	Hombres (N = 12)
Edad	16.7	16.8	15.7	16.4
Escolaridad	10.13	9.5	8.2	7.5

En estos resultados se incluyeron sólo aquellos diagnósticos que aparecieron con la suficiente frecuencia como para garantizar el análisis Kappa (por lo menos cinco diagnósticos reportados) (4). Los coeficientes de correlación interevaluador de las principales categorías diagnósticas generales fueron los siguientes: trastorno depresivo mayor (TDM) $K = 0.92$, trastorno distímico (TD) $K = 0.81$, trastorno de ansiedad de separación (TAS) $K = 0.74$, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) $K = 0.75$, trastorno de conducta (TC) $K = 0.97$, trastorno desafiante oposicionista (TDO) $K = 0.92$ y abuso de alcohol o sustancias (AAD) $K = 0.90$. Los coeficientes de correlación temporal de las principales categorías diagnósticas fueron: TDM $K = 0.59$, TD $K = 0.40$, TAS $K = 0.58$, TDAH $K = 0.78$, TC $K = 0.85$, TDO $K = 0.51$ y AAD $K = 0.65$ (cuadro 2).

Al agrupar los padecimientos internalizados y externalizados, los coeficientes de correlación interevaluador reportaron un valor $K = 0.82$ y $K = 0.88$, respectivamente, y al agrupar los padecimientos internalizados y externalizados los coeficientes de correlación temporal reportaron un valor $K = 0.52$ y $K = 0.71$, respectivamente. El global para la correlación interevaluador fue de $K = 0.85$ y para la temporal de $K = 0.62$ (cuadro 3).

Al evaluar los índices de correlación de la escala de funcionamiento psicosocial *Life-Mex*, se encontraron coeficientes interevaluador de $K = 0.81$ y de correlación temporal de $K = 0.72$ en la calificación global.

Discusión

En la aplicación de la ESA decidimos implementar una metodología en la que participaban tanto el padre como el adolescente en gran parte de la entrevista. Esta modalidad resultó ser una ventaja más que una desventaja en la recolección de datos, pues se empleó menos tiempo, se logró evaluar la relación entre el adolescente y los padres, así como la calidad de la comunicación entre los mismos; logramos que las diferencias en la información de los síntomas fueran eliminadas en el momento mismo en que se manifestaban durante la entrevista, dejando a un lado el sesgo que se presenta en otros instrumentos, como el K-SADS, el DISC, el CAPA, etc., que cuentan con dos versiones: una para niños-adolescentes y otra para padres, donde el clínico toma la decisión cuando se presenta información controvertida (47, 48).

No videograbamos las entrevistas por dos motivos fundamentales: el primero tiene que ver con las claves que

CUADRO 2
Coefficientes de correlación interevaluador y temporal

	Confiabilidad interevaluador (N = 81)		Confiabilidad temporal (N = 30)	
	Valor Kappa	Valor Z	Valor Kappa	Valor Z
TDM	0.92	75.02	0.59	17.90
TD	0.81	66.49	0.40	12.23
TAS	0.74	61.24	0.58	17.50
TAHA	0.75	61.05	0.78	23.72
TC	0.97	78.80	0.85	17.32
TDO	0.92	78.80	0.51	16.78
AAD	0.90	73.45	0.65	20.84

Todos los valores Z con $P < 0.01$

CUADRO 3
Coefficientes de correlación Kappa interevaluador y temporal por grupos diagnósticos

Diagnósticos	Valor Kappa interevaluador	Valor Kappa temporal
Padecimientos internalizados	0.82	0.52
Padecimientos externalizados	0.88	0.71
Global	0.85	0.62

muestra el entrevistador en el momento de codificar, o el énfasis que pone al corroborar un síntoma, así como las pausas y las frases, con lo que los demás clínicos pueden llegar a un falso acuerdo (25, 26). El segundo motivo tiene que ver con las limitantes económicas. Para el estudio de confiabilidad del ISC (37) se utilizó un modelo de doble entrevistador similar al nuestro.

Las características demográficas de esta población son muy similares en las variables de edad, sexo y escolaridad a los resultados de otras investigaciones dentro de la misma comunidad clínica (16). Resulta particularmente necesario marcar este punto considerando la escolaridad promedio, superior al primer año de secundaria, por arriba de la media nacional, pues una mayor escolaridad facilita la aplicación de la entrevista y la comprensión de las preguntas del instrumento.

Sin duda, las características demográficas de la población son diferentes de las de otros estudios clínicos donde se incluye a niños además de adolescentes, es decir, a menores de 13 años, como en el caso del K-SADS-III-R, cuya media de edad en el estudio de confiabilidad interevaluador fue de 10.9 años (1, 2), o en el del K-SADS-PL, cuya media de edad en el estudio de confiabilidad temporal fue de 12.4 años (31). El acuerdo interinformante (entre padres e hijos) fue mayor entre los sujetos de 14 a 18 años que entre los menores de 14 años, y el acuerdo temporal siempre es

mayor mientras mayor sea la edad de los niños y de los adolescentes (19, 20, 23). En todos los grupos de edad, los padres tienden a reportar más problemas de conducta que sus hijos, mientras que los niños y los adolescentes reportan más síntomas de ansiedad, depresión y de consumo de alcohol y sustancias (13). Durante el desarrollo de las entrevistas fue evidente que algunos adolescentes evitaron hablar sobre sus problemas de conducta, mientras que sus padres sí los mencionaron.

Los coeficientes de correlación interevaluador de las principales categorías diagnósticas internalizadas y externalizadas resultan muy similares entre nuestro instrumento y el K-SADS. La ESA obtuvo: en el TDM 0.92, en el TAS 0.74, en el TDAH 0.75 y en el TDO 0.92. El K-SADS-III-R (1) obtuvo: en el TDM 0.83, en el TAS 0.85, en el TDAH 0.88 y en el TDO 0.89; probablemente nuestro mayor acuerdo en el TDM esté relacionado con la mayor edad promedio de nuestra población y con los criterios confirmatorios para el TDM en la ESA. Estos elementos confirmatorios fueron generados a partir de los criterios diagnósticos de investigación (RDC) (44). Los trastornos de ansiedad presentan rangos muy amplios, ya que se consignan en las investigaciones como "cualquier trastorno de ansiedad", lo que incluye no sólo el TAS, sino también otras patologías, como fobias, angustia, ansiedad generalizada, etc., lo que dificulta compararlas. Al comparar los rangos diagnósticos interevaluador de la ESA, de 0.74 a 0.97, observamos que fueron muy similares a los rangos de la ISC de 0.64 a 1 (37) y del K-SADS de 0.65 a 0.96 (13).

Los coeficientes de correlación temporal de las principales categorías diagnósticas internalizadas y externalizadas resultan muy similares entre nuestro instrumento y el K-SADS (14, 49). La ESA obtuvo en el TDM 0.59, en el TAS 0.58, en el TDAH 0.78, en el TC 0.85 y en el TDO 0.51; el K-SADS-P (14) obtuvo en el TDM 0.54, el K-SADS-PL (31) en cualquier padecimiento de ansiedad 0.80, y en el TDAH 0.63. Al comparar los resultados de la ESA en el TC y en el TDO, con los resultados del CAPA (4), del TC 0.55 y del TDO 0.50 observamos que fueron similares para el segundo pero no para el primero. Estas diferencias están probablemente relacionadas con los patrones de comorbilidad de estos dos padecimientos (7) y la dificultad para obtener su identificación autónoma. Los rangos diagnósticos de la ESA fueron de 0.40 a 0.85 y del K-SADS-P (14) de 0.41 a 0.81, o sea que fueron prácticamente iguales. El coeficiente obtenido por medio de un instrumento estructurado como el DISC 2.1 (30) en cualquier padecimiento ansioso fue de 0.50, valor muy similar al encontrado con la ESA en el TAS.

Al agrupar los padecimientos en internalizados y externalizados en la correlación temporal, obtuvimos un valor moderado y bueno respectivamente. Sin duda, el reconocimiento y la verbalización de las emociones durante la adolescencia es mayor que durante la infancia pero presenta algunas limitantes en su reconocimiento temporal.

La escala de funcionamiento psicosocial *Life-Mex* obtuvo una correlación interevaluador excelente y temporalmente buena. Cada vez resulta más importante codificar la incapacidad funcional que provoca la psico-

patología tanto en los estudios clínicos como en los epidemiológicos, por lo que contar con un índice en esta área facilita la implementación de medidas terapéuticas específicas en el adolescente y, en ocasiones, en la familia. Esta escala *Life-Mex* requiere de un análisis más exhaustivo, por lo que probablemente en el futuro se le hagan modificaciones, para que se pueda evaluar no sólo el funcionamiento psicosocial, sino los elementos de la calidad de vida.

La ESA permite hacer la codificación diagnóstica a lo largo de la vida, sin embargo, hemos decidido dejar para futuras investigaciones, con nuevas versiones del instrumento, el análisis detallado entre el padecimiento actual y las manifestaciones anteriores de psicopatología. Ya se han difundido algunos resultados preliminares en esta área (45).

Se han desarrollado estudios de poblaciones abiertas con la ESA de manera preliminar (22) y probablemente sea necesaria una adaptación o versión epidemiológica más estructurada.

La ESA es el primer instrumento diagnóstico clínico, elaborado en español, que corresponde mundialmente con la taxonomía del DSM-IV (3). Permite un diagnóstico confiable, tanto interevaluador como temporal, por lo que su uso homogeniza las intervenciones clínicas diagnósticas, permite la codificación diagnóstica comórbida y evalúa el funcionamiento general del adolescente de una manera sencilla.

Sin duda, las futuras versiones de la ESA incluirán categorías diagnósticas no consideradas dentro de esta versión de la entrevista, y tendrán que adecuarse a los cambios taxonómicos a los que las obliguen nuevas investigaciones.

REFERENCIAS

1. AMBROSINI PJ, METZ C, PRABUCKI K, LEE JC: Videotape reliability of the third revised edition of the K-SADS. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 28: 723-728, 1989.
2. AMBROSINI PJ: Concurrent validity and psychometric properties of the Beck Depression Inventory in outpatient adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30:51-57, 1991.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Cuarta edición DSM-IV. American Psychiatric Association, Washington, 1994.
4. ANGOLD A, COSTELLO EJ: A test-retest reliability study of child reported psychiatric symptoms and diagnoses using the Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA-C). *Psychological Med*, 25 :755-762, 1995.
5. ANGOLD A, PRENDERGAST A, COX A y cols: The child and adolescent psychiatric assessment, (CAPA). *Psychological Medicine*, 25:739-753, 1995.
6. BIEDERMAN J, FARAONE S, MICK E y cols : Psychiatric comorbidity among referred juveniles with major depression : fact or artifact ? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34 :579-590, 1995.
7. BIEDERMAN J, FARAONE S, MILBERGER S y cols : Is child oppositional defiant disorder a precursor to adolescent conduct disorder ? findings from a four year follow up study of children with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35 :1193-1204, 1996
8. BIEDERMAN J, NEWXORN J, SPRICH S : Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety and other disorders. *Am J Psychiatry*, 148 :564-577, 1991.
9. CAWTHON P, JAMES A, DELL J, SEAGROATT V: Adolescent onset psychosis. A clinical and outcome study. *J Child Psychol Psychiatry*, 35:1321-1332, 1994
10. COSTELLO A, EDELBROCK CS, COSTELLO AJ: Validity of the NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC): a comparison between psychiatric and pediatric referrals. *J Abnorm Child Psychology*, 13:579-595, 1985.
11. COSTELLO AJ : Structured interviewing. En: *Child and Adolescent Psychiatry a Comprehensive Textbook*. Segunda edición, edit. Lewis M., Williams & Wilkins, Baltimore, 1996.
12. COSTELLO AJ : Use of rating scales and questionnaires. En: *Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*. Wiener JM (ed.), American Psychiatric Press, 1991.
13. COSTELLO EJ, ANGOLD A, BURNS BJ y cols : The great smoky mountains study of youth goals, design, methods and the prevalence of DSM-III-R disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 53 :1129-1136, 1996.
14. CHAMBERS W, PUIG-ANTICH J, HIRSCH M y cols: The assessment of affective disorders in children and adolescents by semi-structured interview: test-retest reliability of the schedule for affective disorders and schizophrenia for school age children, present episode version. *Arch Gen Psychiatry*, 42:696-702, 1985.
15. DE LA FUENTE R: Importancia del diagnóstico y de la clasificación en psiquiatría. *Salud Mental* (suplemento 2), 19:1-3, 1996.
16. DE LA PEÑA FR, LARA MC, CORTES J y cols: Traducción al español y validez de la escala de Birlson (DSRS) para el trastorno depresivo mayor en la adolescencia. *Salud Mental* (supl. 3) 19: 17-23, 1996.
17. DE LA PEÑA F, CRUZ-ELIZONDO E, ULLOA RE y cols : Estudio de confiabilidad interevaluador de la Entrevista Semiestructurada para Adolescentes. *Revista de la Facultad de Medicina, UNAM*, 39 (suplemento) (10):16, 1996.
18. DE LA PEÑA F, CRUZ-ELIZONDO E, ULLOA RE y cols: Adolescents semistructured interview : interrater and test-retest reliability. NR40, Annual Meeting, American Psychiatric Association, San Diego, 17 al 22 de mayo de 1997.
19. EDELBROCK C, COSTELLO AJ, DULCAN MK y cols: Age differences in the reliability of the psychiatric interview of the child. *Child Dev*, 56:265-275, 1985.
20. EDELBROCK C, COSTELLO AJ, DULCAN MK y cols: Parent-child agreement on child psychiatric symptoms assessed via structured interview. *J Child Psychol and Psychiatry*, 27:181-190, 1986.
21. ENDICOTT J, SPITZER RL: A diagnostic interview: The schedule for affective disorders and schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 35:837-844, 1978.
22. ESTRADA-AVILES A: Estudio de prevalencia de psicopatología en adolescentes escolares y su relación con bajo aprovechamiento académico, utilizando la Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA). Tesis de Especialidad en Psiquiatría, UNAM, 1998.
23. FALLON T JR, SCHWAB SM : Determinants of reliability in psychiatric surveys of children aged 6-12. *J Child Psychol Psychiatry*, 35:1391-1408, 1994
24. GAMMON GD, JOHN K, ROTHBLUM ED; MULLEN K; TISCHLER GL; WEISSMAN M: Use of a structured diagnostic interview to identify bipolar disorder in adolescent inpatients: frequency and manifestations of the disorder. *Am J Psychiatry*, 140:543-547, 1983.
25. GROVE WM, ANDREASEN NC, MCDONALD-SCOTT P y cols: Reliability studies of psychiatric diagnosis. *Arch Gen Psychiatry*, 38:408-413, 1981.
26. GROVE WM: When is a diagnosis worth making? A sta-

- istical comparison of two prediction strategies. *Psychol Rep.* 69: 3-17, 1991.
27. HERJANIC B, REICH W: Development of a structured psychiatric interview for children: agreement between child and parent on individual symptoms. *J Abnormal Child Psychology*, 10:307-324, 1982.
 28. HERJANIC B, HERJANIC M, BROWN F y cols: Are children reliable reporters? *J Abnormal Child Psychology*, 3:41-48, 1975
 29. HODAGES K, MCKNEW D, CYTRYN L y cols: The child assessment schedule (CAS) diagnostic interview: a report on reliability and validity. *J Am Acad Child Psychiatry*, 21:468-473, 1982.
 30. JENSEN P, ROPER M, FISHER P, PIACENTINI J y cols: Test-retest reliability of the diagnostic interview schedule for children (DISC-2.1). *Arch Gen Psychiatry*, 52:61-71, 1995.
 31. KAUFMAN J, BIRMAHER B, BRENT D, RAO U y cols: Schedule for affective disorders and schizophrenia for school age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36:980-988, 1997.
 32. KOVACS M, GATSONIS C, PAULAUSKAS S y cols: Depressive disorder in childhood. IV longitudinal study of comorbidity with and risk for anxiety disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 46:776-782, 1989.
 33. KOVACS M, AKISKAL HS, GATSONIS C y cols: Childhood-onset dysthymic disorder clinical features and prospective naturalistic outcome. *Arch Gen Psychiatry*, 51:365-374, 1994.
 34. KOVACS M, FEINBERG TL, CROUSE-NOVAC MA y cols: Depressive disorder in childhood. I a longitudinal prospective study of characteristics and recovery. *Arch Gen Psychiatry*, 41:229-237, 1984.
 35. KOVACS M, FEINBERG TL, CROUSE-NOVAC MA y cols: Depressive disorder in childhood. II a longitudinal study of the risk for a subsequent major depression. *Arch Gen Psychiatry*, 41:643-649, 1984.
 36. KOVACS M, OBROSKY S, GATSONIS C y cols: First-episode major depressive and dysthymic disorder in childhood: clinical and sociodemographic factors in recovery. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36:777-784, 1997.
 37. KOVACS M: The Interview Schedule for Children (ISC). *Psychopharmacology Bull.* 21:991-994, 1985.
 38. KUHNE M, SHACHAR R, TANNOCK R: Impact of comorbid oppositional or conduct problems on attention deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36:1715-1725, 1997.
 39. KYE CH, WATERMAN GS, RYAN ND, BIRMAHER B, WILLIAMSON DE, IYENGAR S, DACHILLE S: A randomized, controlled trial of amitriptyline in the acute treatment of adolescent major depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35:1139-1144, 1996.
 40. LANDIS JR, KOCH G: The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33:159-174, 1977.
 41. LARA MC, ORTEGA-SOTO H: ¿La clinimetría o la psicometría? Medición en la práctica psiquiátrica. *Salud Mental*, 18:33-40, 1995.
 42. LARA MC: Evolución histórica de las clasificaciones en psiquiatría. *Salud Mental* (suplemento 2)19:7-10, 1996.
 43. LEWINSOHN PM, ROHDE JR, SEELEY R y cols: Comorbidity of unipolar depression: I mayor depression with dysthymia. *J Abnormal Psychology*, 100:205-213, 1991.
 44. MEIER A: The research diagnostic criteria: historical background, development, validity and reliability. *Can J Psychiatry*, 24:167-178, 1979.
 45. MENDIZABAL RA: Estudio de confiabilidad temporal de la Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA). Tesis de Especialidad en Psiquiatría, Facultad de Medicina, UNAM, México, 1997.
 46. MILBERGER S, BIEDERMAN J, FARAONE S y cols: Attention deficit hyperactivity disorder and comorbid disorders: issues of overlapping symptoms. *Am J Psychiatry*, 152:1793-1799, 1995.
 47. NGUYEN N, WHITTLESEY S, SCIMECA K y cols: Parent-child agreement in prepubertal depression: findings with a modified assessment method. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33:1275-1283, 1994.
 48. NGUYEN N, DAHL RE y cols: 24-hour cortisol measures in adolescents with major depression: controlled study. *Biol Psychiatry*, 30(1):25-36, 1991.
 49. ORVASCHEL H, PUIG-ANTICH J, CHAMBERS W y cols: Retrospective assessment of prepubertal major depression with the Kiddie-SADS-E. *J Am Acad Child Psychiatry*, 21:695-707, 1982.
 50. PAEZ AF, NICOLINI SH: Las entrevistas para el diagnóstico clínico en psiquiatría. *Salud Mental* (suplemento 2), 19:19-25, 1996.
 51. PATIÑO PM: Estudio de confiabilidad interevaluador de la Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA). Tesis de Especialidad en Psiquiatría, Facultad de Medicina, UNAM, México, 1997.
 52. RAO U, RYAN N, BIRMAHER B y cols: Unipolar depression in adolescents: clinical outcome in adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34:566-578, 1995.
 53. ROBERTS N, VARGO B, FERGUSON HB: Measurement of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychiatr Clin North Am*, 12:837-60, 1989.
 54. ROBINS L, HELZER JE, CROUGHAN J y cols: National Institute of Health Diagnostic Interview Schedule; its history, characteristics and validity. *Arch Gen Psychiatry*, 38:381-389, 1981.
 55. SCHOWALTER JE, KING RA: The clinical interview of the adolescent. En: *Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*. Wiener JM (ed.), American Psychiatric Press, 1991.
 56. VASQUEZ-BARQUERO JL, HERRERRA S, GAITE L: La entrevista estructurada en psiquiatría, SCAN. *Asoc Esp Neuropsiquiatría*, 13:19-28, 1993.
 57. YOUNG JG, KAPLAN D, PASCUALVACA D: Psychiatric examination of the infant, child and adolescent. En *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Kaplan HI, Sadock BJ (eds.), Williams and Wilkins, Baltimore, 1995.

Anexo 2

Traducción al español y validez de la Escala de Birmleson (DSRS) para el Trastorno Depresivo Mayor en la Adolescencia

Francisco de la Peña*
Ma. del Carmen Lara*
José Cortés*
Humberto Nicolini*
Francisco Páez*
Luis Almeida*

Summary

Major depressive disorder is the most frequent psychiatric diagnosis among adolescents. It is associated with drug abuse, attention deficit disorder, separation anxiety disorder and suicide. This is the first depression scale that has been validated in Mexico with adolescents. The objective of this study was to determine the construct and external criteria validity for the Birmleson Scale. We included a total of 349 adolescents between 13 and 19 years old, who were assigned into two groups; the first consisted of a group of 138 out-patients and the second consisted of 211, junior high and high school students. All the subjects answered the scale which was previously translated by the double-translation system. The first group was assessed with a DSM-IV semi-structured interview designed *ad-hoc*, which was considered the gold standard. The discrimination item analysis was carried out with the Johnson's extreme group method; multiple comparisons with "t" Student's were also made. We calculated the specificity and the sensibility; a ROC and a factor analysis were constructed for the study. As a diagnostic test, the DSRS reports a sensibility of 87 % and a specificity of 74 % when a cut-off point of 14 was used. The Cronbach's alpha value was 0.85. With just one element the factor analysis explained the 28.8 % of the variance. This scale can be used in clinical and epidemiological investigations of adolescents depression.

Resumen

El trastorno depresivo mayor es la psicopatología más frecuente dentro de la población adolescente y se asocia con padecimientos como la farmacodependencia, el trastorno por déficit de atención, el trastorno de ansiedad de separación y el suicidio. Esta es la primera escala validada en México con esta población. El objetivo del estudio fue realizar la validez de constructo y de criteno externo del instrumento. Se incluyeron en la investigación 349 adolescentes entre los 13 y los 19 años, agrupados en una población clínica de 138 y otra población abierta de 211 sujetos. Todos respondieron la escala previamente traducida con el sistema de doble traductor, y adaptada. La población clínica fue entrevistada utilizando una entrevista semiestructurada diseñada *ad hoc* para la investigación, que

está relacionada con los criterios del DSM-IV, la cual funcionó como el estándar de oro. Se hizo el análisis de discriminación de reactivos utilizando el método de grupos extremos de Johnson, las comparaciones múltiples se llevaron a cabo con t de Student, se calculó la sensibilidad y la especificidad, se construyó la curva ROC y se hizo un análisis factorial. La utilización del DSRS como prueba diagnóstica presentó una sensibilidad de 87 % y una especificidad de 74 % cuando el punto de corte fue 14. El valor alfa de Cronbach fue de 0.85. El análisis factorial explicó con un solo elemento el 28.8 % de la varianza. Esta escala puede ser utilizada de manera amplia en investigaciones clínicas y epidemiológicas para la depresión de los adolescentes.

Introducción

El trastorno depresivo mayor (TDM) en la infancia y en la adolescencia se ha convertido en una de las líneas de investigación más importantes a nivel internacional (25). Esta entidad clínica comparte, junto con el TDM de los adultos, muchas características clínicas (3,36), sin embargo pueden diferenciarse por la duración de los síntomas (30), por la recurrencia de los episodios (32), por las manifestaciones clínicas propias del desarrollo afectivo y del desarrollo en otras áreas (11,18,27) y por la baja respuesta al tratamiento antidepresivo (2,10,15,19,31).

La frecuencia del TDM en la adolescencia aumenta comparativamente con el que se presenta en la infancia. El sexo y la edad se correlacionan para la manifestación de los síntomas depresivos. Prepuberalmente la presentación en niñas y niños es de 1:1, y durante la adolescencia cambia hasta 2:1 (4). Algunos autores han descrito la adrenarquia (aumento de la liberación de andrógenos adrenales que ocurren entre los 6 y los 8 años y que precede aproximadamente en dos años los cambios que se presentan en la pubertad), como uno de los elementos importantes en el inicio de los síntomas depresivos en la pubertad y la adolescencia (6). Otro tipo de variables, como la disfunción familiar, la baja autoestima, la psicopatología en familiares en primero y segundo grado, la comorbilidad con otros

* División de Investigaciones Clínicas, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Calz México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, 14370 México, D F

Correspondencia. Dr. Francisco de la Peña, IMP.

trastornos (distimia, trastornos adaptativos, trastorno por déficit de atención, trastorno de conducta y abuso y dependencia a sustancias) así como el suicidio, se han relacionado con el inicio de la enfermedad a esta edad (13,14,20-22,24,33).

La prevalencia del padecimiento ha sido determinada hasta en el 27 % de los adolescentes que son atendidos en los servicios psiquiátricos (34). En población abierta (estudiantes de secundaria), la prevalencia a lo largo de la vida de la depresión mayor es de 4.0 % (4.5 % en las mujeres y 2.9 % en los hombres), y para la distimia, de 4.9 % (5.3 % en las mujeres y 2.3 % en los hombres) (4).

La observación naturalística del fenómeno depresivo en los niños y en los adolescentes ha permitido establecer su inicio temprano entre los 8 y los 9 años para la distimia y entre los 10 y los 11 años para el TDM. El inicio de la distimia a esta edad es un marcador temprano de episodios depresivos recurrentes en la adolescencia (23).

Las actuales aproximaciones al fenómeno depresivo en la adolescencia consideran la multifactorialidad en la génesis y en la manifestación de la enfermedad. El hecho de conceptualizar la interacción de las variables bioquímicas, experienciales, conductuales y psicológicas ha servido como un marco teórico a las últimas investigaciones, lo que permite observar los aspectos del desarrollo que intervienen en la psicopatología depresiva del adolescente (1,23).

Si consideramos la relevancia del TDM en la adolescencia como una patología grave y como un periodo crítico para el reconocimiento de la sintomatología y el establecimiento terapéutico temprano, resulta importante contar con un instrumento que pueda medir los síntomas, cuantificar la intensidad de la depresión y que sea útil en el seguimiento terapéutico para valorar la respuesta al tratamiento.

Considerando que los estudios de confiabilidad entre los instrumentos aplicados por clínicos o los autoaplicables reportan resultados similares con ambas técnicas, determinamos que los adolescentes de nuestra investigación contestaran un instrumento sencillo y autoaplicable (15).

El objetivo de la investigación fue hacer la traducción y adaptación al español de la Escala de Birleson, y realizar la validez de constructo y de criterio externo del instrumento.

Descripción del instrumento

La Escala de Birleson (*Depresión Self Rating Scale* [DSRS]) fue diseñada para cuantificar la severidad de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes, y puede utilizarse para supervisar la respuesta al tratamiento.

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

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

Diseño del estudio

Proceso de traducción

El primer paso fue hacer la traducción de la escala; se solicitó la autorización del autor, el doctor P Birleson. Posteriormente se obtuvo una primera versión del inglés al español hecha por un traductor independiente. Esta versión se tradujo nuevamente al inglés por otro traductor independiente y se corrigieron y discutieron las discrepancias surgidas durante el proceso de traducción. De esta manera, después de la traducción del inglés al español y del español al inglés, se obtuvo una segunda versión en español que fue la que se aplicó.

Población

Participaron en la investigación 349 adolescentes de 13 a 19 años, agrupados en dos poblaciones: la primera fue la población clínica de 138 sujetos captados en tres instituciones [Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP) N = 65, Instituto Nacional de Cardiología (INC), Servicio de Pediatría N = 19 y Hospital General Gea González (HGGG), Servicio de Dermatología N = 54], y la segunda fue la población abierta de 211 sujetos provenientes de un censo de la escuela secundaria y preparatoria Colegio Franco-Español.

Criterios de inclusión

1. Mujeres y hombres adolescentes entre los 13 y los 19 años cumplidos.
2. Consentimiento por escrito para poder participar.
3. Sujetos que sabían leer y escribir, y que llenaran adecuada y completamente la escala.
4. Sujetos de contacto reciente para la población clínica (48 hrs. después del primer contacto).

Aplicación de la escala

Todos los adolescentes de la población clínica respondieron el instrumento frente a un clínico, quien revisó cada escala con el fin de confirmar el llenado correcto. Cuando el paciente dejaba espacios en blanco se le regresaba el cuestionario para que lo completara; ninguno se negó. A la población abierta se le aplicó en dos días consecutivos: en el primero se aplicó la escala a un solo grupo con el fin de contestar las dudas que tuvieran en el llenado, en el segundo se le aplicó a toda la escuela. Se le dio a cada maestro un número suficiente de escalas para todos los alumnos; ninguno se rehusó a participar. Se excluyeron del estudio cuatro escalas incompletas.

La entrevista a los adolescentes

Después de contestada la Escala de Birleson, y ciegos a los resultados de ésta, los sujetos de la población clínica fueron entrevistados por el investigador principal utilizando una entrevista clínica diseñada *ad hoc* para la investigación, que funcionó como el estándar de oro. Se entrevistó a cada adolescente durante

CUADRO 1
Características demográficas de la población clínica

	Mujeres (N = 60)	Hombres (N = 78)	Total (138)
Edad	16.38 (1.60) (a)	16.35 (1.84) (b)	16.36 (1.73)
Escuela años cursados	9.75 (1.85) (c)	9.14 (1.87) (d)	9.43 (1.88)
a-b: [t(136) = 0.10; ns] c-d: [t(136) = 1.90; P < 0.10]			

Resultados expresados: media (desviación estándar).

cuarenta minutos. La entrevista está elaborada para el establecimiento diagnóstico conforme a los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana en su cuarta edición (DSM-IV) (1), para los siguientes trastornos: depresivo mayor, ansiedad de separación, conducta, déficit de atención, abuso y dependencia a alcohol y sustancias, obsesivo-compulsivo, distimia, adaptativos, esquizofrenia y esquizotípico.

No se exploran los trastornos específicos del desarrollo de manera intencionada; los trastornos específicos de lecto-escritura fueron investigados sólo cuando se reportaba la pérdida de dos o más ciclos escolares por motivos de conducta o problemas académicos. Los pacientes eran valorados como sanos cuando no se encontraba una patología mental específica, sin que se excluyera la posibilidad de una patología dermatológica o cardiológica. Los pacientes detectados con psicopatología en el INC y HGGG fueron enviados a los servicios de psiquiatría de los hospitales. De esta manera, la población clínica se dividió en tres subgrupos, para analizarla. Uno estuvo formado por población clínica deprimida, otro por población clínica sana, y otro más por población clínica con otro padecimiento psiquiátrico que no fuera un TDM.

Análisis estadístico

Se hizo un análisis de discriminación de reactivos utilizando el método de grupos extremos de Johnson (27 % superior; 27 % inferior) empleando la t de Student. Las comparaciones múltiples se llevaron a cabo con t de Student para muestras independientes. La sen-

sibilidad y la especificidad se calcularon de acuerdo con las normas establecidas (26,28,29); además se construyó una curva ROC (*Receiver Operating Controller*) en atención a las recomendaciones para evaluar una prueba diagnóstica (29). Se hizo un análisis factorial para determinar la validez de constructo con los resultados de la muestra de la población clínica

Resultados

La muestra de la población clínica comprendió 138 sujetos de los cuales 60 eran mujeres y 78 hombres, representando el 43.47 % y 56.52 %, respectivamente. Todos los resultados se expresan en medias y desviaciones estándar (DE). La edad de las mujeres fue de 16.38 (1.6) años y la de los hombres de 16.35 (1.84) años; la edad promedio del grupo en conjunto fue de 16.36 (1.73) años. La escolaridad expresada en años cursados fue de 9.75 (1.85) años en las mujeres y de 9.14 (1.87) en los hombres. Las mujeres mostraron una tendencia $P < 0.10$ a mayor escolaridad que los hombres. La escolaridad de ambos grupos fue de 9.43 (1.88) (cuadro 1).

Al analizar las características demográficas de la población clínica por subgrupos diagnósticos se encontraron diferencias significativas entre la edad de los pacientes con TDM 16.43 (1.73) y los sanos 15.43 (1.68), con un valor de $P < 0.01$, y entre el grupo de sujetos sanos 15.43 (1.68) y otro de sujetos con padecimiento psiquiátrico 16.66 (1.74), con un valor de $P < 0.001$. No se encontraron diferencias significativas entre los subgrupos y la escolaridad en años cursados (cuadro 2).

CUADRO 2
Características demográficas de la población clínica por subgrupos

	TDM (N = 41)	Sanos (N = 43)	Otro pad. (N = 54)
Edad	16.43 (1.73) (a)	15.43 (1.68) (b)	16.66 (1.74) (c)
Escuela años cursados	9.58 (2.12) (d)	9.51 (1.72) (e)	9.25 (1.83) (f)
a-b: [t(82) = 2.68; P < 0.01] a-c: [t(93) = 0.64; ns] b-c: [t(95) = 3.51; P < 0.001] d-e: [t(82) = 0.17; ns] d-f: [t(93) = 0.81; ns] e-f: [t(95) = 0.74; ns]			

Resultados expresados: media (desviación estándar)

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

CUADRO 3
Características demográficas de la población abierta

	Mujeres (N = 28)	Hombres (N = 183)	Total (211)
Edad	15.85 (1.65) (a)	15.70 (1.61) (b)	15.76 (1.61)
Escuela años cursados	10.38 (1.29) (c)	9.44 (1.49) (d)	10.5 (-1.4)
a-b: [t(209) = 0.46; ns] c-d: [t(209) = 3.16; P < 0.01]			

Resultados expresados media (desviación estándar).

La muestra de la población abierta comprendió a 211 sujetos de los cuales 28 eran mujeres y 183 hombres, representando el 13.27 % y el 86.72 %, respectivamente. La edad de las mujeres fue de 15.85 (1.65) y la de los hombres, de 15.70 (1.65); la edad promedio del grupo en conjunto fue de 15.76 (1.61). La escolaridad fue de 10.38 (1.29) años en las mujeres y de 9.44 (1.49) en los hombres; las mujeres mostraron una mayor escolaridad $P < 0.01$ que los hombres. La escolaridad de ambos grupos fue de 10.5 (1.4) (cuadro 3).

Las puntuaciones del instrumento, analizadas por sexo, mostraron diferencias significativas en ambas poblaciones, estas diferencias se presentan en el cuadro 4.

Al analizar las puntuaciones medias por subgrupos dentro de la población clínica, se observaron diferencias significativas, $P < 0.001$ en los tres subgrupos: los deprimidos con 18.68 (4.01), los sanos con 8.25 (4.03) y los de otros padecimientos con 13.96 (5.19) (cuadro 5).

Al utilizar el DSRS como prueba diagnóstica se encontró un máximo equilibrio entre sensibilidad y especificidad cuando los puntos de corte fueron entre 14 y 15, como se muestra en el cuadro 6. La figura 1, muestra la curva ROC que corrobora la utilidad del DSRS mostrando el punto más alejado de la línea de no información con los puntos de corte 14 y 15.

La consistencia interna del instrumento se evaluó por medio de la prueba alfa de Cronbach para el grupo de la población clínica con los tres subgrupos, obteniéndose máxima varianza con un valor alfa de 0.85. Para el grupo de población abierta la máxima varianza se obtuvo con un valor alfa de 0.77.

El análisis factorial sólo se hizo para el grupo de población clínica. Se utilizó el método de componentes principales sin rotación, encontrándose un primer

factor que explica el 28.8 % de la varianza total, lo que según el criterio de Armor (7), significa que la escala es unidimensional, es decir, que sólo mide el constructo teórico depresivo.

Discusión

Las características demográficas de nuestra población clínica son comparables para las variables de edad y sexo sólo con la investigación de Ivarsson (16), quien estudió por primera vez, en Europa, con este instrumento, a un grupo de adolescentes. La edad promedio de nuestra investigación es de 16.36 años, discretamente mayor a la del estudio mencionado, que fue de 15.7 años. Probablemente esta diferencia esté relacionada con el hecho de que Ivarsson incluye a adolescentes desde los once años, mientras que nuestro criterio de selección es más estricto al sólo incluir adolescentes desde los trece años.

Es de notarse la diferencia en la relación mujer/hombre dentro de la población clínica; nuestra investiga-

CUADRO 5
Puntuaciones de la escala en la población clínica por subgrupos

Deprimidos (N = 41)	Sanos (N = 43)	Otro pad. (N = 54)
18.68 (4.01) (a)	8.25 (4.03) (b)	13.96 (5.19) (c)
a-b: [t(82) = 11.88; P < 0.001] a-c: [t(93) = 4.82; P < 0.001] b-c: [t(95) = 5.92; P < 0.001]		

Resultados expresados media (desviación estándar)

CUADRO 4
Puntuaciones de la escala en la población clínica y en la abierta

	Mujeres	Hombres	Total
Clínica	15.98 (5.82) (a) (N = 60)	11.74 (5.62) (b) (N = 78)	13.58 (6.07) (N = 138)
Abierta	11.48 (4.77) (c) (N = 28)	9.62 (4.71) (d) (N = 183)	10.29 (4.81) (N = 211)
a-b: [t(136) = 4.32; P < 0.001] c-d: [t(209) = 1.94; P = 0.05]			

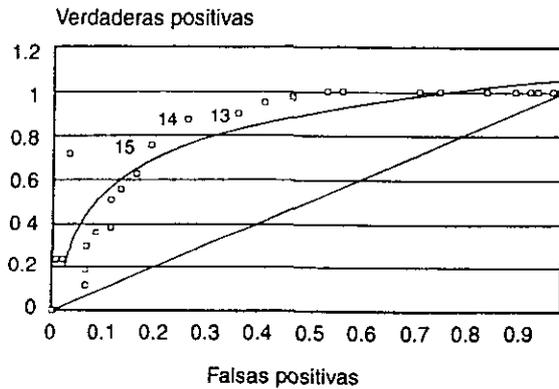
Resultados expresados media (desviación estándar)

CUADRO 6
Escala de Birleson para depresión en adolescentes. Valores de sensibilidad y especificidad

Punto de Corte	Sensibilidad	Especificidad
12	95	59
13	90	64
14	87	74
15	75	81
16	63	84
17	56	87

De la Peña FR, Lara MC y cols. IMP, 1995

Figura 1
Escala de Birlson para Depresión en Adolescentes
Curva ROC



Validación mexicana de la escala de DSRS en adolescentes IMP, 1995.

ción obtuvo una relación de 60/78, mientras que la del estudio de Ivarsson (16) fue de 67/31. Si bien el número de mujeres es similar, el número de hombres es superior al doble. Probablemente esto se deba al tipo de muestra seleccionada, es decir, incluimos en esta investigación a sujetos provenientes de tres diferentes instituciones por lo que en el futuro será necesario analizar más detalladamente los resultados y determinar la proporción específica de los pacientes dermatológicos, cardiológicos o psiquiátricos.

Las otras investigaciones sobre el instrumento que incluyen poblaciones clínicas abarcan muestras que, comparadas con la nuestra $N = 138$ y con la de Ivarsson $N = 110$, resultan pequeñas y con menos potencia estadística. La muestra original de Birlson se basó en una $N = 34$ (8), y el segundo trabajo del mismo autor, en una $N = 55$ (9). Debe mencionarse que estas últimas dos investigaciones se hicieron en poblaciones infantiles, y no en adolescentes. Probablemente sea importante hacer notar que para utilizar este instrumento en los niños no se hicieron modificaciones, excepto en el reactivo cuarto, en el que se pregunta si le gusta salir a jugar, en lugar de preguntarle si le gusta salir con sus amigos.

Encontramos diferencias significativas en nuestra investigación en lo que respecta a la edad de los subgrupos de la población clínica: entre los deprimidos vs los portadores de otro padecimiento $P < 0.01$, y en los sanos vs los portadores de otro padecimiento $P < 0.001$. Estas diferencias que señalan a los sujetos sanos como el grupo más joven, requiere de un análisis más detallado para poder evaluar los aspectos clínicos que pudieran ser prodrómicos y no estuvieran considerados dentro de la taxonomía utilizada (DSM-IV), o bien, periodos de ventana dentro de las manifestaciones clínicas del fenómeno depresivo o de otros padecimientos durante la infancia y la adolescencia, descritos ya por otros autores (23,32), y que resulta indispensable considerar.

Las características demográficas de nuestra población abierta son marcadamente diferentes a las del estudio de Ivarsson. La relación mujer/hombre en los estudios fue de 28/183 y de 288/214, respectivamente. Es obvio que existe una diferencia en el tamaño de la

muestra; nosotros sólo estudiamos la población de una escuela, mientras que Ivarsson (16) estudió la de tres diferentes instituciones; además cabe observar las diferencias en la relación mujer/hombre dentro de nuestra muestra, en la que la cantidad de hombres es aproximadamente seis veces superior a la de las mujeres. Esta característica demográfica probablemente influya en los resultados si consideramos la tendencia de las mujeres a reportar puntuaciones superiores, lo que ya se ha descrito en diferentes publicaciones (5,17). Por consiguiente, si esta limitante reduce las posibilidades de manejar la información normativa en nuestra investigación, será necesario en futuros estudios ampliar las muestras de población abierta y determinar nuevos comportamientos del instrumento.

El nivel de escolaridad fue valorado tanto en nuestra población clínica como en la abierta, y las diferencias $P < 0.001$ entre mujeres y hombres podría interpretarse en ambos casos como una característica cultural o social que requiere investigarse más.

Debe observarse que nuestras puntuaciones de la población clínica son muy similares a las reportadas por Ivarsson en su investigación (16). En el grupo de deprimidos obtuvo 18.7 y en el de no deprimidos, 14.5; nuestras puntuaciones para el grupo de deprimidos fue de 18.68 y para el de no deprimidos o sujetos con otro padecimiento fue de 13.96. La gran similitud encontrada ofrece una gran seguridad en la utilización del instrumento, así como estabilidad transcultural que puede ser un elemento fundamental para la comparación de resultados en investigaciones diversas dentro del área de los fenómenos depresivos. Debe observarse, sin embargo, que las diferencias por sexo, con puntuaciones mayores para las mujeres, reportadas por Ivarsson (16), no son las mismas que las que encontramos nosotros, mientras que él sólo indica una tendencia $P < 0.10$, nuestras investigaciones encontraron importantes diferencias tanto en el grupo de población clínica $P < 0.001$ como en el grupo de población abierta $P < 0.05$, lo que está en relación más estrecha con otras investigaciones (5,17).

La sensibilidad y la especificidad con el mismo punto de corte es diferente en nuestra población que en las reportadas por todas las demás investigaciones, empero, ninguna de ellas tiene entre sí resultados muy semejantes. Con un punto de corte de 15, obtuvimos una sensibilidad de 75 % y una especificidad de 81 %. Ivarsson (16) obtuvo con el mismo punto de corte una sensibilidad del 69 % y una especificidad del 57 %, estas diferencias asociadas con las características del abordaje diagnóstico probablemente nos favorecen, y permiten, tomando el punto de corte que convenga, utilizar el instrumento no sólo en estudios clínicos, sino también en investigaciones epidemiológicas orientadas al diagnóstico temprano y al tratamiento oportuno, como se ha hecho con otros instrumentos (12).

Respecto al abordaje diagnóstico, debe mencionarse que ésta es la primera investigación que utiliza los criterios diagnósticos del DSM-IV en la valoración de los pacientes, lo que sin duda modificó el establecimiento diagnóstico para los padecimientos comórbidos, como el déficit de atención, los trastornos de la conducta, etc., que fue diferente a la investigación de Ivarsson (16),

quien utilizó los del DSM-III. Este autor no entrevistó a los sujetos con un instrumento semiestructurado como nuestro listado de preguntas, hecho que probablemente nos otorgue una mayor capacidad diagnóstica. La confiabilidad interevaluador que Ivarsson (16) desarrolló en su investigación, es una limitante en nuestro proceso diagnóstico. Las otras investigaciones del DSRS han utilizado los criterios operacionales ya descritos por Birlson (8) o bien los de la ICD-9 (14).

Finalmente, cabe destacar que la consistencia interna en ambas investigaciones, la nuestra y la de Ivarsson (16), muestra un alfa de Cronbach similar. La nuestra 0.85, mientras que la de ellos 0.90.

Aún queda por determinar en futuros análisis la validez concurrente que hemos buscado con la Escala de Beck y que será objeto de investigaciones posteriores. Igualmente, queda para futuras publicaciones determinar las diferencias interinstitucionales en el comportamiento del instrumento.

Podemos concluir que la Escala de Birlson (DSRS) es un instrumento que puede ser útil en las investiga-

ciones clínicas y epidemiológicas para el TDM en la adolescencia. Permite distinguir claramente los grupos de pacientes deprimidos de aquellos que padecen otra enfermedad o son sintomáticos psiquiátricamente. Si bien la información normativa del instrumento, obtenida en una escuela secundaria y preparatoria, nos ofrece puntuaciones similares a las del grupo que tiene otro padecimiento psiquiátrico, no merma su valor, pues esto se debe a la falta de discriminación de los posibles casos y evalúa de manera global las características de la población.

Agradecimientos

Agradecemos la participación de las diferentes autoridades, médicos y enfermeras del Hospital General Manuel Gea González, del Instituto Nacional de Cardiología, del Instituto Mexicano de Psiquiatría y del Colegio Franco-Español por las facilidades prestadas. Además a los doctores Elizabeth Brunner, Manuel Sánchez de Carmona, Jaime López, Fernando Coello, Jorge Peña y David Silva.

REFERENCIAS

- AKISKAL H, WILLIAM MD y cols.: Overview of recent research in depression. *Arch Gen Psychiatry*, 32:285-305, 1975
- AMBROSINI PJ, BIANCHI MD, METZ C y cols.: Evaluating clinical response of open nortriptyline pharmacotherapy in adolescent major depression. *J Child Adolesc Psychopharmacology*, 4:223-244, 1994.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Cuarta edición. Washington, 1994.
- ANGOLD A. Childhood and adolescent depression I. epidemiological and aetiological aspects. *British J Psychiatry*, 152:601-607, 1988
- ANGOLD A, WEISSMAN MM, HOHN K y cols.: The effects of age and sex on depression ratings in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30:67-74, 1991
- ANGOLD A, WORTHMAN CW: Puberty onset of gender differences in rates of depression: A developmental, epidemiologic and neuroendocrine perspective. *J Affective Disorders*, 29 145-158, 1993.
- ARMOR DJ: Theta Reliability and Factor Scales. En: Costner HL (ed.) *Sociological Methodology*. Jossey-Bays. San Francisco, 1973-74.
- BIRLESSON P: The validity of depressive disorder in childhood and the development of a Self Rating Scale: A research report. *J Child Psychol Psychiatry*, 22:73-88, 1980.
- BIRLESON P, HUDSON I y cols.: Clinical evaluation of a Self-Rating Scale for Depressive Disorder in Childhood (Depression Self-Rating Scale). *J Child Psychol Psychiatry*, 28:43-60, 1987.
- BOULOS C, KUTCHER S, MARTON P y cols.: Response to desipramine treatment in adolescent major depression. *Psychopharmacology Bull*, 27:59-65, 1991.
- CARLSON G, KASHANI J: Phenomenology of major depression from childhood through adulthood: Analysis of three studies. *Am J Psychiatry*, 145:1222-1225, 1988.
- CLARKE GN, HAWKINS W, MURPHY M y cols.: Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: A randomized trial of a group cognitive intervention. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34:312-321, 1995
- EVANS DW, BRODY L, NOAM GG: Self-perceptions of adolescents with and without mood disorder content and structure. *J Child Psychol Psychiat*, 36 1337-1351, 1995.
- FLEMING J, OFFORD DR: Epidemiology of childhood depressive disorders: A critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29:571-580, 1990
- GELLER B, COOPER TB, GRAHAM D y cols.: Double-blind placebo-controlled study of nortriptyline in depressed adolescents using a fixed plasma level design. *Psychopharmacology Bull*, 26:85-90, 1990.
- IVARSSON T, LEDBERG A y cols.: The Birlson Depression Self-Rating Scale (DSRS) clinical evaluation in an adolescent inpatient population. *J Affective Disorders*, 32:115-125, 1994.
- KANDEL DB, DAVIES M: Epidemiology of depressive mood in adolescents. *Arch Gen Psychiatry*, 39:1205-1212, 1982
- KOTSOPoulos S: Phenomenology of anxiety and depressive disorders in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of N Am*, 12:803-813, 1989
- KUTCHER S, BOULOS C, WARD B y cols.: Response to desipramine treatment in adolescent depression: A fixed-dose, placebo-controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33:686-694, 1994.
- KOVACS M, FEINBERG TL y cols.: Depressive disorders in childhood I: A longitudinal prospective study of characteristics and recovery. *Arch Gen Psychiatry*, 41:229-237, 1984.
- KOVACS M, FEINBERG TL y cols.: Depressive disorders in childhood II. A longitudinal study of the risk for a subsequent major depression. *Arch Gen Psychiatry*, 41:643-649, 1984.
- KOVACS M, GATSONIS C y cols.: Depressive disorders in childhood IV: A longitudinal study of comorbidity with and risk for anxiety disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 46:776-782, 1989.
- KOVACS M, AKISKAL H y cols.: Childhood-onset dysthymic disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 51:365-374, 1994.
- LEWINSOHN PM, GOTLIB IH, SEELY JR. Adolescent psychopathology IV: Specificity of psychosocial risk factors for depression and substance abuse in older adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34:1221-1229, 1995.
- MCD J: Major research advances. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34:10, 1995.
- METZ CE: Basic principles of ROC analysis. *Sem Nuclear Méd*, 8:283-298, 1983.
- MITCHELL J, McCAULEY E, BURKE P, MOSS S: Phenomenology of depression in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 27:12-20, 1988.

- 28 MURPHY JM, BRWIK DM y cols: Performance of Screening and Diagnostic Test. *Arch Gen Psychiatry*, 44 550-555, 1987.
- 29 NIEREMBERG AA, FEINSTEIN AR. How to Evaluate a Diagnostic Marker Test, *JAMA*, 259:1699-1702, 1988.
30. POZNANSKY E: The clinical phenomenology of childhood depression. *Am J Orthopsychiatry*, 52.308-313, 1982.
- 31 PUIG-ANTICH J, PEREL JM, LUPATKIN W y cols.: Imipramine in prepubertal major depressive disorder *Arch Gen Psychiatry*, 44:81-89, 1987.
32. RAO U, RYAN N, BIRMAHER B y cols.: Unipolar depression in adolescents: Clinical outcome in adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34:566-578, 1995
- 33 ROBERTS R, CHEN YW: Depressive symptoms and suicidal ideation among Mexican-origin and Anglo adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34 81-90, 1995
- 34 ROBBINS DR, ALESSI EN y cols: The Use of the Research Diagnostic Criteria (RDC) for depression in adolescent psychiatric inpatients. *Am J Acad Child Adolesc Psychiatry*, 21:251-255, 1982
35. SHAIN BN, NAYLOS M, ALESSI N: Comparison of self-rated and clinician-rated measures of depression in adolescents. *Am J Psychiatry*, 147 793-795, 1990
- 36 WELLER E, WELLER R: Mood disorders En *Child Adolescent Psychiatry a Comprehensive Textbook*. Lewis M (ed.) William & Wilkins, Baltimore, 1991

**Anexo
DSRS**

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

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

IMP 1995

Los Centros de Información en Farmacodependencia del Instituto Mexicano de Psiquiatría, ponen a disposición del personal que aquí labora, y del público en general, un directorio de organizaciones dedicadas a la atención e investigación del alcoholismo, el tabaquismo, la farmacodependencia y otras adicciones. Estas organizaciones son tanto públicas como privadas y se localizan principalmente en el Distrito Federal. Se incluyen en este directorio sus principales funciones (asistenciales, terapéuticas, rehabilitadoras, preventivas, de formación de recursos humanos, etc.).

El directorio puede ser consultado de 8:30 a 15:30 horas de lunes a viernes en los Centros de Información de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales, en la sede del IMP.

Anexo 3

Registro de efectos colaterales para adolescentes (RECA). Descripción y validez del instrumento

Francisco de la Peña*
Arturo López-Bastidas*
José Cortés*
Rosa E. Ulloa*

Summary

The evaluation of somatic and side effects symptoms in adolescents is very important in the clinical practice. The manifestation of several somatic symptoms associated with different mental disorders is common in this group thus confusing the clinician in the interpretation of the psychopharmacological side effects. This investigation describes the characteristics of the RECA and part of its validity process. We evaluated 150 adolescents from which 135 completed the report. The factor analysis discriminated 3 item groups which were named as follows: somatic, gastrointestinal and miscellaneous. The Cronbach alpha of the scale was 0.91. This is the first report of a side effects scoresheet in Spanish for adolescents.

Key words: Side effects, somatic, adolescents

Resumen

La evaluación de los síntomas somáticos y el registro de los efectos colaterales es fundamental en la evaluación psicopatológica de los adolescentes, pues es común que esta población presente algunos de los síntomas somáticos que acompañan a los trastornos mentales, y que se confunden con los efectos colaterales que producen los psicofármacos. Esta investigación describe el RECA, y su objetivo fue lograr la validez de constructo en una población clínica. Se evaluaron 150 adolescentes, de los cuales se analizaron los reportes completos de 135. El análisis factorial integró tres factores que se denominaron: somático, gastrointestinal y misceláneo. El alfa de Cronbach obtuvo un valor de 0.91. Este es el primer estudio sobre síntomas somáticos y de un registro de efectos colaterales en español, útil en la evaluación clínica de los adolescentes.

Palabras clave: Efectos colaterales, somáticos, adolescentes.

Introducción

El registro y la evaluación de los efectos colaterales de la farmacoterapia entre los adolescentes ha sido un área de investigación relacionada no sólo con los problemas del apego al tratamiento de este grupo, sino

* Clínica de Adolescentes. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Calz. México-Xochimilco, 101, S. Huipulco, 14370 México, D.F. adolesc@imp.edu.mx

también con el registro de los síntomas, que incluyen manifestaciones somáticas, gastrointestinales y genitourinarias, entre otras, que aquejan al paciente desde antes de cualquier intervención farmacológica. Rollman y cols (13) estudiaron a un grupo de pacientes con trastorno depresivo mayor (TDM), en quienes se evaluaron los síntomas somáticos antes de iniciar el tratamiento farmacológico, utilizando la Escala de Síntomas Somáticos, y encontraron que 54 % de los pacientes presentaban sed, 51 % palpitaciones y 48 % resequead de la boca, aun antes de que se les empezara a dar antidepresivos.

Estos síntomas somáticos se presentan generalmente en padecimientos como el TDM, la distimia y, particularmente, en los diferentes trastornos de ansiedad, como el trastorno de ansiedad por separación en los niños y en los adolescentes (2). Estos síntomas que acompañan al padecimiento internalizado desaparecen junto con éste. Es menos común que los niños y los adolescentes con padecimientos externalizados presenten estos síntomas somáticos.

En estudios longitudinales prospectivos de pacientes con depresión moderada y severa, comparados con sujetos sanos, se ha podido demostrar que los primeros tienen hasta cinco veces más riesgo de presentar cefalea o dolor de cuello en las evaluaciones subsecuentes hasta tres años después (15).

En la evaluación psiquiátrica la queja principal de los pacientes es la manifestación de síntomas somáticos relacionados con diferentes estresores psicosociales. En una investigación sobre adolescentes camboyanos que vivían en campos de refugiados, se encontró que las quejas somáticas, evaluadas por medio de las escalas *Child Behavior Checklist* (CBCL) y *Youth Self-Report* (YSR), eran las manifestaciones más frecuentes (12). Las quejas somáticas fueron también los síntomas con mayor frecuencia reportados en mujeres jóvenes que habían sido víctimas de abuso sexual (14).

En la bibliografía se describe el dolor abdominal recurrente (DAR) en los niños y en los adolescentes. Esta

categoría diagnóstica se integra cuando se han presentado por lo menos tres episodios en tres meses. El DAR se codifica en el DSM-IV, dentro de los trastornos somatoformes, como un trastorno del dolor con factores psicológicos (9).

Los instrumentos más comunes para la evaluación de los síntomas somáticos en la población adolescente son: el *Hopkins Symptom Checklist* (HSCL-90) (6, 7), el *Young Adult Self Report* (YASR) (1) y el *Side Effects Scoresheet* (SES) (3). El HSCL90, está integrado por cinco factores, uno de los cuales es el factor somático, que incluye los siguientes reactivos: cefalea, mareos, dolores en el pecho o en el cuello, baja de energía, dolores en la espalda, dolores musculares, problemas para respirar, sensación de frío o de calor, falta de sensibilidad en algunas partes del cuerpo, un nudo en la garganta, debilidad en algunas partes del cuerpo y sensación de pesadez en las piernas o en los brazos (6). El YASR es un instrumento que cuenta con 16 reactivos que evalúan el funcionamiento social, y 110 reactivos que codifican los problemas emocionales y de conducta así como los síntomas somáticos (1). El SES está integrado por 26 reactivos que evalúan diferentes áreas, como la gastrointestinal, la genitourinaria y la dermatológica, además de diversos dolores en el cuerpo, entre otras áreas (3). Estos instrumentos se han utilizado en diferentes investigaciones para evaluar la psicopatología de los adolescentes, y en ensayos farmacológicos en los que se evalúan los efectos colaterales de los medicamentos (8, 10, 11, 16).

El SES se utilizó en una investigación de adolescentes deprimidos, quienes contestaron este autregistro antes de recibir tratamiento con 200 mgs/día de desipramina o placebo durante seis semanas. Todos los adolescentes, tanto los que recibieron desipramina como los que recibieron placebo, obtuvieron una puntuación menor en el registro final; sin embargo, los que recibieron placebo obtuvieron una calificación significativamente menor que la del grupo que tomó la desipramina (10). Parece que hay otras variables, además del tratamiento farmacológico, que participan en la reducción de estos síntomas somáticos.

Resulta fundamental para la investigación con psicofármacos en los niños y los adolescentes contar con instrumentos que evalúen el estado de los síntomas somáticos antes de iniciar el tratamiento, durante éste, y al final del mismo, por lo que se justifica el desarrollo en español de un instrumento de este tipo, y su validación.

El objetivo de esta investigación fue el determinar el comportamiento de un instrumento de registro de los efectos colaterales de una muestra de población clínica, mediante su validación de constructo.

Descripción del instrumento

El RECA se desarrolló en la Clínica de Adolescentes del Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP) mediante el proceso de doble traducción de la versión original en inglés del SES, adaptada al lenguaje coloquial de los adolescentes de la ciudad de México (3).

El RECA es un instrumento de autregistro integrado por 26 reactivos y dos opciones para registro de síntomas personalizados, que se califica de acuerdo

con las manifestaciones clínicas experimentadas durante la última semana, y que el adolescente debe calificar del 0 al 4 para nunca o siempre, respectivamente. Se contesta entre 5 a 7 minutos.

Evalúa los siguientes síntomas: Cardiovasculares: me late muy fuerte el corazón, me late muy rápidamente el corazón. Gastrointestinales: tengo diarrea, se me seca la boca. Neurológicos: siento que el cuarto me da vueltas, me hormiguean los pies y las manos. Dolorosos: me duele la panza; entre otros. Anexo I.

Metodología

El instrumento se le aplicó a adolescentes entre 12 y 19 años, que hablaban fluidamente el español y que sabían leer y escribir. Estos pacientes fueron evaluados consecutivamente conforme acudían a su primera entrevista en la Clínica de Adolescentes del IMP. Después de que aceptaron participar en la investigación dando su consentimiento informado, respondían el RECA y dos instrumentos que evaluaban la severidad de la depresión; posteriormente se les aplicó la Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA) (4) para establecer el diagnóstico.

El análisis estadístico se llevó a cabo por medio de un análisis factorial por componentes principales, con rotación varimax y la determinación de comunalidad por mínimos cuadrados.

CUADRO I
Reactivos del RECA por su integración factorial somático gastrointestinal misceláneo

	<i>Somático</i>	<i>Gastrointestinal</i>	<i>Misceláneo</i>
1	*		
2	*		
3	*		
4	*		
5		*	
6	*		
7			*
8	*		
9	*		
10	*		
11	*		
12			*
13			*
14		*	
15		*	
16		*	
17	*		
18			*
19		*	
20		*	
21			*
22			*
23	*		
24			*
25			*
26			*

Resultados

De los 150 sujetos a quienes se les aplicó el RECA, 137 contestaron todas las preguntas. Los 13 que lo devolvieron incompleto fueron excluidos del estudio. La edad promedio de la muestra fue de 16.3 años, y se constituyó por 74 (54.1 %) hombres y 63 (45.9 %) mujeres. Los diagnósticos principales y la frecuencia con la que ocurrieron fueron: trastorno depresivo mayor: 56 (41.4 %), trastorno distímico: 17 (5.1 %), trastorno por déficit de atención: 15 (11.1 %), trastorno de conducta, trastorno desafiante-oposicionista y abuso/dependencia a sustancias: 8 (5.9 %), trastorno por fobia específica: 5 (3.7 %), trastorno de ansiedad generalizada: 4 (2.9 %), trastorno bipolar y trastorno de ansiedad por separación: 3 (2.2%), trastorno de alimentación y esquizofrenia: 2 (1.4 %) y trastorno obsesivo compulsivo: 1 (0.7 %). Dos de los sujetos (1.4 %) fueron evaluados como sanos, sin diagnóstico psiquiátrico.

Al hacer el análisis factorial de los 137 instrumentos que respondieron, se identificaron 3 factores que explicaron 93.6 % de la varianza común. El primer factor explicó 18 % de la comunalidad y se integró por reactivos como: problemas para dormir, taquicardia, mareos, comezón, etc., por lo que lo denominamos como factor somático. El segundo factor explicó 10 % de la comunalidad y se integró por reactivos como: estreñimiento, diarrea, náuseas, vómitos, etc., por lo que lo denominamos como factor gastrointestinal. El tercer factor explicó 13 % de la comunalidad y se integró por reactivos, como: ver borroso, ver doble, calambres en las noches, sudar mucho, etc., por lo que lo denominamos factor misceláneo. El conjunto de los reactivos y su integración por factores se muestra en el cuadro 1.

La consistencia interna del instrumento, medida en su conjunto por medio del alfa de Cronbach, fue de 0.91 con un error del 9%.

Discusión

Esta es la primera versión en español de un instrumento para adolescentes, específicamente diseñado para la evaluación de síntomas somáticos y el auto-registro de los efectos colaterales.

Las características demográficas de la población eran similares a las de otras investigaciones provenientes con sujetos clínicos de la misma fuente (5). Llama la atención que, independientemente del diagnóstico internalizado o externalizado, los adolescentes manifiestan, como parte del espectro sintomatológico, estos síntomas que hemos denominado "somáticos", pero

que incluyen áreas específicas, como la gastrointestinal, la genitourinaria o la dermatológica. Será necesario analizar en el futuro los espectros sintomatológicos somáticos por padecimientos o dimensiones diagnósticas específicas. En esta muestra, más de 50 % de la población obtuvo, como diagnóstico principal, el trastorno depresivo mayor o distimia.

Como se mencionó, la validez de constructo de este instrumento solamente se estudió en la población clínica psiquiátrica, por lo que existen limitaciones para generalizar sus resultados a la población abierta. También deberá demostrarse su capacidad de discriminación entre las poblaciones clínicas no psiquiátricas de adolescentes, como se ha hecho con otros instrumentos (5).

El análisis factorial agrupó los reactivos en 3 factores. De acuerdo con su contenido, decidimos dividirlos, como se ha señalado, en somáticos, gastrointestinales y misceláneos, aunque reconocemos que el factor misceláneos podrá modificar su denominación en análisis posteriores. El factor 1, o somático, comprende la sintomatología general de los pacientes que toman antidepressivos tricíclicos. El factor 2, o gastrointestinal, incluye la sintomatología que se ha observado con frecuencia al utilizar los inhibidores de la recaptura de serotonina. El factor 3, o misceláneo, se denominó así porque en él se encuentran reactivos que no pertenecen a un grupo homogéneo de síntomas, e incluye los síntomas "inquietud" y "visuales". Debe enfatizarse que todos los pacientes se encontraban sin tratamiento cuando contestaron el instrumento. El reactivo 16, "problemas para orinar", fue bastante inespecífico y no tuvo la fuerza estadística suficiente para pertenecer a alguno de los otros tres factores. Cuando los reactivos tienen estas características se puede evaluar la conveniencia de eliminarlo de la escala, ya que no es útil para el conjunto de los otros elementos; empero, lo incluimos en el factor 2.

La consistencia interna del instrumento fue excelente, con un valor alfa de Cronbach de 0.91.

Como había sido reportado previamente (3,10), esta investigación corrobora que los adolescentes presentan diferentes síntomas somáticos antes de recibir cualquier tipo de tratamiento, e independientemente del diagnóstico principal. Estos mismos estudios identificaron una disminución significativa de los síntomas después del tratamiento específico.

La presencia de síntomas somáticos no es extraña entre la población clínica adolescente, y es una prioridad para el especialista identificar este espectro sintomatológico, atenderlo y considerarlo al evaluar los denominados síntomas colaterales de los psicofármacos.

REFERENCIAS

1. ACHENBACH TM, EDELBROCK C: *Manual for the Youth Self-Report and Profile*. Burlington VT (ed). Department of Psychiatry, University of Vermont, 1987.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Cuarta edición (DSM-IV). American Psychiatric Association, Washington, 1994.
3. BOULUS C, KUTCHER S, MARTON P y cols: Response to desipramine treatment in adolescent major depression. *Psychopharmacology Bull*, 27:59-65, 1991.
4. DE LA PEÑA F, CRUZ-ELIZONDO E, ULLOA RE y cols: Estudio de confiabilidad interevaluador de la Entrevista Semiestructurada para Adolescentes. *Revista de la Facultad de Medicina*, UNAM, 39 (suplemento) 1:16,1996.
5. DE LA PEÑA F, LARA MC, CORTES J y cols: Traducción al español y validez de la Escala de Birlson (DSRS) par el trastorno depresivo mayor en la adolescencia. *Salud Mental*, 19(supl):17-23,1996.
6. DEROGATIS LR, LIPMAN RS, COVI L y cols: The SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale. *Psychopharmacol Bull*, 9:13-28, 1973.

7. DEROGATIS LR, LIPMAN RS, RICKELS K y cols: The Hopkins Symptom Checklist (HSCL) a self report symptom inventory. *Behavioral Science*, 19:1-15, 1974.
8. FERDINAND RF, VERHULST FC: The prediction of poor outcome in young adults: comparison of the Young Adult Self-Report, the General Health Questionnaire and the Symptom Checklist *Acta Psychiatr Scand*, 889:405-410, 1994.
9. GOLDBERG IS, GABRIEL HP: Recurrent nonorganic abdominal pain: current concepts. En. *Child and Adolescent Psychiatry a Comprehensive Textbook*, Lewis M (ed), segunda edición, 1054-1058, 1996.
10. KUTCHER S, BOULUS C, WARD B y cols: Response to desipramine treatment in adolescent depression: a fixed-dose, placebo-controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33:686-694, 1994.
11. MEIJER A, ZAKAY-RONES Z, MORAG A: Post-influenzal psychiatric disorder in adolescents. *Acta Psychiatr Scand*, 78:176-181, 1988.
12. MOLLICA RF, POOLE C, SON L, MURRAY CC, TOR S: Effects of war trauma on Cambodian refugee adolescents' functional health and mental health status. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36:1098-1106, 1997.
13. ROLLMAN BL, BLOCK MR, SHULBERG HC y cols: Symptoms of major depression and tricyclic side effects in primary care patients. *J Gen Intern Med*, 12:284-291, 1997.
14. SPRINGS FE, FRIEDRICH WN: Health risk behaviors and medical sequelae of childhood sexual abuse. *Mayo Clin Proc*, 67:527-532, 1992.
15. VON KORFF M, LE RESCHE L, DWORKIN SF y cols: First onset of common pain symptoms: a prospective study of depression as a risk factor. *Pain*, 55:251-258, 1993.
16. WIZNITZER M, VERHULST FC, VAN DEN BRINK W y cols: Detecting psychopathology in young adults : the Young Adult Self Report, the General Health Questionnaire and the Symptom Checklist as screening instruments. *Acta Psychiatr Scand*, 86:32-37, 1992.

ANEXO I
Registro de los efectos colaterales de los adolescentes.
Instituto Mexicano de Psiquiatría

Nombre: _____ Expediente: _____

Fecha: _____ Día del estudio: _____ No. de estudio: _____

Instrucciones:

Marca con una "X" el número que mejor describa cómo te sentiste la última semana, contesta todas no hay buenas ni malas.

	Nunca	1	2	3	4
Tengo problemas para dormir	0	1	2	3	4
Me late rápidamente el corazón	0	1	2	3	4
Me late muy fuerte el corazón	0	1	2	3	4
Me siento mareado	0	1	2	3	4
Siento que el cuarto me da vueltas	0	1	2	3	4
Me siento tenso por dentro	0	1	2	3	4
Me siento inquieto	0	1	2	3	4
Se me duermen los pies y las manos	0	1	2	3	4
Me hormiguean los pies y las manos	0	1	2	3	4
Pierdo el equilibrio	0	1	2	3	4
Se me seca la boca	0	1	2	3	4
Veo borroso	0	1	2	3	4
Veo doble	0	1	2	3	4
Estoy estreñido	0	1	2	3	4
Tengo diarrea	0	1	2	3	4
Me esfuerzo para poder orinar	0	1	2	3	4
Tengo comezón	0	1	2	3	4
La luz me lastima los ojos	0	1	2	3	4
Tengo nauseas	0	1	2	3	4
Tengo vómito	0	1	2	3	4
No tengo apetito	0	1	2	3	4
Me duele la panza	0	1	2	3	4
Estoy somnoliento	0	1	2	3	4
Me dan calambres en las noches	0	1	2	3	4
Sudo mucho	0	1	2	3	4
Tengo temblor	0	1	2	3	4
Otro: _____	0	1	2	3	4
Otro: _____	0	1	2	3	4