

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRIA Y
SALUD MENTAL**

FACULTAD DE MEDICINA

**“COMPORTAMIENTO DE LA SINTOMATOLOGIA PSIQUIATRICA DESDE LA
EDAD DE APARICION HASTA SU CLASIFICACION EN DIAGNOSTICOS
CATEGORICOS Y SINDROMATICOS EN UNA MUESTRA DE
ADOLESCENTES”**

T E S I S

QUE PRESENTA:

FRANCISCO JAVIER HEREDIA QUINTERO

PARA OBTENER EL TITULO DEL:

CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA

ASESORES DE TESIS:

Dra. Rosa Isela Mézquita.

Dr. Jorge Caraveo.

Dr. Francisco de la Peña.

MÉXICO, D. F.

**CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA
DEPTO. DE PSICOLOGIA MEDICA,
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM**

2003

DR. ALFONSO DIAZ MARTINEZ



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.

Índice

Introducción

Pregunta de Investigación

Objetivos

Tipo de Estudio

Material y Métodos

Resultados

Discusión

Referencias

COMPORTAMIENTO DE LA SINTOMATOLOGIA PSIQUIATRICA DESDE LA EDAD DE APARICION HASTA SU CLASIFICACION EN DIAGNOSTICOS CATEGORICOS Y SINDROMATICOS EN UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES

INTRODUCCION

El tema de las conexiones de la psicopatología entre la infancia y la edad adulta empezó con el simple objetivo de tener información sobre el pronóstico y el resultado. Sin embargo, ha fomentado una iniciativa de investigación que ahora promete arrojar luz sobre la naturaleza y los orígenes de los trastornos mentales. La última década ha visto un gran progreso en lo que respecta a los hallazgos empíricos sobre la continuidad y la discontinuidad de la psicopatología a través del tiempo y en la conceptualización de los temas involucrados en el entendimiento de estas tendencias en el tiempo (1).

Ha habido un cambio radical en el entendimiento de los Trastornos Depresivos que aparecen en la edad temprana. Desde hace bastante tiempo se había apreciado que muchos niños y adolescentes experimentan aflicción e infelicidad pero se asumió que esto no tenía el mismo significado que los trastornos depresivos mayores que ocurren en la vida adulta. Sin embargo, el uso de métodos estandarizados para el análisis diagnóstico empezó a mostrar que las condiciones clínicas con fenomenología muy similar a las vistas en los trastornos afectivos del adulto eran mucho más comunes en la infancia y la adolescencia de lo que hasta entonces se había apreciado. La evidencia reunida de que los trastornos depresivos en la gente joven estaban asociados con deterioro importante en el funcionamiento psicosocial (2, 3), y los estudios prospectivos en los años de la adolescencia indicaron que los episodios depresivos con frecuencia tenían un curso prolongado o recurrente, con una apreciable minoría que progresaban a un patrón bipolar (4, 5, 6, 7, 8, 9). La seriedad de esta condición ha sido subrayada por el riesgo importante de suicidio. La implicación fue que bien podría haber un resultado característico en el adulto asociado con los trastornos depresivos a temprana edad. Sin embargo, esta conclusión se mantuvo incierta

por algún tiempo. Los datos necesarios para su comprobación fueron proporcionados en un principio por Harrington y cols. (10), quienes emprendieron un seguimiento sistemático de un grupo de niños y adolescentes que eran pacientes psiquiátricos con una definición operacional de síndrome depresivo. Con el tiempo se agregaron más estudios al respecto con innovaciones metodológicas que les permitían obtener resultados más confiables. Los resultados fueron sorprendentes y mostraron que la depresión en la infancia y la adolescencia estaba asociada con un incremento de cuatro veces en el riesgo de recurrencia del trastorno depresivo mayor durante los primeros años de la vida adulta, en comparación con un grupo de pacientes psiquiátricos no deprimidos. Aun más importante fue el hallazgo de que el grupo de niños con depresión no mostró incremento en el riesgo para ningún otro trastorno mental además de las condiciones afectivas. El riesgo de recurrencia no solo era extremadamente fuerte sino también altamente específico para el diagnóstico. El resultado proporcionó un gran apoyo para la validación del diagnóstico de trastorno depresivo en la infancia y adolescencia. No obstante numerosas preguntas permanecían sin respuesta, entre ellas el determinar cuáles características del trastorno depresivo en la infancia están asociadas con un riesgo mayor de recurrencia en la vida adulta y acerca de los mecanismos que median la fuerte continuidad entre la infancia y la vida adulta. Actualmente varios estudios han mostrado que una paternidad adversa (negativa), en la infancia esta asociada con un incremento en el riesgo de trastornos depresivos en la vida adulta (esto se extiende a los trastornos de ansiedad) (11, 12, 13). Los resultados empíricos sobre estas asociaciones estadísticas a largo plazo están razonablemente bien demostradas, pero se sabe mucho menos acerca de los mecanismos mediadores. La depresión en la infancia esta asociada con una carga familiar incrementada para trastornos afectivos, y parece probable que los factores genéticos juegan un papel importante (14, 15, 16). Hay algunos indicios a partir de los estudios de familia de que los trastornos depresivos que inician en o antes de los primeros años de la vida adulta pueden implicar un componente genético más fuerte (17, 18). La importante y altamente específica continuidad entre los trastornos depresivos en la infancia y la vida

adulta para conducir a la expectativa de que los factores biológicos podrían ser los mismos en ambos períodos de edad. No obstante, contra esta idea, están los datos que indican una aparente diferencia en términos de una menor especificidad para la prueba de supresión de la dexametasona en la infancia y menos hallazgos específicos en el sueño (19). Lo más notable de todo es la falta de una clara respuesta benéfica a los antidepresivos tricíclicos en la infancia en comparación con la encontrada en el adulto (20). Hasta ahora, el significado de estas diferencias relacionadas a la edad se desconoce.

Se conoce mucho menos sobre los resultados en el adulto de los Trastornos de Ansiedad. Esto se debe a la dificultad en la interpretación de los hallazgos debido tanto a la escasez de estudios longitudinales a largo plazo como al estado insatisfactorio en la clasificación de los trastornos de ansiedad. Los síntomas ansiosos constituyen una parte importante de muchos trastornos depresivos; la ansiedad esta asociada con miedos y fobias específicas y también existen estados relativamente puros de ansiedad generalizada. Los muy limitados datos genéticos también sugieren posibles diferencias dentro del amplio campo de los trastornos de ansiedad (21, 22, 23).

Se ha abierto de forma importante el campo que tiene que ver con el resultado en el adulto de los Trastornos de Conducta en la infancia. Las marcadas continuidades con el trastorno de personalidad en la vida adulta han sido ampliamente confirmadas (24), pero el panorama ha sido modificado en dos formas clave. Primero, se ha demostrado que el resultado en el adulto (especialmente en mujeres) se extiende más allá del trastorno de personalidad antisocial para incluir un grupo más amplio de alteraciones de la personalidad y una vulnerabilidad incrementada para un rango de trastornos mentales agudos. Los individuos que reportan alteraciones de conducta en la infancia también tienen un índice incrementado de alteraciones emocionales. No esta claro si esta extensión depende de la presencia de anormalidades crónicas de la personalidad. El seguimiento de niños criados en instituciones llevado a cabo por Quinton y cols. (24), mostró que la característica constante en el resultado fue un mal funcionamiento social importante y persistente. Los problemas aislados en el

funcionamiento de dominios sociales tales como matrimonio, amistades, trabajo y paternidad no estuvieron particularmente asociados con un trastorno de conducta previo, pero un pobre funcionamiento en muchos de estos dominios estuvo intensamente asociado con problemas de conducta en la infancia. En efecto, fue verdaderamente inusual que tal disfunción social tan importante ocurriera en ausencia de problemas de conducta en la infancia. Hasta el momento, aún hay cierta incertidumbre sobre cuales tipos de alteraciones de la conducta son más probables que llevan a un pobre funcionamiento social en la vida adulta.

La evidencia disponible sugiere que un pobre resultado en el adulto es más probable en el caso de la alteración de la conducta que tiene un inicio particularmente temprano y que esta asociado con hiperactividad/déficit de atención y pobres relaciones con semejantes. También es evidente que el pobre resultado es una función de alteraciones de conducta en la infancia muy persistentes y no de problemas antisociales aislados y transitorios. La segunda forma en la cual el panorama ha sido modificado es que han sido planteadas preguntas serias sobre los mecanismos involucrados. Debido a que la persistencia en el tiempo ha sido muy acusada, ha habido una tendencia a suponer que esto debe reflejar alguna forma de rasgo o trastorno constitucional invariable. Esto puede ser así en algunas ocasiones, pero el componente genético en la conducta antisocial en conjunto es muy modesto.

Los trastornos antisociales son una secuela común de serias adversidades medioambientales, y los estudios longitudinales han mostrado la importancia de mecanismos mediadores, tales como: la elección del grupo de semejantes, la tendencia a la planeación en relación a las elecciones claves de la vida y las circunstancias familiares. Así, Quinton y cols. (24), analizaron varios estudios longitudinales de grupos de alto y bajo riesgo, demostrando la importancia de los efectos de un trastorno de conducta propio del individuo, haciendo éste mucho más probable que el o ella se conviertan en miembros de un grupo de semejantes antisociales en la adolescencia media. Sin embargo, el involucramiento en un grupo de semejantes antisociales no fue inevitable, la evidencia demostró que un ambiente familiar armónico protege a la gente joven de ir en esa dirección y que

además la conducta planeada fue un factor protector para las mujeres jóvenes, para las cuales el ser parte de un grupo de pares antisociales fue una opción menos frecuente. Desde el punto de vista de la psicología el papel de la familia en la vida de un individuo es de agente socializador, incidiendo en el desarrollo sano y maduro del individuo, o bien, inhibiendo o desviando su crecimiento (25).

La familia es importante para la mayoría de los adolescentes a lo largo de la vida, ya que su ajuste social y emocional es mejor cuando éstas son cohesivas, expresivas y organizadas, y fomentan la independencia de sus miembros. De manera inversa, tienden a desajustarse cuando perciben que en la familia existen muchos conflictos y demasiado control. Además, una comunicación eficaz en la familia es un determinante crucial para el bienestar. Es menos probable que los adolescentes que experimentan afecto y cercanía en sus familias sean influenciados por su grupo de amistades y se involucren en problemas de conducta (26, 27, 28).

El siguiente paso en el curso desviado del desarrollo involucra la selección de un compañero con el mismo problema. Una vez que la gente joven ha dejado la escuela, las influencias directas de la familia se hacen menos fuertes, mientras que las propias decisiones conservan un papel importante. En la vida adulta, la presencia de una relación marital armónica con un esposo (a) sin desviación de la conducta probó ser una influencia protectora importante, haciendo mucho menos probable que una conducta alterada desembogue en un mal funcionamiento social en la vida adulta. El encarcelamiento por conducta antisocial y los problemas con el alcohol también hacen más probable un resultado más pobre. El compromiso con el trabajo y el compromiso con el matrimonio fueron influencias positivas. Los datos de ninguna manera niegan la persistencia del rasgo básico, pero indican la importancia de los efectos en cadena indirectos en el mantenimiento de conducta antisocial persistente, y también muestran su importancia en los efectos de un cambio decisivo asociado con transiciones trascendentales en la vida tales como el matrimonio, solo cuando tales transiciones involucran un cambio radical hacia una mejoría en el ambiente social. Aún las circunstancias en la vida adulta pueden alterar la trayectoria del riesgo hacia un camino más adaptativo (1). Sin embargo,

la alteración de la conducta en la infancia hace mucho más probable que una persona vaya a parar o sin apoyo marital debido a que el matrimonio se disolvió, o a un matrimonio disfuncional, con otra persona con desviación de la conducta.

Los problemas de conducta también están asociados con un riesgo más elevado de eventos adversos en la vida que se constituyen en cargas psicológicas a largo plazo. Los individuos moldean y seleccionan su propio ambiente a través de su propia conducta, pero también son parte de un ambiente social más amplio que puede llevar con el una variedad de riesgos psicosociales. La probable heterogeneidad de los trastornos de conducta es otro punto importante. Como ya se mencionó, la fuerte continuidad en el tiempo particularmente concierne al subgrupo con conducta antisocial intensa y persistente de inicio temprano. Este subgrupo probablemente se diferencia en sus características básicas de la proporción mucho más grande de la población que muestran problemas delictivos o de conducta transitorios durante el periodo de edad de la adolescencia. El grupo con trastorno de conducta de inicio temprano probablemente contrasta con el de problemas transitorios de inicio tardío en términos de una asociación más importante con déficit neuropsicológicos, asociaciones con hiperactividad, déficit de atención y relaciones pobres con pares. Los hallazgos sobre el resultado en los adultos del trastorno de conducta replantean los temas sobre la conceptualización de los trastornos de personalidad. Robins (29) ha argumentado desde hace tiempo que la consistencia en los resultados sobre el trastorno de personalidad antisocial justifica el ser considerado como una categoría diagnóstica válida. Los datos aquí considerados no son necesariamente inconsistentes con ese punto de vista excepto que abogan por una ampliación del concepto para incluir otras formas de trastorno de personalidad dentro del así llamado trastorno de personalidad dramático agrupado en el DSM-III-R (30). Hay un acuerdo general acerca de que las clasificaciones actuales de los trastornos de personalidad son sumamente insatisfactorias, pero la cuestión es, qué se debería reemplazar de ellas. Los datos sobre los resultados en el adulto de los trastornos de conducta sugieren que, aunque los límites diagnósticos actuales son probablemente insatisfactorios, un planteamiento categórico en el cual el trastorno de

personalidad es visto como algo diferente de sólo el extremo de una dimensión de la personalidad puede aun probar ser válido. Los temas involucrados para decidir los méritos y desméritos de los planteamientos dimensional y categórico en el diagnóstico son muy complejos, y en ninguna parte esto es más obvio que en el campo de los trastornos de personalidad.

Uno de los mayores avances en las últimas dos décadas ha tenido que ver con la diferenciación entre Trastorno Hiperquinético y los trastornos de conducta y una mejor definición del primero. Los trastornos hiperquinéticos que difieren significativamente de otros trastornos mentales están caracterizados por hiperquinesia intensa que se manifiesta por primera vez durante los años preescolares, sin asociación con ansiedad marcada y con frecuencia acompañada por deterioro del neurodesarrollo. Hay un riesgo muy alto de que los trastornos de conducta se desarrollen durante los años de la infancia media (mientras que, en contraste, los trastornos de conducta en los primeros años de la infancia no constituyen un riesgo para hiperactividad posterior); la transición a la comorbilidad con trastorno de conducta es mucho más probable en presencia de adversidad familiar severa.

La hiperquinesia también lleva consigo una probabilidad mayor de dificultades para la lectura, que puede derivarse de los déficit neuropsicológicos que son comunes en las dos condiciones. Los análisis de rasgo latente (31) han mostrado que el déficit de atención temprano conduce a dificultades en el aprendizaje en la adolescencia, esta ruta esta separada de aquella por la cual los problemas de conducta en la infancia media desembocan en una conducta antisocial en la vida adulta (32). Parece que la conducta antisocial posterior depende de forma importante de la ocurrencia temprana de problemas de conducta, mientras que el desempeño académico en la adolescencia es en función de la hiperactividad previa. Por supuesto que estos hallazgos no quieren decir que la hiperactividad no tiene un papel en la génesis de la conducta antisocial. Hay cierta evidencia de que dentro de un grupo quienes muestran trastorno de conducta, la presencia de hiperactividad esta asociada con un peor pronóstico (33). Ahora hay muchos resultados de estudios sistemáticos a largo plazo de niños hiperactivos que se

extienden hasta la vida adulta temprana (34, 35). Los hallazgos son consistentes en mostrar un índice mucho más elevado de trastornos de la personalidad antisocial y, asociado con tales trastornos, un índice incrementado de problemas con el uso de sustancias y de criminalidad. No parece haber ningún incremento en el riesgo de trastornos afectivos o ansiosos. También hay alguna evidencia que indica que el nivel global del pobre funcionamiento social no es tan alto en el adulto como lo fue en la adolescencia. Tres puntos clave quedan por ser resueltos: primero, la naturaleza del déficit cognitivo en el trastorno hiperquinético aún tiene que ser determinado. No hay duda de que los niños hiperactivos se desempeñan de manera pobre en las pruebas que requieren de concentración sostenida y organizada. Además, se ha mostrado que estos problemas en la concentración son relativamente específicos de los trastornos hiperquinéticos, la asociación no ha sido encontrada con trastorno de conducta no hiperactivo. No obstante, los estudios detallados del desempeño en la tarea cognitiva arrojan muchas dudas sobre la noción ampliamente extendida de que hay un déficit de atención que refleja un problema en el procesamiento de la información. Más bien parece que el pobre desempeño en la tarea refleja un tipo de impulsividad, en el cual hay una capacidad o consentimiento disminuido para inhibir acciones inapropiadas y esperar para ver las consecuencias. Sin embargo, aunque esta característica conductual es importante, no está del todo claro si refleja algún déficit neuropsicológico del procesamiento o más bien algún aspecto motivacional del control conductual. Segundo, los mecanismos por los cuales la hiperquinesia conduce al trastorno de conducta permanecen sin aclarar. Así, podría ser que la tendencia a conducirse de manera impulsiva, hiperactiva e inatenta lleva al niño directamente a utilizar una conducta disruptiva y antisocial como resultado de la pobre modulación social involucrada. De manera alternativa, podría ser que el riesgo requiera de alguna forma de interacción con factores de riesgo psicosociales tales como relaciones familiares discordantes, depresión en la madre y criminalidad en el padre. Además es probable que la conducta difícil del niño hiperquinético pueda hacer más probable que se vuelva el blanco de la irritabilidad y hostilidad parental cuando las tensiones de la familia son grandes.

Tercero, y lo más fundamental de todo, es que aún permanece incierto si la hiperquinesia se clasifica como una entidad diagnóstica nosológicamente distinta o más bien como una dimensión conductual que involucra un riesgo elevado de trastornos mentales. Por supuesto, es posible que ambas posiciones sean correctas. Esto quiere, decir que puede ser que las formas más severas de hiperactividad constituyan una entidad diagnóstica distinta pero que hay también dimensión de la hiperactividad a parte que lleva consigo un riesgo incrementado de trastornos de conducta.

La mayoría de la investigación psiquiátrica que ha examinado la continuidad a largo plazo entre la psicopatología en diferentes etapas de la vida se ha basado en el supuesto de que los trastornos o las categorías de trastornos son cualitativamente distintos. Sin embargo, ha habido una apreciación creciente de la necesidad de no tomar las categorías diagnósticas de una manera categórica. Es probable que al menos algunos diagnósticos reflejen dimensiones conductuales que se distribuyen como un continuo entre varias categorías diagnósticas, por lo que esta posibilidad necesita ser analizada de una manera sistemática (1).

Históricamente, el principal interés en la relación entre la psicopatología del adulto y del niño ha sido retrospectivo. El creciente reconocimiento de esta continuidad llevó a la necesidad de un planteamiento prospectivo, con la finalidad de identificar a los niños para los cuales ciertas intervenciones de manejo podrían ser mejoradas y así llegar a estrategias de prevención y planeación más efectivas. Sin embargo existen pocos estudios llevados a cabo de esta forma. Entre ellos se realizó uno en Alemania reportado en 1980; donde 1,368 niños fueron seguidos por ocho años (y de manera muy general se encontró que los problemas desaparecieron en 50%, mejoraron en 31%, permanecieron igual en 12%, empeoraron en 14% y que se desarrollaron nuevos problemas en el 25% de los niños. Otro estudio se realizó en 1986 por Zeitlin en el Reino Unido, en éste la continuidad de los síntomas desde la infancia a la vida adulta sin tener en cuenta los diagnósticos, fue uno de los hallazgos más importantes, y que la predictibilidad era más alta entre los síntomas que entre los diagnósticos. Estos dos estudios tienen algunas desventajas, entre ellas: la falta de medidas estandarizadas para la

psicopatología, la elección arbitraria de las categorías diagnósticas y las estrategias de análisis limitadas (36). Ya en 1996, Stanger (37) utilizó una clasificación de diagnósticos sindromáticos (en sustitución de los categóricos), como una alternativa para facilitar el análisis de la continuidad de la psicopatología a través de las diferentes etapas de la vida. Con este fin se ha utilizado un reporte estandarizado del funcionamiento adaptativo y de problemas emocionales y conductuales creado por Achenbach y que puede ser aplicado a sujetos desde los 8 a los 30 años, a los padres y maestros de éstos (versiones específicas en cada caso). Consta de 120 preguntas que son calificadas en ocho síndromes, a saber: aislamiento, quejas somáticas, ansioso/depresivo, problemas sociales, problemas del pensamiento, problemas de atención, conducta delictiva y conducta agresiva. Este fue el primer estudio que utilizó un análisis longitudinal estandarizado de un amplio rango de diferentes problemas en una muestra clínica que se siguió desde la infancia hasta la adultez. Este buscó identificar cuales síndromes encontrados en un primer tiempo podían predecir síndromes posteriores entre niños y jóvenes referidos a servicios de salud mental, se siguieron por 6 años a 1,103 sujetos de 4 a 18 años de edad, reportando que la mayoría de los síndromes mostraron una alta estabilidad y que algunos como el de aislamiento y problemas sociales, fueron predictores de otros síndromes como ansiedad/depresión, quejas somáticas, problemas de atención. Al comparar los resultados contra los de una muestra pareada de sujetos tomados de la población nacional no referidos a servicios de salud mental se encontraron muy pocas diferencias significativas entre las relaciones predictivas, lo que sugirió una gran semejanza en el curso del desarrollo de los problemas en ambos grupos. En el 2000, Verhulst (36) realiza uno de los primeros estudios con análisis longitudinal estandarizado pero ahora con múltiples informantes (el paciente, el familiar responsable y el maestro), al inicio y durante el seguimiento que fue de 10.5 años. Se concluyó que los problemas de conducta de niños y adolescentes referidos a servicios de salud mental como pacientes ambulatorios es altamente predictivo de problemas de conducta similares en el adulto joven. Que la estabilidad es más alta para los síndromes externalizados (conducta delictiva y conducta agresiva), que para los

síndromes internalizados (aislamiento, quejas somáticas, ansioso/depresivo), y para la información intrainformante (ejem: paciente/paciente, familiar responsable/familiar responsable), que la interinformante (ejem: paciente/familiar responsable, familiar responsable/paciente, maestro/familiar responsable). Que la estabilidad es similar entre ambos géneros. Los problemas sociales y el síndrome ansiedad depresión predicen varios síndromes, lo que sugiere un efecto más general sobre la psicopatología. También se notó que los padres reportan de sus hijos con mayor énfasis las pobres relaciones sociales y los adolescentes reportan más sus temores y preocupaciones, por lo que es importante contrastar ambas informaciones para hacer un mejor pronóstico de la evolución del paciente (38, 39).

Con respecto a las alteraciones en la personalidad la evidencia apoya que la adolescencia es un periodo de riesgo para el inicio de trastornos de personalidad (40). Sin embargo, como ya se mencionó, fuera de la extensa investigación sobre los orígenes de la conducta antisocial poco se conoce sobre los antecedentes en la infancia de los trastornos de personalidad de la adolescencia. En 1996, Bernstein (41) lleva a cabo el primer estudio longitudinal con duración de 10 años para examinar los antecedentes en la infancia de un rango de trastornos de personalidad basados en el DSM-III-R. En este estudio, los antecedentes fueron definidos como las alteraciones emocionales o conductuales que han sido asociados con altos índices de trastornos de personalidad. Los cuatro antecedentes potenciales de la infancia examinados fueron: problemas de conducta, síntomas depresivos, ansiedad/temor, e inmadurez (este último refleja déficit tanto cognitivos como motivacionales, y parece estar relacionado de manera negativa con la escrupulosidad del modelo de las cinco grandes dimensiones de la personalidad descrito por McCrae y Costa). Los análisis de regresión logística indicaron que los cuatro antecedentes estuvieron asociados con mayor probabilidad de encontrar un trastorno de personalidad. Los problemas de conducta en la infancia se mostraron como un predictor para todos los tipos de trastornos de personalidad. Los síntomas depresivos fueron un predictor independiente para los trastornos de personalidad del grupo A, mientras que la

inmadurez lo fue para los del grupo B. Estos resultados apoyan que se puede trazar una línea entre las alteraciones emocionales y conductuales de la infancia y los trastornos de personalidad del adolescente. Es importante hacer notar que la progresión de la incipiente psicopatología de la infancia a la adolescencia podría estar influenciada por una multitud de variables entre las que se podrían contar estresores varios, apoyo familiar y extrafamiliar, factores sociales (cultura y factores económicos). Y esto además entraría en interacción compleja con otras variables como el temperamento, el nivel cognitivo y el desarrollo psicosocial. Por lo que el entendimiento de estas relaciones es importante para aumentar la comprensión de las asociaciones entre los problemas de la infancia y las disfunciones en la personalidad del adolescente y la evolución de la psicopatología a través de las diferentes etapas de la vida. Lo que conduciría como se dijo a mejorar la efectividad en la prevención y el manejo en sus varias modalidades.

Otra perspectiva de los análisis longitudinales es el examinar las asociaciones entre la psicopatología de la infancia y la adolescencia con la utilización de los criterios del DSM, y los trastornos de personalidad del adulto joven (42, 43, 44, 45), de donde se ha concluido que los trastornos del eje I pueden poner en movimiento una cadena de conductas y respuestas medioambientales maladaptativas que favorecen la persistencia de la psicopatología a través del tiempo (46). Por lo que su identificación y tratamiento en la infancia podría ayudar a reducir el riesgo. Sin embargo, como ya se mencionó, previamente la investigación apunta a que el contacto con los servicios de salud mental en la infancia y la adolescencia hasta el momento no ha demostrado que tenga un impacto en el pronóstico, y que la psicopatología muestra una alta estabilidad en el tiempo se atiende o no se atiende al paciente (37, 38, 39, 45). Lo que indica que todavía queda mucho por hacer al respecto.

Ahora bien, dentro de las variables se encuentra el abuso infantil en sus diferentes formas. Los malos tratos infantiles han sido una epidemia generalizada y no documentada durante varias décadas. Los abusos infantiles son un fenómeno determinado socialmente. Lo que se considera un abuso respecto a los niños es

un concepto que continúa en evolución según la investigación médica, sociológica y psicológica. La alteración del desarrollo que se produce a causa de los abusos físicos, sexuales o emocionales es muy amplia. Según cual sea la edad a la que se producen los abusos y la naturaleza y gravedad de los mismos, puede haber síntomas en una o varias esferas de la función intrapsíquica, social, laboral o académica. Pueden ser síntomas de abuso en un niño de edad preescolar: la ansiedad, el retraimiento, la culpabilidad, las quejas somáticas, la alteración del apetito, la ansiedad de separación, la alteración del sueño, las pesadillas, la hiperactividad, las mentiras, la falta de confianza, las fobias, la regresión en el control de esfínteres y otras conductas, el conocimiento sexual inapropiado para la edad, la conducta sexual inapropiada para la edad, la agresividad. Los síntomas de abuso en niños en edad escolar y adolescentes son además de los ya mencionados anteriormente: la depresión, las dificultades escolares (fobia a la escuela o falta de asistencia), las crisis de angustia, la mala relación con los compañeros, la huida del hogar, los intentos de suicidio, los tics, la hostilidad y el negativismo, la pasividad, la delincuencia, la conducta sexual (conversación sobre temas sexuales), las obsesiones, la psicosis y la baja autoestima. Un niño que ha sufrido abusos puede no recordarlos, ni presentar síntoma alguno. Los posibles efectos de los abusos a largo plazo son importantes. Los niños que han sufrido abusos pueden presentar una baja autoestima, depresión mayor, distimia y tendencia al suicidio y pueden autolesionarse y producirse síntomas disociativos. Las conductas autolesivas incluyen las de producirse cortes o quemaduras, abuso de sustancias y otras conductas de riesgo elevado. También puede apreciarse una conducta agresiva y perturbadora. Puede haber trastornos de la conducta alimentaria, manifestaciones somáticas y problemas de salud importantes como un dolor crónico resistente al tratamiento, cefaleas y dolor pélvico. Se producen más síntomas psiquiátricos en los individuos con antecedentes de abusos físicos y sexuales. La gravedad del abuso sexual inicial está relacionada con la de los síntomas en una fase posterior de la vida. Los estudios neuropsiquiátricos realizados en ambos sexos han demostrado una alteración del sistema límbico, de tal manera que los individuos que han sufrido abusos físicos y sexuales presentan

un grado de disfunción superior al de los que han experimentado tan sólo un tipo de abuso. Los síntomas de alteración afectan a las áreas de la memoria, la sensación y la conducta. Los daños importantes causados a largo plazo por el abuso infantil afectan a la capacidad de un individuo de establecer y mantener unas relaciones interpersonales estrechas y sostenidas. La negligencia física es la forma de malos tratos que se notifica con más frecuencia. Esta consiste en que el cuidador no cubre las necesidades físicas básicas de un niño (de alimento, ropa y condiciones de vida higiénicas), hasta un punto en el que estas omisiones pueden causarle un daño físico. La negligencia médica consiste en que los padres no soliciten unos cuidados médicos inmediatos o no cumplan una pauta médica prescrita que se considera importante para la salud y el bienestar del niño. La negligencia emocional consiste en que no se proporcionen los apoyos emocionales necesarios, como el amor, la protección y la supervisión. La negligencia educativa incluye el hecho de que no se proporcione una estimulación intelectual apropiada o no se escolarice al niño. Las malas condiciones sanitarias del alojamiento, la higiene o la nutrición, las condiciones de vida inseguras y el abandono pueden entrar también en el campo de la negligencia. El abuso emocional consiste en la falta de aportación de un apoyo psicológico al niño. Briere ha observado que los ocho tipos siguientes de conducta caracterizan al abuso emocional: 1) rechazo deliberado; 2) degradación o devaluación; 3) sentirse aterrorizado; 4) aislamiento; 5) corrupción; 6) explotación; 7) negación de la estimulación emocional esencial, el interés o la disponibilidad, y 8) cuidado del hijo poco fiable y poco uniforme. En los progenitores que tienen conductas de abuso emocional es más frecuente el consumo excesivo de alcohol u otras sustancias.

El abuso físico consiste en la aplicación de una acción física que pudiera dar lugar a una lesión permanente. El ochenta por ciento de los abusos físicos se debe a los padres. Los niños más pequeños son los que sufren mayores abusos. Existen muchos factores de riesgo para que los padres lleguen a perpetuar abusos, como la falta de madurez personal y la dificultad de control de la cólera; los antecedentes de haber sufrido abusos; el poco conocimiento respecto al desarrollo infantil y el papel de los padres, y los diagnósticos psiquiátricos,

incluyendo los problemas de abuso de sustancias. Los progenitores que causan estos abusos tienen expectativas poco realistas y demasiado rígidas respecto a sus hijos, y se describen a sí mismos como infelices en sus relaciones interpersonales. Los factores de riesgo ambientales son el desempleo, el aislamiento social de la familia, la pobreza, la familia monoparental y la falta de apoyo de compañeros y amigos. Aquellos que presentan una conducta violenta son los que tienen más probabilidades de haber sufrido abusos, y tienen también un mayor riesgo de depresión, conducta suicida y abuso de sustancias. El trastorno del comportamiento o trastorno disocial es una secuela probable del abuso físico.

El abuso sexual se produce cuando un adulto o una persona con autoridad se sirven de un niño para obtener una gratificación sexual. La explotación sexual consiste en involucrar a un niño en la realización de actos sexuales para beneficio de un adulto. El abuso sexual incluye la relación sexual oral, anal y genital, las caricias genitales y el exhibicionismo. Los abusos sexuales se producen con la misma incidencia en todos los grupos étnicos, religiosos y clases socioeconómicas. El 90% de los abusos son cometidos por conocidos de la víctima y el 65% son familiares de ésta. Los síntomas resultantes consisten en una baja autoestima, una sensación persistente de culpabilidad y vergüenza y la creencia de la víctima de que es la única persona que ha pasado por esta experiencia.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cómo se comporta la sintomatología psiquiátrica desde la edad de aparición y hasta su clasificación en diagnósticos categóricos y sindromáticos en una muestra de adolescentes?

OBJETIVOS

1.- Determinar de manera categórica la psicopatología en una muestra clínica de adolescentes utilizando una entrevista semi estructurada de acuerdo a los criterios del DSM-IV.

2.- Analizar de manera transversal las asociaciones entre el diagnóstico categórico, las variables de edad, sexo, abuso físico, psicológico, sexual, comorbilidad.

3.- Determinar, un año después y utilizando un cuestionario auto aplicable, la psicopatología dimensional (sindromática), en una muestra clínica de adolescentes.

4.- Describir la presencia de antecedentes de sintomatología psiquiátrica y su comportamiento de acuerdo a su clasificación diagnósticos categoricos y sindromáticos.

TIPO DE ESTUDIO

Longitudinal y descriptivo.

MATERIAL Y METODOS

Sujetos

La muestra estuvo conformada por 33 pacientes (19 hombres y 14 mujeres) en edades de 11 a 17 años con una edad promedio de: 13.7 (D.E. 1.7), con un promedio de escolaridad de: 7.7 (D.E. 1.6).

El criterio de inclusión fue: adolescentes aceptados en el servicio de preconsulta del Instituto Nacional de Psiquiatría en el período de junio a noviembre del 2001 para su atención en el servicio de Paidopsiquiatría y a los cuales se les aplicó el K-SADS-PL-Mex.

Instrumentos de Medición

El K-SADS-PL-Mex. La cual es una entrevista semiestructurada diseñada para evaluar episodios actuales y pasados de psicopatología en niños y adolescentes de acuerdo con los criterios del DSM-IV. Los diagnósticos principales que se evalúan con este instrumento incluyen depresión mayor, distimia, manía, hipomanía, ciclotimia, bipolar, esquizoafectivo, esquizofrenia, esquizofreniforme, psicosis reactiva breve, pánico, agorafobia, ansiedad de separación, evitativo de

la infancia y adolescencia, fobia simple, fobia social, ansiedad excesiva, ansiedad generalizada, obsesivo compulsivo, déficit de atención con hiperactividad, conducta desafiante opositora, trastorno disocial, enuresis, encopresis, anorexia nerviosa, bulimia, tics transitorios, G. Tourette, tics motores o vocales crónicos, abuso de alcohol, abuso de sustancias, estrés postraumático y trastornos de ajuste (adaptativos), con lo que se obtendrá un diagnóstico categórico.

El Autoreporte del Jóven (YSR), que es un autoreporte estandarizado del funcionamiento adaptativo y de problemas emocionales y conductuales en los seis meses previos. El cuestionario se clasifica en ocho síndromes: aislamiento, quejas somáticas, ansioso/depresivo, problemas sociales, problemas del pensamiento, problemas de atención, conducta delictiva y conducta agresiva; y dos calificaciones de banda amplia: Internalización, que incluye los síndromes de aislamiento, ansioso/depresivo y quejas somáticas; y Externalización que incluye los síndromes de conducta delictiva y agresiva.

Procedimiento

Los pacientes se presentaron voluntariamente o traídos por algún familiar al servicio de preconsulta del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, donde se decidió a partir de una primera evaluación clínica con el Mini Examen Neuropsiquiátrico que eran candidatos para su atención en la Clínica de Adolescentes de la misma institución. Como parte de su evaluación en dicha clínica se les aplicó el K-SADS-PL-Mex. Posteriormente se les invitó a participar en la investigación y una vez obtenido su consentimiento verbal se les informó que se les aplicaría al año El Autoreporte del Jóven (YSR).

Análisis de datos

Se calcularon la media, la desviación estándar y los porcentajes en las variables que lo requirieron.

Se utilizó la prueba de chi cuadrada para evaluar la significancia entre las proporciones, en ambos sexos, de las variables analizadas en este estudio.

RESULTADOS

En la tabla 1. Se muestran los datos relacionados con las variables demográficas de esta investigación. En la misma puede observarse que predominaron ligeramente los sujetos masculinos, mientras que la edad y la escolaridad tuvieron promedios semejantes en ambos sexos.

Tabla 1. Variables demográficas

	N	%	Edad		Escolaridad	
			x	D.E.	x	D.E.
Hombres	19	58	13.8	1.6	7.8	1.6
Mujeres	14	42	13.6	1.9	7.5	1.7
Total	33	100	13.7	1.7	7.7	1.6

Las características clínicas de los sujetos de la muestra, teniendo en cuenta el sexo, se resumen en las tablas 2 (hombres) y 3 (mujeres). En las mismas puede notarse que existió mayor abuso psicológico en los hombres y sexual en las mujeres. El promedio de la edad de inicio de los Trastornos obtenido en los hombres fue de 8.9 años (D. E. = 1.6) y en las mujeres de 11. 1 años (D. E. = 2.9). El tiempo de evolución desde la edad de inicio reportada en el K SADS PL Mex hasta el momento de la evaluación para obtener el diagnóstico categórico por DSM-IV fue en promedio de 4. 9 años (D. E. = 2.8) para los hombres y de 2.8 años (D. E. = 2.1) para las mujeres. Los varones presentaron como antecedente un Trastorno Depresivo en el 68.4 % de los casos, un Trastorno por Déficit de atención e hiperactividad en el 47.4% y en la misma proporción un Trastorno de Conducta. En la muestra femenina se reportó como antecedente un Trastorno Depresivo en el 63.3 %, un Trastorno Ansioso en el 37.8% y un Trastorno de Conducta igual en el 37.8%.

Tabla 2. Características clínicas en los sujetos masculinos

Folio	No.	Abuso (caso/no caso)			Edad de inicio (en años)							
		Psicol	Físico	Sexual	Trastorno depresivo	Trastorno ansioso	Rasgos psicóticos	TDAH	Trastorno de conducta	Trastorno por consumo de sustancias	Resumen	Tiempo de evolución (años)
1	1							14	14		14	< 1
2	2	1	1		8	8					8	3
3	3	1	1		10	7			10		7	5
7	4				15						15	2
8	5				8	10					8	4
17	6					5	5				5	7
18	7							4	6		4	7
19	8				15						15	1
20	9				12	9		6	13		6	8
24	10				11		10		11		10	4
26	11			1	8	8			15		8	6
28	12				12		12				12	2
29	13				13			8	13		8	6
37	14	1						8		13	8	6
38	15				12			12	13		12	3
39	16		1	1				5	13		5	10
40	17							5			5	9
41	18				13						13	2
42	19				7			7			7	8

Tabla 3. Características clínicas en los sujetos femeninos

Folio	No.	Abuso (caso/no caso)			Edad de inicio (en años)							
		Psicol	Físico	Sexual	Trastorno depresivo	Trastorno ansioso	Rasgos psicóticos	TDAH	Trastorno de conducta	Trastorno por consumo de sustancias	Resumen	Tiempo de evolución (años)
13	1					9			9		9	3
15	2								8		8	4
16	3					11					11	< 1
22	4							6			6	5
23	5				12	10					10	3
25	6				16		12		12	14	12	4
27	7					12					12	1
30	8		1	1	12	12					12	4
31	9		1	1	17		17				17	< 1
32	10				11				11		11	2
33	11			1	13						14	< 1
34	12	1	1	1	10						13	< 1
35	13				13			7	13	13	7	8
36	14				13		13				13	1

Tabla 4. Diagnóstico categórico, comorbilidad y diagnóstico sindromático en la población masculina

Folio	No.	Edad	K SADS LP Mex					Comorbilidad	YSR al año								Número de síndromes	
			Dx1	Dx2	Dx3	Dx4	Dx5		1	2	3	4	5	6	7	8		
1	1	14	33	34	39	0	0	3			70				75	82	83	4
2	2	11	1	26	29	30	0	4	80		84				70			3
3	3	12	3	25	35	0	0	3	84		85			79	73	75	74	6
7	4	17	1	0	0	0	0	1	76		76							2
8	5	12	1	3	18	0	0	3	86		86				70			3
17	6	12	14	18	20	0	0	3	83		72			78				3
18	7	11	33	35	29	0	0	3						71	72	77		3
19	8	16	1	0	0	0	0	1	70						70			2
20	9	14	1	33	34	3	24	5			76				73	78	86	4
24	10	14	35	3	2	0	0	3	77		72			70	70		72	5
26	11	14	3	23	35	0	0	3	73	73	82	70			73		70	6
28	12	14	2	3	0	0	0	2	70									1
29	13	14	34	33	3	0	0	3			74				70	76	79	4
37	14	14	33	43	0	0	0	2										0
38	15	15	33	1	35	0	0	3			73				71	73	80	4
39	16	15	33	35	0	0	0	2							70	85	85	3
40	17	14	33	0	0	0	0	1	70							77	77	3
41	18	15	1	0	0	0	0	1	70		78	70			71	67	67	6
42	19	15	33	3	0	0	0	2			73				73	79	86	4
*			19	15	11	2	1											

* Total de sujetos

Clave de diagnósticos categóricos (K SADS Mex)

- 1 = Trastorno Depresivo Mayor
- 2 = Rasgos psicóticos
- 3 = Distimia
- 14 = Esquizofrenia
- 18 = Trastorno por Ansiedad de Separación
- 20 = Fobia Simple
- 21 = Fobia Social
- 23 = Trastorno por Ansiedad Excesiva
- 24 = Trastorno de Ansiedad Generalizada
- 25 = Trastorno Obsesivo-Compulsivo
- 26 = Trastorno por Estrés Post-traumático
- 29 = Enuresis
- 30 = Encopresis
- 33 = Trastorno por Déficit de Atención
- 34 = Trastorno de Conducta
- 35 = Trastorno Desafiante Oposicionista
- 39 = Trastorno crónico de tics vocales y fónicos
- 42 = Dependencia al alcohol
- 43 = Abuso de Sustancias
- 46 = Dependencia de Sustancias

Clave de diagnósticos sindromáticos (YSR)

- 1 = Aislamiento
- 2 = Quejas Somáticas
- 3 = Ansioso/Depresivo
- 4 = Problemas Sociales
- 5 = Problemas del Pensamiento
- 6 = Problemas de Atención
- 7 = Conductas Delictivas
- 8 = Conductas Agresivas

Tabla 5. Diagnóstico categórico, comorbilidad y diagnóstico sindromático en la población femenina

Folio	No.	Edad	K SADS LP Mex					Comorbilidad	YSR al año								Número de síndromes	
			Dx1	Dx2	Dx3	Dx4	Dx5		1	2	3	4	5	6	7	8		
13	1	12	35	23	0	0	0	2			78				70	70	72	4
15	2	12	46	35	20	0	0	3										0
16	3	11	26	0	0	0	0	1	76									1
22	4	11	33	29	20	0	0	3										0
23	5	13	25	1	24	18	0	4	73		85							2
25	6	16	1	42	34	2	0	4	73		76					76		3
27	7	13	21	0	0	0	0	1	70									1
30	8	16	1	3	23	24	0	4	73		84					70		3
31	9	17	1	2	0	0	0	2		78						73	70	3
32	10	13	1	3	35	0	0	3	70		72					75	78	4
33	11	14	1	3	0	0	0	2	70		85							2
34	12	13	1	3	0	0	0	2		88	82					82	82	4
35	13	15	1	42	35	3	33	5			78					78	75	3
36	14	14	1	2	0	0	0	2	73		82							2
*			14	12	7	4	1											

* Total de sujetos

Clave de diagnósticos categóricos (K SADS Mex)

- 1 = Trastorno Depresivo Mayor
- 2 = Rasgos psicóticos
- 3 = Distimia
- 14 = Esquizofrenia
- 18 = Trastorno por Ansiedad de Separación
- 20 = Fobia Simple
- 21 = Fobia Social
- 23 = Trastorno por Ansiedad Excesiva
- 24 = Trastorno de Ansiedad Generalizada
- 25 = Trastorno Obsesivo-Compulsivo
- 26 = Trastorno por Estrés Post-traumático
- 29 = Enuresis
- 30 = Encopresis
- 33 = Trastorno por Déficit de Atención
- 34 = Trastorno de Conducta
- 35 = Trastorno Desafiante Opositor
- 39 = Trastorno crónico de tics vocales y fónicos
- 42 = Dependencia al alcohol
- 43 = Abuso de Sustancias
- 46 = Dependencia de Sustancias

Clave de diagnósticos sindromáticos (YSR)

- 1 = Aislamiento
- 2 = Quejas Somáticas
- 3 = Ansioso/Depresivo
- 4 = Problemas Sociales
- 5 = Problemas del Pensamiento
- 6 = Problemas de Atención
- 7 = Conductas Delictivas
- 8 = Conductas Agresivas

En las tablas 4 y 5 se muestran los resultados obtenidos en cada uno de los sujetos, por sexo; relacionados con la edad a la que se aplicó el K SADS PL Mex, los diagnósticos categóricos que pueden ir de 1 a 5 (ordenados por el impacto

sobre el funcionamiento del paciente), la comorbilidad, los diagnósticos sindromáticos que se obtuvieron en una evaluación un año después y el número total de síndromes por individuo. Bajo las tablas se anexan las claves de los diagnósticos categóricos y de los diagnósticos sindromáticos.

Puede notarse que con respecto al diagnóstico 1 (el que causa más disfunción), en las mujeres el Trastorno Depresivo Mayor se identificó en el 57.1%, mientras que en los hombres el predominio se distribuyó entre el Trastorno por Déficit de Atención con 36.8% y el Trastorno Depresivo Mayor en el 31.6%. En ambos sexos la Distimia fue el diagnóstico 2 más frecuente, 21.1 % en los hombres y 28.6% en las mujeres. De manera global, los diagnósticos que aparecieron con mayor frecuencia en hombres fueron los siguientes: Trastorno por Déficit de Atención (47.3%), Distimia (42.1%), Trastorno Depresivo Mayor (36.8%) y Trastorno Desafiante Opositorista (31.5%). Mientras que en las mujeres fueron: Trastorno Depresivo Mayor (64.3%), la Distimia (35.7%) y el Trastorno Desafiante Opositorista (28.6%).

Para saber si existían diferencias significativas entre las proporciones de los diagnósticos mencionados, en ambos sexos, se realizó un prueba de chi cuadrada cuyos resultados fueron: chi cuadrada= 3.95 y $p = 0.26$; es decir, no se apreciaron diferencias significativas entre los diagnósticos para ambos sexos.

Al analizar las comorbilidades por sexo, se apreció que en la muestra de sujetos masculinos predominó la presencia de tres diagnósticos comorbidos (47.4%); mientras que en las mujeres, las comorbilidades oscilaron entre dos y cuatro, predominando un poco más (35.7%) la existencia de dos diagnósticos.

Para conocer si existían diferencias significativas entre las proporciones observadas en las comorbilidades, en ambos sexos, se aplicó, la prueba de chi cuadrada, cuyos resultados fueron: chi cuadrada = 4.1 y $p = 0.39$; es decir, no se apreciaron diferencias significativas entre las proporciones de comorbilidad en ambos sexos.

En relación al diagnóstico por síndromes se observó que en los hombres se identificó tanto el Síndrome Ansioso-Depresivo como el Síndrome de Problemas de Atención, en el 68.4 %; el Síndrome de Conductas Agresivas en el 63.2 % y

los Síndromes de Aislamiento y de Conductas Delictivas con el mismo porcentaje de 57.9 %. En las mujeres prevalecieron los siguientes Síndromes: el Ansioso-Depresivo en el 64.3 %, el de Aislamiento en el 57.1 %, y el de Conductas Delictivas en el 50 %. En los hombres se obtuvo un promedio de síndromes por individuo de 3.5 (D. E. = 3.5), la asociación de los Síndromes Ansioso-Depresivo y Problemas de Atención se presentó en el 57.9 %; la asociación entre los Síndromes Ansioso-Depresivo, Problemas de Atención y Conductas Agresivas se dio en el 47.4%; en esa misma proporción se observó la asociación de los Síndromes de Problemas de Atención, Conductas Delictivas y Conductas Agresivas. El promedio de Síndromes por individuo en las mujeres fue de 2.3 (D. E. = 1.4), la asociación de los Síndromes de Aislamiento y Ansioso-Depresivo se identificó en el 42.9 % y entre el Ansioso-Depresivo y el de Conductas Delictivas en el 37.8 %. Finalmente, con el propósito de conocer, si existía significancia estadística entre las proporciones de los valores de t significativos (igual o mayor a 70), obtenidos con el YSR, en ambos sexos, se procedió a aplicar la prueba de chi cuadrada a las proporciones observadas en los cinco grupos sindromáticos que incluyeron mayor número de sujetos: Aislamiento, Síndrome Ansioso-Depresivo, Problemas de Atención, Conductas Delictivas y Conductas Agresivas. El resultado fue una chi cuadrada = 5.91 y una $p = 0.20$, lo que indica que no existen diferencias significativas.

Es importante hacer mención que de los trece sujetos varones con antecedente de Trastorno Depresivo el 100% presentó Trastorno Depresivo Mayor o Distimia o ambos al evaluarlos con el K SADS PL Mex y al año al evaluarlos con el auto reporte del joven (YSR) el 85% se presentó con un Síndrome Ansioso-Depresivo clínicamente significativo. En relación al Trastorno por Déficit de Atención de los nueve pacientes con ese antecedente el 100% se identificó con el K SADS PL Mex y en el YSR el 78% reportó un Síndrome de Problemas de Atención. Con respecto al Trastorno de Conducta de los nueve pacientes con antecedente el 100% se identificó con el K SADS PL Mex, y el 100% de ellos presentó el Síndrome de Conductas Agresivas en el YSR.

En la población femenina de las nueve pacientes con antecedente de Trastorno Depresivo el 100% se identificó con el K SADS PL Mex y el 89% reportó un Trastorno Ansioso-Depresivo en el YSR. De las cinco pacientes con antecedente de Trastorno Ansioso el 100% se identificó al calificar para algún Trastorno del espectro ansioso en el K SADS PL Mex y el 60% de ellas reportó un Síndrome Ansioso Depresivo en el YSR. De las cinco con antecedente de Trastorno de Conducta el 100% se identificó con el K SADS PL Mex y el 80% reportó un Síndrome de Conductas Delictivas.

DISCUSION

De acuerdo a los resultados obtenidos se evidencia que en la muestra estudiada el promedio de edad de inicio de la sintomatología psiquiátrica es menor en los hombres que en las mujeres, y que el tiempo de evolución desde el inicio de las quejas hasta la identificación del diagnóstico categórica es casi del doble en los hombres. Esto está muy relacionado a la estabilidad del espectro de la sintomatología referida, donde desde que inició su presentación en ningún caso se comenta alguna remisión temporal hasta el momento de su clasificación en diagnósticos categóricos. En los antecedentes de la muestra masculina predominaron los trastornos depresivos, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y el trastorno de conducta. En las mujeres prevalecieron los antecedentes de trastornos depresivos y ansiosos. Es de mencionar que la mayoría de los hombres vivía con un solo progenitor (la madre), mientras que las mujeres en su mayoría cohabitaban con ambos padres. En relación a los abusos, se observó que el abuso psicológico se presentó con más frecuencia en los hombres, mientras que el sexual en la población femenina; debido a que sólo se reporta si existió o no algún tipo de abuso no se pueden hacer comentarios acerca de las circunstancias en las cuales éste se presentó y por tanto sobre sus probables repercusiones. También importante es hacer notar que en los hombres que reportaron trastorno por déficit de atención como el primer padecimiento psiquiátrico que se presentó en su vida en su mayoría posteriormente reportaron trastorno de conducta. En las mujeres se observó que el trastorno de conducta se

reportó con una edad de inicio menor a la de los trastornos depresivos y similar a la de los trastornos ansiosos.

Una vez categorizado el diagnóstico con los criterios del DSM-IV, se advirtió que el diagnóstico que suscitó la consulta y el que más disfunción causaba entre las mujeres era el Trastorno Depresivo Mayor, mientras que en los hombres el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, además del otro mencionado afectaron en proporciones similares a ese sexo. Quedó claro que en ambos casos el diagnóstico comorbido fue la Distimia. Es importante hacer mención que no se apreciaron diferencias significativas entre los diagnósticos para ambos sexos.

Un hallazgo importante es el hecho de que en la muestra masculina predominó la presencia de tres diagnósticos comorbidos; mientras que en las mujeres, aunque ligeramente, prevaleció la presencia de dos diagnósticos. Sin embargo, no se apreciaron diferencias significativas entre las proporciones de comorbilidad en ambos sexos.

En relación al diagnóstico sindromático evaluado al año de evolución se constató al menos de manera descriptiva el predominio de la sintomatología previamente asociada a los diagnósticos categóricos y a los antecedentes. En el caso de los hombres dominaron el Síndrome Ansioso-Depresivo, el de Problemas de Atención y el de Conductas Agresivas. Mientras que en las mujeres los Síndromes Ansioso-Depresivo y el de Conductas Delictivas. Esto podría hablar y estar por tanto de acuerdo con la literatura, de la estabilidad temporal y de la estabilidad del diagnóstico en este tipo de población etaria. En la población masculina se promediaron casi cuatro síndromes por individuo, siendo la asociación más marcada entre dos síndromes: Ansioso-Depresivo/Problemas de Atención; entre tres síndromes se observaron asociaciones importantes entre: Ansioso-Depresivo/Problemas de Atención/Conductas Agresivas y Problemas de Atención/Conductas Delictivas/Conductas Agresivas. En las mujeres el promedio de síndromes correspondió a un poco más de dos por individuo, siendo las asociaciones más relevantes las siguientes: Aislamiento/Ansioso-Depresivo y Ansioso-Depresivo/Conductas Delictivas. Los síndromes que incluyeron a más sujetos de manera global fueron los de Aislamiento, Ansioso-Depresivo,

problemas de Atención, Conductas Delictivas y Conductas Agresivas. Fue importante la aparición del síndrome de aislamiento en más de la mitad de la muestra, sin predominio de sexo, el cual por su valor de t igual o mayor a 70 (como se manejó con todos los síndromes), indica que está causando deterioro en el funcionamiento del paciente. Esto podría orientar a que sintomatología que no llene los criterios para un diagnóstico categórico podría estar interfiriendo en el desempeño global del adolescente e impactando sobre su desarrollo, lo que se podría relacionar con condiciones más desfavorables y estresantes que harían más escabroso el tránsito de este periodo de la vida, con probables repercusiones en el pronóstico de la salud mental del individuo.

En cuanto a los alcances del estudio podemos comentar que los diagnósticos categóricos son confiables debido a la entrevista utilizada y a que fue aplicada por especialistas expertos. Además de que se siguió a una cohorte de adolescentes por un año para la aplicación de un instrumento de autoreporte de síndromes, de los cuales solo se tomaron los que afectaban de manera significativa el funcionamiento del adolescente.

En México se tiene poca experiencia en estudios de adolescentes realizados de manera longitudinal, lo que realza la importancia del planteamiento que este estudio presenta, sin embargo lo reducido de la población analizada y el que se utilizaron dos instrumentos de evaluación distintos en los diferentes tiempos limita las posibilidades del estudio.

REFERENCIAS

1. RUTTER M. Pathways from childhood to adult life. *J Child Psychol Psychiatry*, 30: 23-51, 1989.
2. PUIG-ANTICH J, LUKENS E, DAVIES M, GOETZ D, BRENNAN-QUATTROCK J, TODAK G. Psychosocial functioning in prepubertal major depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 42: 500-507, 511-517, 1985.
3. PUIG-ANTICH J, KAUFMAN J, RYAN ND ET AL. The psychosocial functioning and family environment of depressed adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32: 244-253, 1993.
4. KOVACS M, FEINBERG TL, CROUSE-NOVAK MA, PAULAUSKAS SL, FINKELSTEIN R. Depressive disorders in childhood. I. A longitudinal prospective study of characteristics and recovery. *Arch Gen Psychiatry*, 41: 229-237, 1984.
5. KOVACS M, FEINBERG TL, CROUSE-NOVAK MA, PAUL-AUSKAS SL, POLLOCK M, FINKELSTEIN R. Depressive disorders in childhood. II. A longitudinal study of the risks for a subsequent major depression. *Arch Gen Psychiatry*, 41: 634-649, 1984.
6. KOVAKS M, GOLDSTON D, GATSONIS C. Suicidal behaviors and childhood onset depressive disorders: a longitudinal study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32: 8-20, 1993.
7. STROBER M, LAMPERT C, SCHMIDT S, MORRELL W. The course of major depressive disorder in adolescents. I. Recovery and risk of manic switching in a follow-up of psychotic and nonpsychotic subtypes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32: 34-42, 1993.
8. GARBER J, KRISS MR, KOCH M, LINDHOLM L. Recurrent depression in adolescents: a follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 27: 49-54, 1988.
9. FLEMING JE, BOYLE MH, OFFORD DR. The outcome of adolescent depression in the Ontario child health study follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32: 28-33, 1993.

10. HARRINGTON R, FUDGE H, RUTTER M, PICKLES A, HILL J. Adult outcome of childhood and adolescent depression. I. Psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry*, 47: 465-473, 1990.
11. BROWN GW, HARRIS TO. Aetiology of anxiety and depressive disorders in an inner-city population. I. Early adversity. *Psychol Med*, 23: 143-154, 1993.
12. BROWN GW, HARRIS TO, EALES MJ. Aetiology of anxiety and depressive disorders in an inner-city population. II. Comorbidity and adversity. *Psychol Med*, 23: 155-165, 1993.
13. KENDLER KS, NEALE MC, KESSLER RC, HEATH AC, EAVES LJ. Childhood parental loss and adult psychopathology in women: a twin study perspective. *Arch Gen Psychiatry*, 49: 109-116, 1992.
14. HARRINGTON RC, FUDGE H, RUTTER ML, BREDEN-KAMP D, GROOTHUES C, PRIDHAN J. Child and adult depression: a test of continuity with data from a family study. *Br J Psychiatry*, 162: 627-633, 1993.
15. PUIG-ANTICH J, GOETZ D, DAVIES M et al. A controlled family history study of prepubertal major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 46: 406-408, 1989.
16. STROBER M, MORELL W, BURROUGHS J, LAMPERT C, DANFORTH H, FREEMAN R. A family study of bipolar I disorder in adolescence: early onset of symptoms linked to increased familial loading and lithium resistance. *J Affect Disord*, 15: 255-268, 1988.
17. WEISSMAN MM, WICKRAMARATNE P, MERIKANGAS KR et al. Onset of major depression in early adulthood: increased familial loading and specificity. *Arch Gen Psychiatry*, 41: 1136-1143, 1984.
18. STROBER M. Relevance of early age-of-onset in genetic studies of bipolar affective disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31: 606-610, 1992.
19. GOETZ RR, PUIG-ANTICH J, DAHL RE et al. EEG sleep of young adults with major depression: a controlled study. *J Affect Disord*, 22: 91-100, 1991.

20. AMBROSINI PJ, BIANCHI MD, RABINOVICH H, ELIA J. Antidepressant treatments in children and adolescents: I. Affective disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32: 1-6, 1993.
21. KENDLER KS, NEALE MC, KESSLER RC, HEATH AC, EAVES LJ. Major depression and generalized anxiety disorders: same genes (partly) different environments?. *Arch Gen Psychiatry*, 49: 716-722, 1992.
22. KENDLER KS, NEALE MC, KESSLER RC, HEATH AC, EAVES LJ. Generalized anxiety disorder in women: a population-based twin study. *Arch Gen Psychiatry*, 49: .267-281, 1992.
23. KENDLER KS, NEALE MC, KESSLER RC, HEATH AC, EAVES LJ. The genetic epidemiology of phobias in women: the interrelationship of agoraphobia, social phobia, situational phobia and simple phobia. *Arch Gen Psychiatry*, 49: .282-289, 1992.
24. ZOCOLILLO M, PICKLES A, QUINTON D, RUTTER M. The outcome of childhood conduct disorder: implications for defining adult personality disorder and conduct disorder. *Psychol Med*, 22: 971-986, 1992.
25. VILLATORO JA, ANDRADE P et al. La relación padres-hijos: una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescentes. *Salud Mental* 20 (2): 21-27, 1997.
26. ANDRADE P. Relación padre-hijo y locus de control; el caso de México. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 3 (2): 39-49, 1987.
27. GONZALES FC, SALGADO N, ANDRADE P. Fuentes de conflicto, recursos de apoyo y estado emocional en los adolescentes. *Salud Mental*, 16 (3): 16-22, 1993.
28. PICK S, ANDRADE P. Impact of the family on the sex lives of adolescents. *Adolescents. Adolescence*, 30 (119): 667-675, 1995.
29. ROBINS L. Study childhood predictors of adult antisocial behavior: replications from longitudinal studies. *Psychol Med*, 8: 611-622, 1978.
30. RUTTER M. Temperament, personality and personality development. *Br J Med Psychol*, 60: 1-16, 1987.

31. FERGUSSON DM, HORWOOD LJ. The structure, stability, and correlations of the trait components of conduct disorder, attention deficit, and anxiety/withdrawal reports. *J Child Psychol Psychiatry*, 34: 749-766, 1993.
32. FISCHER M, BARKLEY RA, FLETCHER KE, SMALLISH L. The adolescent outcome of hyperactive children: predictors of psychiatric academic, social and emotional adjustment. *J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32: 324-332, 1993.
33. SCHACHAR RJ, RUTTER M, SMITH A. The characteristics of situationally and pervasively hyperactive children: implications for syndrome definition. *J Child Psychol Psychiatry*, 22: 375-392, 1981.
34. KLEIN RG, MANNUZZA S. Long-term outcome of hyperactive children: a review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30: 383-387, 1991.
35. MANNUZZA S, KLEIN RG, BESSLER A, MALLOY P, LAPADULA M. Adult outcome of hyperactive boys. *Arch Gen Psychiatry*, 50: 565-576, 1993,
36. VISSER JH, VERHULST FC. Predictors of psychopathology in young adults referred to mental health services in childhood or adolescence. *British Journal of Psychiatry*, 177: 59-65, 2000
37. STANGER C, MACDONALD WV, MCCONAUGHY SH et al. Predictors of cross-informant syndromes among children and youth referred for mental health services. *Journal of abnormal Child Psychology*, 24: 597-614, 1996.
38. FERDINAND RF, VERHULST FC, WIZNITZER M. Continuity and change of self-reported problem behaviors from adolescence into young adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34 (5): 680-690, 1995.
39. FERDINAND RF, VERHULST FC. Psychopathology from adolescence into young adulthood: An 8 year follow-up study. *Am J Psychiatry*, 152 (11): 1586-1594, 1995.
40. BERNSTEIN DP, COHEN P, VELEZ CN, SCHWAB-STONE M, SIEVER LJ, SHINSATO L. Prevalence and stability of the DSM-III personality disorders in a community-based survey of adolescents. *Am J Psychiatry*, 150: 1237-1243, 1993.

41. BERNSTEIN DP, COHEN P et al. Childhood antecedents of adolescent personality disorders. *Am J Psychiatry*, 153 (7): 907-913, 1996.
42. COHEN P, COHEN J, KASEN S, VELEZ CN, HARTMARK C, JOHNSON H, ROJAS M, BROOK J, STRUENING EL. An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence, I: age and gender-specific prevalence, *J Child Psychol Psychiatry*, 34: 851-867, 1993.
43. RUTTER M. Relationships between mental disorders in childhood and adulthood. *Acta Psychiatr Scand*, 91: 73-85, 1995.
44. REY JM, MORRIS-YATES A, SINGH M, ANDREWS G, STEWART GW. Continuities between psychiatric disorders in adolescents and personality disorders in young adults. *Am J Psychiatry*, 152:895-900, 1995.
45. LEWINSOHN PM, ROHDE P, SEELEY JR, KLEIN DN. Axis II pathology as a function of axis I disorders in childhood and adolescence. *J Am Child Adolesc Psychiatry*, 36: 1752-1759, 1997.
46. KASEN S, COHEN P, SKODOL AE, JOHNSON JG, BROOK J. Influence of child and adolescent psychiatric disorders on young adult personality disorder. *Am J Psychiatry*, 156 (19): 1529-1535, 1999.
47. PARMELEE DX. *Psiquiatría del niño y el adolescente*. Harcourt Brace. Madrid, España, 1998.