

SALUD MENTAL EN ADOLESCENTES

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE 9 A 19 AÑOS DE
COLEGIOS PÚBLICOS Y PRIVADOS DEL ÁREA METROPOLITANA.**

INVESTIGADORAS

MARIA VIRGINIA GARCÉS VIEIRA

CAROLINA HENAO GARCIA

CATALINA HENAO GRAJALES

ANA MARIA NARANJO ISAZA

ASESORA

DRA. YOLANDA TORRES DE GALVIS

UNIVERSIDAD CES

FACULTA DE MEDICINA

GRUPO DE SALUD MENTAL

MEDELLÍN

2008

SALUD MENTAL EN ADOLESCENTES

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE 9 A 19 AÑOS DE
COLEGIOS PÚBLICOS Y PRIVADOS DEL ÁREA METROPOLITANA.**

INVESTIGADORAS

MARIA VIRGINIA GARCÉS VIEIRA

CAROLINA HENAO GARCIA

CATALINA HENAO GRAJALES

ANA MARIA NARANJO ISAZA

ASESORA

DRA. YOLANDA TORRES DE GALVIS

TÍTULO AL QUE SE ASPIRA MÉDICO GENERAL

UNIVERSIDAD CES

FACULTA DE MEDICINA

GRUPO DE SALUD MENTAL

MEDELLÍN

2008

TABLA DE CONTENIDO

	Pag	
RESUMEN	6	
PALABRAS CLAVE	8	
ABSTRACT	9	
INTRODUCCIÓN	10	
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11	
2. MARCO TEÓRICO	22	
2.1 HISTORIA	22	
2.2 GENERALIDADES	25	
2.2.1 CRITERIOS DIAGNOSTICOS DELEPISODIO DE DEPRESION MAYOR	27	
2.2.2 ETIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA	33	
2.2.3 HALLAZGOS DIAGNÓSTICOS	39	
2.2.4 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	40	
2.2.5 CURSO Y PRONOSTICO	41	
2.2.6 COMPLICACIONES RELACIONADAS	42	
2.3 TRATAMIENTO	43	
3. OBJETIVOS	51	
3.1 GENERALES	51	
3.2 ESPECIFICOS	51	

4. METODOLOGÍA	52
4.1 POBLACION Y MUESTRA	52
4.2 CONSTRUCCION DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION	53
4.2.1 INFORMACIÓN A LOS DIRECTORES DE COLEGIOS	53
4.2.2 PREPARACIÓN DE LOS ESTUDIANTES	54
4.2.3 CONSTRUCCIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN	54
4.2.4 VARIABLES DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN	54
4.3 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS	55
5. CONSIDERACIONES ETICAS	56
6. RESULTADOS Y DISCUSION	57
6.1 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA	57
6.1.1 DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD Y SEXO	57
6.1.2 DISTRIBUCIÓN SEGÚN CLASIFICACIÓN DE ADOLESCENCIA Y SEXO	57
6.1.2.1 CLASIFICACIÓN DE ADOLESCENCIA	57
6.1.3. PERCEPCIÓN DE FELICIDAD	59
6.1.3.1 DISTRIBUCIÓN SEGÚN PERCEPCIÓN PERSONAL DE FELICIDAD	59
6.1.4. DISTRIBUCIÓN SEGÚN VARIABLES DE FAMILIA	61
6.1.4.1 DISTRIBUCION SEGÚN TIPO	
6.2 ALGUNOS FACTORES DE PROTECCIÓN	66
6.2.3 DISTRIBUCIÓN SEGÚN RED DE APOYO Y CALIDAD DE RELACIONES CON LOS PADRES	66
6.2.3 .1 COMPORTAMIENTO DE LA RED DE APOYO	66

6.2.1.1 COMPORTAMIENTO DE LA ESCALA DE RELACION CON LA MADRE	67
6.2.2 DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESCALA DE RELACIÓN CON EL MAESTRO	70
6.2.3 DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESCALA DE ESPIRITUALIDAD	71
6.2.4 DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESCALA DE DEPRESIÓN	72

7. CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

RESUMEN

Antecedentes

La depresión constituye una de las enfermedades más frecuentes en los últimos tiempos, cuya incidencia en niños y adolescentes se hace cada vez más sobresaliente. Es una problemática que exige un tratamiento pronto y efectivo, ya que los efectos de dicha depresión en niños y jóvenes son bastante desalentadores: Drogadicción, promiscuidad sexual, deserción escolar, entre otros.

Esta investigación pretende mostrar cifras reales y confiables acerca de los índices de depresión que presentan los adolescentes de la ciudad de Medellín y el área metropolitana, en diferentes estratos y grados de escolaridad. Dicha información se empleará con el fin de proponer estrategias de prevención para dicha enfermedad, que permitan mejorar gradualmente la calidad de vida de la población estudiada.

La depresión es una enfermedad común en los últimos tiempos, pero a la hora de su diagnóstico se encuentra una subestimación de los resultados que conlleva a omitir el tratamiento adecuado; esto trae consigo graves consecuencias, como puede inferirse claramente. En una población tan joven como la que es objeto de este estudio, que se encuentra inmersa en un montón de conflictos y cambios, las probabilidades de incidencia de la depresión son mucho mayores que en los adultos.

Metodología

El estudio se realizó a partir del análisis de los factores de riesgo encontrados en la población escogida: Niños y jóvenes de ambos sexos, entre los 9 y los 19 años de edad, de 28 instituciones educativas oficiales y 32 privadas, con la información de número de grupos por grado (5° a 11°), tanto de la ciudad de Medellín como del Área Metropolitana. La información obtenida se logró realizando una encuesta a una muestra de 3.133 estudiantes, en forma autoaplicada, anónima y voluntaria siendo el instrumento de recolección el sistema de captura electrónica de datos Teleform

Resultados

La prevalencia de depresión en los adolescentes entre los 9– 19 años se encuentra en un rango alarmante de 24.2%, según la escala de depresión.

El 16.0% de los estudiantes tenidos en cuenta no se siente feliz lo que puede afectar su bienestar y calidad de vida convirtiéndose en un indicador negativo para la salud mental.

El apoyo recibido por la madre presenta el mejor comportamiento al sumar las respuestas de “siempre” y “casi siempre” llegando al 78.4%, seguido del recibido por el padre con 45.7% y los hermanos con el 42.3%. Llama la atención que la respuesta con relación al buen apoyo de los amigos supera a la del padre para las dos opciones antes mencionadas, “siempre” y “casi siempre,” con el 51.3%. Lo anterior representa que las relaciones con la madre se comportan como factor de protección y que se debe trabajar para educar al padre sobre su importante papel en el bienestar de sus hijos.

Por otro lado, según tipo de familia, se puede observar que la percepción negativa es menor en los hijos de familias nucleares y por el contrario se complementa con una mayor proporción de los que responden “más feliz que la mayoría”.

También se puede concluir que la frecuencia de la relación con los maestros como factor de protección esta alrededor del 23% como una interacción buena, siendo mayor en un 25% para los colegios privados en comparación con un 19% para los colegios públicos.

Conclusiones

Los factores de crianza y contacto con otros individuos son determinantes a la hora de establecer un diagnóstico adecuado sobre depresión en el niño y el joven, por lo que deben ser tomados en primera cuenta a la hora de crear estrategias preventivas y de concientización para evitar y tratar los síntomas depresivos de manera efectiva.

PALABRAS CLAVE

Depresión infantil, Prevalencia, colegios públicos-privados, Medellín- área metropolitana, Factores de riesgo y protección.

ABSTRACT

Introduction

Depression is one of the most frequent illnesses in recent times. This sickness whose incidence in children and adolescents becomes more outstanding day by day, demands a quick and effective treatment, for its effects on this population are heart sinking: drug abuse, sexual promiscuity, scholastic desertion, among others.

This investigation intends to show reliable numbers on depression in children and adolescents who belong to different social layers and who have achieved different degrees of education in either Medellin or its Metropolitan Area. This information will be useful in proposing depression-prevention strategies for the mentioned population.

Method

This study is based on the analysis of risk factors found in the chosen population: children and adolescents of both sexes, from 9 to 19 years of age, from 5th through 11th year of school, from 28 public and 32 private schools.

The information was obtained through surveys which were self-administered in a voluntary and anonymous way by 3,133 students. The electronic system Teleform was used to recollect the information.

Results

The prevalence of depression found in these children and adolescents between 9 and 19 years of age is of 24.2%.

The 16% of students who were surveyed did not feel happy. This can be a negative indicator of mental health.

The support given by the mother is the best behavior when adding the answers "always" and "almost always" getting to 78.4%, followed by the support received from the father with 45.7% and the brothers with 42.3%. It is to notice that the answer about support from friends surpasses that of the father for the already mentioned

options: "always" and "almost always", with 51.3%. All this means that the relationship with the mother is a protection factor and that the father must be educated on the importance of his father roll in the wellbeing of his children.

Negative perception was found lowest among children belonging to nuclear families. The number of times that these children answered that they felt "happier than most" was also higher than that of the rest of the children.

The positive interaction with teachers as a protection factor was around 23%, being higher in private schools (25%) and lower in public schools (19%).

Conclusions

The factors "upbringing" and "contact with others" are determinant hen diagnosing depression in children and adolescents. Therefore, they must be seriously considered when designing prevention and awareness-creating strategies for depression.

KEY WORDS

Children Depression, prevalent, public and private school, city of Medellin, protection and risk factor.

INTRODUCCIÓN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas psicológicas y sociales muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones .No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales ,sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social .

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años (1).

Paralelamente con este tenemos también la juventud que comprende el periodo entre 15 y 24 años de edad , categoría psicológica que coincide con la etapa post-puberal de la adolescencia, ligada a los procesos de interacción social , definición de identidad y responsabilidad , es por ello que la condición de juventud no es uniforme ,varia de acuerdo al grupo social que se considere.

Tomando como perspectiva el criterio demográfico, las Naciones Unidas han establecido un rango de edad para definir a la juventud entre 15 y 24 años. Sin embargo, distintos países de Ibero América amplían dicho rango, iniciándolo a los 12 años (Colombia y México) y terminándolo a los 29 años (México, Portugal y España).

La actual generación de jóvenes es la mayor registrada en la historia humana. Casi la mitad de la población mundial -más de 3.000 millones de personas- tienen menos de 25 años. De esos jóvenes, un 85% vive en países en desarrollo. Hay 1.200 millones de adolescentes entre 10 y 19 años de edad, (2)

La magnitud de los trastornos mentales en niños y adolescentes puede apreciarse en algunos datos tomados del reporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde se plantea que el 20% de los niños y adolescentes sufre de alguna enfermedad mental (Gómez, 2005; OMS,2003).

La magnitud de la carga de la enfermedad por depresión relacionada con el niño y el adolescente se ha sentido por los clínicos y los padres pero hasta hace poco tiempo ha sido difícil de cuantificar. Ahora, con las crisis mundiales la participación de los niños afectados por la guerra, explotados como fuerza de trabajo y aun sexualmente, el incremento de los huérfanos por Sida, los forzados a emigrar por razones económicas y políticas, las dimensiones de la carga de los desordenes en depresión es cada vez mas evidente y cuantificable

La palabra *depresión* viene del latín *depressus*, que significa abatido o derribado.

En la actualidad, hace parte del grupo heterogeneo de los trastornos afectivos y se caracteriza por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en las actividades cotidianas, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida.

Un trastorno depresivo no es lo mismo que un sentimiento pasajero de tristeza, puede ser un síndrome, es decir, un conjunto de síntomas, o bien, puede aparecer como síntoma asociado en otra entidad o trastorno, por ejemplo, como consecuencia de una enfermedad

Afecta hoy en día a 1 de cada 33 niños y 1 de cada 8 adolescentes en Estados Unidos.

La depresión figura como uno de los principales problemas de salud pública a escala nacional y mundial y constituye una patología frecuente en el contexto de atención primaria, donde se posiciona como el tercer motivo de consulta, con una prevalencia entre 5% y 25%, según los diferentes criterios diagnósticos empleados (3). Al revisar la literatura al respecto, los estudios sobre la exactitud diagnóstica de los médicos generales muestran que al comparar el criterio del clínico con un patrón

de oro (entrevista estructurada), la falta de concordancia entre estos dos no se limita únicamente al discrepancia total en cuanto a la presencia de síntomas psiquiátricos, sino al desacuerdo en cuanto a la severidad cuando se reconoce el trastorno y al diagnóstico psiquiátrico cuando se reconoce la presencia de alguno (4.).

El aumento de la prevalencia de los trastornos depresivos los llevará a ser la segunda causa de morbilidad en el mundo para el año 2020 (5.6.) . Las niñas adolescentes presentan el doble de posibilidades de experimentar depresión que los niños.

Por lo general, la enfermedad depresiva prolongada comienza en la adolescencia o los años de adulto joven. Alrededor del 15 al 20% de los adolescentes en Estados Unidos ha experimentado un episodio severo de depresión, que es similar a la proporción de adultos que sufren de depresión.

Según la psiquiatra infantil Raquel Rodríguez, el estado de ánimo deprimido parece ser un fenómeno común en la adolescencia. Alrededor de una quinta parte de la población adolescente tiene la experiencia de algunos síntomas de depresión en algún punto de este período. La Depresión como síndrome: la estimación de la prevalencia de los Estados Unidos los adolescentes parece ser de un 2.6% en los varones y de un 10.2% en las mujeres (población general).

En poblaciones clínicas de adolescentes, se calcula que en población de consulta externa, el 30% tiene trastornos depresivos. En población interna, el 40% tiene depresión.

La carga de una enfermedad se define en términos de su costo, y éste, para el paciente deprimido, puede ser económico, social o psicológico. Los trastornos depresivos, por su frecuencia en la población, imponen la inversión en gastos que garanticen una adecuada atención dentro del sistema de salud. Además, se impone otro factor importante, reconocido cada vez más: el impacto de la depresión sobre la vida familiar, ya que la familia no sólo sufre por la enfermedad, sino por la alteración del funcionamiento cotidiano. La depresión incrementa la posibilidad de divorcios y

altera los papeles sociales de la familia, como la transmisión cultural, la crianza de los hijos y el apoyo a familiares cuando tienen problemas (6.7..).

El estigma impuesto a la enfermedad, la carga percibida y el desconocimiento de los síntomas y factores de riesgo pueden llevar al subdiagnóstico de la enfermedad y a la ausencia de tratamiento.(8).

La depresión en Colombia tiene una prevalencia aproximada de 8.6% en hombres y de 14.9% en mujeres. (9).

El problema radica en que según literatura reciente la evidencia para tamización en niños y adolescentes es insuficiente a nivel nacional.

A nivel nacional, Mantilla y cols. (2003) investigaron con la versión corta del CDI de 10 ítems una muestra de 239 niños escolarizados de clase alta y baja de la ciudad de Bucaramanga. Se encontró que el 9.2% se encontraba deprimido; llegando a la conclusión de que la sintomatología depresiva aumentaba con la edad y el grado de escolaridad.

En el departamento de Antioquia (Colombia), Gómez, Alviz y Sepúlveda (2003) con la versión larga del CDI de 27 ítems desarrollaron una investigación en la ciudad de Medellín con una muestra de 207 niños y niñas entre 8 y 12 años de estratos 3, 4 y 5. Encontrándose promedios más bajos de depresión en comparación con las medias encontradas en Estados Unidos por Kovacs (1992), la autora original de la prueba.

Es habitual oír que hay un mayor número de depresión en las mujeres que en los hombres. Las explicaciones son múltiples y se pueden categorizar en varios aspectos biopsicosociales. Se pensó, desde una perspectiva social, que esto estaba ligado funcionalmente a los papeles del sexo o género.

Curiosamente los estudios actuales demuestran que no existe diferenciación en la aparición de síntomas de depresión entre niños y niñas antes de cumplir los 12 años. A partir de esa edad comienzan a ser más frecuentes en las niñas e incluso

va incrementando a medida que aumenta la edad (adolescencia), lo que apunta a una dimensión fuertemente social de género. El sexo femenino es uno de los más potentes predictores de desarrollar una depresión en el futuro junto con problemas de interiorización (ansiedad, pensamientos suicidas y depresión), debido a que son ellas las que acuden con mayor frecuencia a ayudas psicológicas. Es de esperar entonces que el 10.8% de las niñas tengan un riesgo mayor de desarrollar trastornos del estado de ánimo en las siguientes etapas del desarrollo

El estudio llevado a cabo por Stefano Vinaccia y col. sobre la prevalencia de la depresión en una población infantil del municipio de La Ceja (Antioquia) fue de un 25.2%, lo que evidencia que la sintomatología depresiva encontrada en niños escolares del oriente antioqueño es alta.

En Colombia, en adolescentes estudiantes es alta la prevalencia de síntomas depresivos con importancia clínica (SDIC) (10.11 .)

Estos síntomas pueden ser lo suficientemente relevantes para ser incluidos en alguna de las categorías diagnósticas especificadas en las clasificaciones de los trastornos mentales más conocidas en los países latinoamericanos: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado (trastorno depresivo menor, trastorno depresivo breve recurrente y trastorno disfórico premenstrual) (12.13). De un cuarto a un tercio de estos SDIC no cumplen criterios suficientes para ser incluidos en estos diagnósticos; sin embargo, causan un deterioro importante en el funcionamiento global de los adolescentes, de allí su relevancia clínica (14. 15.) En adolescentes, los SDIC se asocian con conductas que afectan la salud física y mental, por ejemplo, prácticas inadecuadas para el control del peso (16), pocas horas a la semana de actividad física (17), más de dos horas diarias dedicadas a ver televisión (18.), así como consumo de sustancias legales (alcohol y nicotina) (19.20.) e ilegales (cocaína, éxtasis o marihuana) (21.22.). Estos síntomas pueden ser matizados por las creencias y actitudes hacia la religión (23.). La presencia de SDIC es el producto de una compleja interacción de factores genéticos y medioambientales (24.25.). De estos factores, las condiciones socioeconómicas desfavorables pueden desempeñar un papel importante. En los

grupos menos favorecidos económicamente se aglutinan o agregan diversos factores de riesgo que afectan la salud física y mental de los adolescentes (26.)

En adolescentes, es importante identificar tempranamente los SDIC, además de las asociaciones anotadas, porque estos síntomas tienen otras consecuencias negativas a corto y largo plazo, como intentos de suicidio y menores logros académicos (27.28). En Colombia, los SDIC están relacionados con el consumo abusivo de alcohol, el consumo de nicotina (cigarrillo) y una pobre percepción de rendimiento académico durante el último mes (29.30.31) Sin embargo, otros factores individuales y sociales necesitan ser investigados. Asimismo, es necesario hacer un análisis diferencial por sexo. La prevalencia y los factores asociados con SDIC muestran características particulares en mujeres y en varones.

Los criterios tenidos en cuenta en esta investigación por motivos de precisión diagnóstica y por el mismo tipo de investigación fueron los del DSM-IV, los cuales indican claramente como los trastornos afectivos de la infancia y la adolescencia tienen los mismos aspectos esenciales que los trastornos afectivos de los adultos.

Para la crisis depresiva mayor y el trastorno distímico los criterios del DSM-IV incluyen "aspectos acompañantes" específicos de la edad que se encuentran en niños y adolescentes.

El aspecto predominante (síntoma de presentación) de depresión en niños pequeños puede ser la ansiedad, en tanto que en los adolescentes podría ser la conducta antisocial. Pueden observarse ideación suicida o conducta suicida.

Los niños deprimidos expresan a menudo pensamientos suicidas, ya sea de manera consciente (verbal) o de manera inconsciente (pruebas proyectivas). Aunque se informan a menudo pensamientos suicidas, sobre todo en niños hospitalizados, la conducta suicida en niños menores de 12 años de edad es extremadamente rara. Es más común después de esta edad y el suicidio es una de las causas principales de muerte en adolescentes. Las niñas efectúan más a menudo gestos suicidas (intentos suicidas) que los varones, en tanto que son ellos

los que efectúan más a menudo intentos suicidas verdaderos. Aunque la mayor parte de los adolescentes suicidas están deprimidos, sólo cerca del 25% de ellos satisfacen los criterios diagnósticos del DSM-IV para la enfermedad depresiva; por lo tanto, es de utilidad el diagnóstico de depresión enmascarada en este grupo de edad.

El desorden varía a través de las edades y es más frecuente mientras mayor es el niño, por lo tanto es más frecuente entre los adolescentes que entre los niños. Entre la población preescolar la incidencia del trastorno es muy rara.

Los síntomas de un episodio depresivo mayor suelen desarrollarse a lo largo de días o semanas. Antes de que comience un episodio depresivo mayor completo, puede haber un periodo prodrómico con síntomas ansiosos y síntomas depresivos leves, que pueden durar semanas o meses. La duración de un episodio depresivo mayor también es variable. Lo habitual es que un episodio no tratado dure 6 meses o más, independientemente de la edad de inicio. En la mayoría de los casos hay una remisión completa de los síntomas y la actividad retorna al nivel premórbido. En una proporción considerable de casos (quizá el 20-30%) algunos síntomas depresivos que son insuficientes para cumplir totalmente con los criterios para un episodio depresivo mayor persisten durante meses o incluso años y se asocian a incapacidad o malestar (en cuyos casos se debe anotar la especificación en remisión parcial). La remisión parcial, después de un episodio depresivo mayor parece ser predictora de un patrón parecido para episodios posteriores. En algunos sujetos (5-10%) se siguen cumpliendo totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor durante 2 o más años (en cuyo caso se debe anotar la especificación crónica).

De acuerdo con el DSM-IV son los siguientes:(32)

A) Presencia de 5 o más de los siguientes síntomas durante un periodo de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa: uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo: se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (Por ejemplo: llanto). NOTA: en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).

3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (por ejemplo: un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes) o pérdida o aumento del apetito casi cada día. NOTA: en niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.

4) Insomnio o hipersomnia casi cada día.

5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) caso cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).

8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

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

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

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

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

E) Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (por ejemplo: después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

NOTA: En niños pequeños son habituales los trastornos por ansiedad y las fobias. En niños mayores quejas somáticas, agitación psicomotora y alucinaciones congruentes con el estado de ánimo. En adolescentes puede aparecer una conducta negativista y antisocial y abuso de alcohol y sustancias, inquietud, mal humor y agresividad.

Por otro lado se pueden presentar dificultades escolares. Siempre hay un grado de deterioro en la actividad social o académica que depende de la severidad del trastorno.

El diagnóstico en niños es muy difícil por falta de técnicas de evaluación. Los trastornos depresivos generalmente siguen un curso crónico.

1) Depresión mayor: Puede ser un episodio único o recurrente.

2) Distimia: que puede ser primaria (inicio precoz) o secundaria (inicio tardío)

3) Depresión doble: Se da cuando el niño presenta una distimia con un trastorno depresivo mayor superpuesto. La distimia se ha mantenido durante un año por lo menos. Se hacen ambos diagnósticos.

4) Depresión mayor en remisión parcial: Cuando después de una depresión mayor quedan síntomas de lo que parece una distimia. Después de una depresión mayor se puede hacer un diagnóstico de distimia solo si ha habido una remisión completa de la depresión mayor durante 6 meses como mínimo.

5) Depresión mayor Crónica: Después de una depresión mayor quedan síntomas depresivos durante dos años.

La depresión infantil, al igual que la de los adultos, responde bien a la combinación de dos tipos de tratamiento:

- Acción psicoterapéutica, preferentemente cognitiva, que debe extenderse al entorno familiar.
- Tratamiento farmacológico con psicofármacos antidepresivos (AD).

Lo anterior ha generado la necesidad de recopilar toda la información necesaria con datos propios y actualizados para Medellín, sobre este grave problema que afecta al niño y al adolescente, así como evidenciar sobre datos etiológicos modificables que permita la toma de decisiones y la reorientación de programas de prevención, para mejorar la calidad de vida de nuestra población.

Por lo anterior se debe

1. Promover el reconocimiento del diagnóstico de depresión
2. Ofrecer servicios médicos que traten el problema integrando la atención de la familia, el niño y el joven.
3. Mejorar y desarrollar la infraestructura público-privada reforzando los recursos de prevención para apoyar estos esfuerzos al grado más completo posible.

Se propone:

1. Promover el reconocimiento por parte de la comunidad sobre la importancia de los problemas relacionados con la depresión en los niños y adolescentes y reducir el estigma asociado a enfermedad mental.

2. Continuar desarrollando, diseminado y promoviendo la oferta de servicios de prevención tratamiento en el campo de la depresión infantil como practica basada e la evidencia.
3. Mejorar el reconocimiento y evaluación de la depresión en niños y adolescentes.
4. Mejorar la infraestructura de los servicios de atención en la depresión infantil, que puedan hacer el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno incluyendo la ayuda de profesionales y la orientación de los programas basados en la evidencia.
5. Aumentar la cobertura y coordinación de los servicios de salud mental para tratar la salud integral incluyendo los aspectos relacionados con la salud mental.
6. Entrenar a los profesionales para reconocer y manejar los síntomas y signos de depresión y la oferta de servicios basados en la evidencia tanto para prevención como para tratamiento.
7. Supervisar el acceso y la calidad de los servicios que se ofrecen para el tratamiento de la depresión en el niño y el adolescente.

Ante la ausencia del diagnostico integral y actualizado sobre la situación del adolescente en la ciudad de Medellín, dada la voluntad política de la Secretaria de Salud en Medellín de utilizar los resultados para la formación de políticas y la orientación de intervenciones para la solución de problemas, así como participar activamente en la ejecución del proyecto y la experiencia de grupo de Salud mental de la Facultad de Medicina del CES, la disponibilidad de una serie de escalas sobre factores de riesgo y protección validada en previos estudios por el mismo grupo y la posibilidad de trabajo conjunto con el Grupo de psicología, de la misma institución, la propuesta de investigación tiene como propósito llenar el vacío que existe sobre el comportamiento de depresión infantil, ofreciendo el diagnóstico, comportamiento de los factores asociados y en esta forma permitir la orientación de los programas hacia la practica basada en la evidencia.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN:

- ¿Cuál es la magnitud del problema de la depresión en el adolescente?
- ¿Cuál es la frecuencia del trastorno en la población estudiada?
- ¿Cómo se comporta la morbilidad y comorbilidad de la depresión según edad sexo?
- ¿Cómo se comporta la frecuencia de los factores de protección?

2. MARCO TEÓRICO

2.1 HISTORIA

Los datos que permiten identificar los orígenes de la depresión se remontan al siglo IV a. de c., cuando Hipócrates hace la descripción de un enfermedad a la cual llama melancolía, la cual era causada por uno de los cuatro humores corporales, que en relación conjunta estaban relacionados con problemas psiquiátricos: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema; según esto, la melancolía era producida por la bilis negra o atrabilis (Calderon, 1998), con diversa sintomatología, principalmente somática.

Un siglo después Caelius Aurelianos (siglo V) apoya la descripción de Hipócrates afirmando que la bilis negra era la causa de la melancolía y que la depresión su efecto

Otros pensadores como Galeno de Pérgamo (130-120) describen a la melancolía como una alteración crónica que no se acompaña de fiebre y con síntomas como temerosidad, suspicacia misantropía, cansancio de la vida entre otros; así los términos fueron cambiando, uno de los cuales es la manía que era identificada como estados de humor de tonalidad opuesta; otro término utilizado es la melancolía que ha sido utilizada como sinónimo de depresión hasta el comienzo de la era psicofarmacológica este se extendió durante poco más de diez siglos durante los cuales Gregorio Magno (540-604), citado en Polaino (1980), describía a la acedia como uno de los desequilibrios humorales, también por sus especificaciones como sinónimo de melancolía y un desorden de la vida emocional que se tematiza en función de los apetitos dentro del marco teórico de las pasiones introducidas por Santo Tomas quien sostenía que la melancolía era producida por demonios e influencias astrales incluso que era a causa del pecado de pereza, pero más que eso se encuentran dentro de las pasiones de los síntomas o estados de una depresión se acentúa sin tratamiento y causa la muerte como ya se a mencionado y como lo afirma en Calderon (1998) Aslam en Londres quien escribió:

Esta enfermedad no era tomada como un problema de salud serio sin embargo hasta la época del México prehispánico a las personas que presentaban estos síntomas llegaban incluso a recomendar un tratamiento a base de yerbas o jugos de flores al cual le llamaban remedio para la "sangre negra", término común del cuadro en la Europa del siglo XVI, Calderon (1998). Todas las descripciones que se hacían fueron un gran principio para tomar a la depresión como una enfermedad que ataca a cualquier persona, por lo cual debe de ser tratada; pero no fue sino hasta 1630 cuando Robert Burton publica un tratado llamado anatomía de la melancolía en el cual era fácil identificar los estados depresivos, y después con Bonetus quien en 1679 escribe de la "manía de la melancolía" y en otra publicación de 1686 habla acerca de la relación y significación etiopatogénica existente entre la melancolía y la manía, Polaino (1980), esto da paso a que se formulen términos para los diferentes tipos de depresión. Bonetus emplea el término maniacomelancholicus que es el equivalente que usamos hoy de maniacodepresivo.

A su vez y en relación con las causas de la depresión Philippe Pinel, citado en Calderon (1998), a principios del siglo XIX, señaló como causas posibles de la melancolía en primer lugar las psicológicas, como una pérdida significativa en la vida, ya sea material o emocional, miedo, etc., y en segundo las físicas.

Conforme fue avanzando el tiempo los conceptos y términos utilizados para referirse a la melancolía o depresión eran más acertados y específicos. En 1869 Georg Meller Beard decía que la neurastenia (fatiga nerviosa) era un estado crónico de afección del sistema nervioso central (SNC) sin lesión demostrable en donde se presentaban síntomas como irritabilidad (mal humor crónico), insomnio, mareos, temores difusos, temores hipocondríacos, etc., (Gasto, 1993). Por otra parte Kraepelin en 1896 con su especificación de la diferencia entre psicosis maniaco-depresiva y demencia precoz llamada después esquizofrenia, dio paso a que se considerará a la psicosis como una depresión. Con esto concuerdan Calderon (1998) y Gasto (1993), quienes describen que para Kraepelin la enfermedad maniaco-depresiva era una psicosis constitucional, esencialmente hereditaria, caracterizada por la repetición, alternancia, yuxtaposición o coexistencia de estados de excitación y depresión.

Durante todo ese tiempo los términos utilizados fueron similares, como neurastenia y psicatenia como sinónimos de depresión neurótica al neurótico se le clasifica dentro de una depresión crónica además de con una probable respuesta al tratamiento biológico.

Así finalmente melancolía es aceptada como concepto de depresión y que lleva a otros más que especifican las diferentes ramas o clasificaciones de ésta; como se demuestra en la primera cuarta parte del siglo XX en donde los conceptos se desglosaban en ansiedad, depresión, histeria, hipocondría, obsesión, fobia trastorno psicósomático; entre otras y como Sir Aubrey Lewis que a fines de los 30's establece conceptos como las psicosis afectiva, la depresión psicogénea y la neurosis de ansiedad que en cierto modo eran inseparables en cuanto a diagnóstico por la similitud de padecimiento.

De este modo es imposible entender la secuencia de este síndrome en la actualidad sin conocer como ha evolucionado su verdadera historia.(33.34.35.36)

Es necesario reconocer que los trastornos afectivos en niños y adolescentes fueron identificados desde el siglo XVI. En 1621, Robert Burton en su obra sin paralelos, y para todos, recomendada: *The Anatomy of Melancholia*, relacionó los estilos de educación del niño con la tristeza. Muy poco se escribiría más adelante acerca de este asunto crucial por algunos siglos. Posteriormente y no, hasta el siglo antepasado, cuando Kraepelin describió una psicosis maniaco depresiva en un niño de 6 años que los trastornos afectivos, en la edad pediátrica, recibirían atención adicional.

Sin embargo, la existencia de la depresión en niños fue puesta en duda hasta cerca de los años En 1934, Melanie Klein desarrolló los conceptos de la posición esquizoparanoide y de la posición depresiva como parte del desarrollo psicosexual del niño. Posteriormente, John Bowlby, apoyándose en trabajos etológicos, postuló la teoría del vínculo (*attachment*) afectivo. Éste opina que el periodo más sensible oscila entre los 5 meses y los 3 años de edad y describió las siguientes fases clásicas:

- La fase de protesta al momento de la separación,
- La fase de desesperanza y
- La fase de desvinculación.

Postulando que la experiencia de separación, en el infante, ocasiona respuestas de ansiedad y cólera; mientras que la experiencia de pérdida ocasiona tristeza y depresión en el joven.

En el IV Congreso de la Unión de Paidopsiquiatras Europeos, realizado en Estocolmo en 1970, se concluyó que la depresión en la infancia era una entidad psiquiátrica frecuente --- Como resultado, siete años después, se publicó el libro: *Depression in Childhood: Diagnosis, Treatment and Conceptual Models*, donde se enfoca este problema en la población de niños norteamericanos. (OJO 37...)

2.2 GENERALIDADES

La depresión mayor se define como un estado de ánimo alterado que se mantiene diariamente durante un mínimo de dos semanas. Se puede clasificar según los criterios del DSMIV o del CIE10.

En esta investigación solo se tendrán en cuenta los del DSMIV, para efectos prácticos.

De acuerdo con este los trastornos del estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos (depresión unipolar), trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. Los trastornos depresivos (trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado) se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodio maníaco, mixto o hipomaníaco.

El DSM-IV da las siguientes especificaciones acerca de los trastornos del estado de ánimo:

1) El trastorno depresivo mayor: se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (por ejemplo; al menos dos semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión)

2) El trastorno distímico se caracteriza por al menos dos años en los que ha habido más días en estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado con otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor.

3) El trastorno depresivo no especificado se incluye para codificar los síntomas con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso o depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).

4) El trastorno bipolar I se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores.

5) El trastorno bipolar II se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaníaco.

6) El trastorno ciclotímico se caracteriza por al menos 2 años de numerosos periodos de síntomas hipomaníacos que no cumplen los criterios para un episodio maníaco y numerosos periodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

7) El trastorno bipolar no especificado se incluye para codificar trastornos con características bipolares que no cumplen criterios para ninguno de los trastornos bipolares específicos (o síntomas bipolares sobre los que se tiene una información inadecuada o contradictoria).

8) El trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de un enfermedad médica.

9) El trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una droga, un medicamento, otro tratamiento somático para la depresión o la exposición a un tóxico.

10) El trastorno del estado de ánimo no especificado se incluye para codificar trastornos con síntomas afectivos que no cumplen los criterios para ningún trastorno del estado de ánimo y en los que es difícil escoger entre un trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado (por ejemplo: una agitación aguda).

2.2.1 CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL EPISODIO DE DEPRESION MAYOR

A. Persistencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante el mismo periodo de dos semanas; estos síntomas suponen un cambio con respecto al funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es: 1) estado de ánimo deprimido, o 2) pérdida del interés o del placer. Nota: no incluye síntomas claramente secundarios a una enfermedad orgánica sistémica ni ideación delirante incongruente con el estado de ánimo ni alucinaciones

1. Estado de ánimo deprimido casi todo el día, la mayor parte de los días, indicado por el propio paciente (p.ej., se siente triste o vacío) u observado por terceros (p.ej., parece lloroso).
2. Pérdida marcada del interés o del placer por todas las actividades, casi todo el día, la mayor parte de los días (indicado por el propio paciente u observado por terceros).
3. Pérdida de peso significativa en ausencia de dieta de adelgazamiento o ganancia ponderal (p.ej., cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o aumento o pérdida del apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retardo psicomotores casi todos los días (observable por terceros no solo la sensación subjetiva de inquietud o de lentitud).
6. Cansancio o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sensación de inutilidad o culpa excesiva o inadecuada (que puede ser delirante), casi todos los días (no sólo auto reproches o sensación de culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días (bien indicado por el propio paciente u observado por terceros).

9. Ideas de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideación suicida recurrente sin plan específico, o intento de suicidio, o plan específico de suicidio.

B. Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto.

C. Los síntomas producen sufrimiento significativo o deterioran el funcionamiento social, laboral o de otras áreas importantes de la relación.

D. Los síntomas no se deben al efecto fisiológico directo de una sustancia (p.ej., toxicomanía, medicación) o a una enfermedad orgánica sistémica (p.ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se justifican mejor por la pérdida de un ser querido: después de la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una importante afectación funcional, preocupación morbosa con sentimiento de inutilidad, ideación suicida, síntomas sicóticos o retraso psicomotor. (Fuente: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª edición).

El episodio puede caracterizarse por tristeza, indiferencia o apatía, o por irritabilidad, y suele asociarse a cambios de distintas funciones neurovegetativas, incluyendo los patrones del sueño, el apetito y el peso corporal, la agitación o el retardo motor, la fatiga, la pérdida de la capacidad de concentración y de decisión, la sensación de culpa o vergüenza y el pensamiento relacionado con la muerte. Los pacientes con una depresión tienen una pérdida profunda de la capacidad de sentir placer en todas las actividades susceptibles de producirlo, se despiertan muy pronto por la mañana, sienten que su estado de ánimo disfórico es cualitativamente distinto de la tristeza y con frecuencia observan variaciones diurnas de su estado de ánimo (peor por las mañanas). Paradójicamente, estas características de mayor gravedad permiten predecir una buena respuesta a los antidepresivos.

Aproximadamente el 15% de la población general sufre un episodio de depresión mayor en algún momento de su vida y entre el 6 y el 8% de todos los pacientes ambulatorios de los servicios de atención primaria cumple los criterios diagnósticos de este trastorno. La depresión pasa muchas veces inadvertida y se trata incorrectamente incluso con mayor frecuencia. Si el médico sospecha un episodio de depresión mayor, su primera tarea será determinar si se trata de una depresión

unipolar o bipolar, o si forma parte del 10 al 15% de los casos secundarios a una enfermedad orgánica o al abuso de sustancias tóxicas. También deberá evaluar el riesgo de suicidio mediante un interrogatorio directo, pues los pacientes suelen mostrarse remisos a exponer tales pensamientos por si solos. Si se descubren planes específicos o existen otros factores de riesgo importantes (p.ej., antecedentes de intentos previos, desesperanza profunda, enfermedades médicas concomitantes, abuso de sustancias tóxicas, aislamiento social), el paciente deberá dirigirse a un especialista de salud mental para su tratamiento inmediato. En la evaluación del riesgo de suicidio el médico debe investigar específicamente cada una de estas áreas de manera empática y esperanzada, al tiempo que debe ser sensible a la posible negación o minimización del malestar. La presencia de ansiedad, angustia o agitación aumentan significativamente el riesgo de suicidio a corto plazo. Casi el 15% de los pacientes con enfermedad depresiva no tratada se suicidarán, y casi todos ellos acudirán al médico en busca de ayuda durante el mes anterior a su muerte.

En algunos pacientes deprimidos, el trastorno del estado de ánimo no parece ser episódico y no se asocia de una forma tan clara a una disfunción psicosocial o a un cambio de experiencia vital habitual de la persona. El trastorno distímico consiste en un patrón crónico (al menos por 2 años) de síntomas depresivos leves y constantes, menos graves y que provocan menos incapacidad que los de la depresión mayor. Sin embargo, los dos procesos son difíciles de diferenciar y pueden ocurrir a la vez (depresión doble). Muchos de los pacientes que muestran un perfil de pesimismo, desinterés y escasa autoestima responden al tratamiento antidepressivo. Alrededor del 5% de los pacientes de atención primaria sufren un trastorno distímico.

Los estudios efectuados en diversas culturas demuestran que las manifestaciones externas de la depresión difieren unas de otras, pero los síntomas centrales son siempre los mismos. La incidencia de depresión aumenta con la edad; este trastorno es unas dos veces más prevalente en la población femenina que en los varones, con independencia de la edad. Se creía que estas diferencias entre sexos eran el reflejo de factores socioculturales, pero los estudios longitudinales recientes en gemelos indican que la propensión a la depresión de las mujeres adultas tiene en gran medida, un origen genético y que el efecto de factores ambientales es transitorio y no influye en la prevalencia a lo largo de la vida. La relación entre el estrés

psicológico, las experiencias vitales negativas y la aparición de episodios depresivos es compleja. Desde luego, los acontecimientos vitales negativos pueden precipitar una depresión y contribuir a ella, pero los estudios recientes indican que los factores genéticos influyen en la sensibilidad de las personas a los acontecimientos estresantes. En la mayor parte de los casos, están implicados tanto los factores biológicos como los psicosociales en el desencadenamiento y el mantenimiento de los episodios depresivos. Los factores de estrés más intensos son los relacionados con la muerte de un familiar, la agresión o los problemas graves de pareja o de relación.

Los trastornos depresivos unipolares suelen comenzar en los primeros años de la edad adulta y tienden a recidivar a lo largo de la vida. El mejor indicador de riesgo futuro es el número de episodios pasados. Entre el 50 y el 60% de los pacientes con un primer episodio sufrirán al menos uno o dos más. Algunos pacientes sufren episodios múltiples que se hacen cada vez más frecuentes y graves. La duración del episodio no tratado es muy variable y oscila desde algunos meses hasta un año o más. El patrón de recidivas y la progresión clínica de cada episodio son variables. El fenotipo de muchas personas muestra estabilidad a largo plazo (síntomas de presentación, frecuencia y duración de los episodios). En una minoría, la gravedad puede progresar hacia la sintomatología psicótica. A veces, existe un patrón estacional que se manifiesta por el comienzo y remisión de los episodios en épocas predecibles del año. Este trastorno es más frecuente en las mujeres y sus síntomas consisten en anergia, fatiga, ganancia de peso, hipersomnia y ansia episódica de hidratos de carbono. La prevalencia aumenta con la distancia desde el Ecuador y puede lograrse una mejoría del estado de ánimo alterando la exposición a la luz.

La depresión afecta al 4-6% de los adolescentes y los criterios del DSM-IV para su diagnóstico son los mismos que en el adulto. (38). Para la crisis depresiva mayor y el trastorno distímico los criterios del DSM-IV incluyen "aspectos acompañantes" específicos de la edad que se encuentran en niños y adolescentes. Es importante tener en cuenta que en niños pequeños son habituales los trastornos por ansiedad y las fobias. En niños mayores quejas somáticas, agitación psicomotora y alucinaciones congruentes con el estado de ánimo. En adolescentes puede

aparecer una conducta negativista y antisocial y abuso de alcohol y sustancias, inquietud, mal humor y agresividad.

Por otro lado se pueden presentar dificultades escolares. Siempre hay un grado de deterioro en la actividad social o académica que depende de la severidad del trastorno.

El aspecto predominante (síntoma de presentación) de depresión en niños pequeños puede ser la ansiedad, en tanto que en los adolescentes podría ser la conducta antisocial. Pueden observarse ideación suicida o conducta suicida.

Los niños deprimidos expresan a menudo pensamientos suicidas, ya sea de manera consciente (verbal) o de manera inconsciente (pruebas proyectivas). Aunque se informan a menudo pensamientos suicidas, sobre todo en niños hospitalizados, la conducta suicida en niños menores de 12 años de edad es extremadamente rara. Es más común después de esta edad y el suicidio es una de las causas principales de muerte en adolescentes. Las niñas efectúan más a menudo gestos suicidas (intentos suicidas) que los varones, en tanto que son ellos los que efectúan más a menudo intentos suicidas verdaderos. Aunque la mayor parte de los adolescentes suicidas están deprimidos, sólo cerca del 25% de ellos satisfacen los criterios diagnósticos del DSM-IV para la enfermedad depresiva; por lo tanto, es de utilidad el diagnóstico de depresión enmascarada en este grupo de edad.

El desorden varía a través de las edades y es más frecuente mientras mayor es el niño, por lo tanto es más frecuente entre los adolescentes que entre los niños. Entre la población preescolar la incidencia del trastorno es muy rara. En niños prepuberales el trastorno aparece en la misma proporción en ambos sexos, pero en la adolescencia es más común entre mujeres.

Los sujetos con un episodio depresivo mayor se presentan a menudo con llanto, irritabilidad, tristeza rumiaciones obsesivas, ansiedad, fobias, preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolor (por ejemplo: cefaleas y dolores articulares, abdominales o de otro tipo). Durante un episodio depresivo mayor algunos sujetos presentan crisis de angustia con un patrón que cumple los criterios del trastorno de

angustia. En los niños puede presentarse una ansiedad por separación. Algunos sujetos refieren problemas en las relaciones personales, interacciones sociales menos satisfactorias o problemas en la actividad sexual. Pueden presentarse problemas matrimoniales, laborales, escolares o abuso de sustancias o alcohol (sobre todo en adolescentes). La consecuencia más grave de un episodio depresivo mayor es la tentativa de suicidio o el suicidio consumado. También puede haber una tasa aumentada de muertes por enfermedades médicas. Los episodios depresivos a veces van precedidos de algún estrés psicosocial (por ejemplo: la muerte de un ser querido, la separación matrimonial, el divorcio). El parto puede precipitar un episodio depresivo mayor, en cuyo caso se señala la especificación de inicio en el postparto.

El diagnóstico en niños es muy difícil por falta de técnicas de evaluación. Los trastornos depresivos generalmente siguen un curso crónico.

- 1) Depresión mayor: Puede ser un episodio único o recurrente.
- 2) Distimia: que puede ser primaria (inicio precoz) o secundaria (inicio tardío)
- 3) Depresión doble: Se da cuando el niño presenta una distimia con un trastorno depresivo mayor superpuesto. La distimia se ha mantenido durante un año por lo menos. Se hacen ambos diagnósticos.
- 4) Depresión mayor en remisión parcial: Cuando después de una depresión mayor quedan síntomas de lo que parece una distimia. Después de una depresión mayor se puede hacer un diagnóstico de distimia solo si ha habido una remisión completa de la depresión mayor durante 6 meses como mínimo.
- 5) Depresión mayor Crónica: Después de una depresión mayor quedan síntomas depresivos durante dos años.

En todo adolescente con depresión o comportamiento suicida se debe realizar una evaluación psiquiátrica, de manera ambulatoria u hospitalaria. La evaluación global requiere el estudio de los antecedentes que pueda tener el adolescente respecto a problemas mentales, síntomas de depresión, nivel de adaptación en el colegio,

interacciones con los amigos y en la familia y evaluación de otras posibles enfermedades. Las indicaciones para la hospitalización son el riesgo inminente de suicidio demostrado por el descubrimiento de un plan con acceso a medios mortales, los intentos de suicidio recurrentes, la presencia de depresión grave o psicosis, la drogadicción y la necesidad de apartar al paciente de un entorno fuertemente estresante.

2.2.2 ETIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA

La neurobiología de la depresión unipolar no se conoce bien. Aunque las pruebas a favor de una transmisión genética no son tan claras como en el trastorno bipolar, los gemelos monocigotos muestran una concordancia (46%) superior a la de los dicigotos (20%), con escasa evidencia de que el entorno familiar compartido tenga alguna influencia. Las similitudes entre las disfunciones del estado de ánimo, motoras y cognitivas características de la depresión unipolar y las que aparecen en las enfermedades de los ganglios basales sugieren que las zonas de déficits fundamentales pueden ser las redes en que participan la corteza pre frontal y dichos núcleos. Esta hipótesis recibe, además el apoyo de los estudios de tomografía de emisión de positrones (PET, del inglés positron emission tomography) del metabolismo cerebral de la glucosa. Estos estudios revelan una disminución del metabolismo de la glucosa en los núcleos caudados y en los lóbulos frontales de los pacientes deprimidos, con valores que vuelven a la normalidad con la recuperación. Los estudios con tomografía computarizada de emisión de fotón único (SPECT, del inglés single photon emission computed tomography) demuestran cambios comparables del riego sanguíneo y, en algunos pacientes, la resonancia magnética (RM) muestra una mayor frecuencia de lesiones de la sustancia blanca cortical. No obstante, puesto que estos hallazgos son más prevalentes en los pacientes con enfermedad depresiva de comienzo tardío, su significado se desconoce. Diversos estudios señalan la presencia de mayores cocientes ventrículo: encéfalo en los pacientes con depresión recidivante, pero se ignora si este hallazgo depende de su estado o refleja una auténtica atrofia cerebral.

Las autopsias de los cerebros de víctimas de suicidio sugieren una alteración de la actividad noradrenérgica, con aumento de la unión a los receptores α_1 - α_2 - y B-

adrenérgicos de la corteza cerebral, y un descenso del número total y de la densidad de las neuronas noradrenérgicas del locus ceruleus. El hallazgo de concentraciones bajas de triptófano, de ácido 5-hidroxiindolacético (el metabolito principal de la serotonina en el cerebro) en el líquido cefalorraquídeo y de la unión del transportador serotoninérgico de las plaquetas sugiere la participación del sistema de la serotonina. También se ha descrito un aumento de la densidad de receptores de serotonina en el cerebro de los suicidas. El agotamiento del triptófano sanguíneo, aminoácido precursor de la serotonina, contrarresta rápidamente los efectos beneficiosos de los antidepresivos en los pacientes tratados con éxito. Sin embargo, en los pacientes no tratados, el descenso del estado de ánimo es considerablemente menos marcado, de lo que se deduce que, aunque en la depresión existe una disfunción serotoninérgica presináptica, su contribución no sería causal, sino accesorio.

Las alteraciones neuroendocrinas que reflejan los signos y síntomas neurovegetativos son: 1) aumento de la secreción de cortisol y de hormona liberadora de corticotropina (CRH), 2) aumento del tamaño de las suprarrenales, 3) descenso de la respuesta inhibitoria de los glucocorticoides a la dexametasona y 4) respuesta amortiguada de la tirotrópina (TSH) a la inyección de hormona liberadora de tirotrópina (TRH). El tratamiento antidepresivo normaliza estas alteraciones hipofiso-suprarrenales.

Las variaciones diurnas de la gravedad de los síntomas y las alteraciones del ritmo circadiano de varios factores neuroquímicos y neurohumorales, sugiere que las diferencias biológicas pueden ser secundarias a un defecto primario de la regulación de los ritmos biológicos.

La etiología y patogenia de la depresión, se podría clasificar según la literatura actual en:

A) FACTORES BIOQUÍMICOS: los estudios familiares y genéticos indican que el riesgo entre los parientes de primer grado de los sujetos que sufren depresión mayor, es de aproximadamente dos a tres el riesgo de la población general. La concordancia es de cerca de 11% para los gemelos dicigóticos y se aproxima a un 40% en los gemelos monocigóticos. Los padres biológicos de los sujetos de estudio

adoptados tienen una prevalencia mucho mayor del trastorno de humor que los padres adoptivos.

Las hipótesis más importantes que se ofrecen para explicar el mecanismo real del trastorno del humor se orienta sobre las alteraciones de la regulación de los sistemas de neurotransmisores monoamínicos, en particular los de noradrenalina y serotonina.

Más recientemente se ha propuesto la hipótesis de una relación entre la depresión y el equilibrio colinérgico y se caracteriza por un dominio colinérgico relativo. Además se ha visto que la dopamina disminuye desde el punto de vista funcional en algunos casos de depresión mayor. Un número importante de casos tienen pruebas de aumento o disminución de la función noradrenérgica, otros estudios han señalado una disminución en la actividad serotoninérgica. A pesar de estos hallazgos, la mayor parte de las hipótesis actuales sobre la función de los neurotransmisores en los estados de alteración del humor se han orientado sobre los cambios de la sensibilidad y el número de receptores, más que sobre los cambios de la cantidad de neurotransmisores disponibles.

Desde una perspectiva neurofisiológica, el dato que se puede repetir más consiste en que el sueño en caso de depresión grave se caracteriza por disminución de la totalidad del mismo, disminución de la latencia del sueño MOR (es decir, tiempo de sueño desde el principio del mismo hasta que aparecen los primeros movimientos oculares rápidos), aumento de la intensidad de movimientos oculares rápidos y disminución del sueño delta 4. La electroencefalografía del sueño no permite distinguir entre los subgrupos de pacientes deprimidos, pero puede ayudar a predecir la reacción positiva a la medicación antidepresiva.

B) FACTORES PSICOSOCIALES: Aunque el estrés psicosocial puede desempeñar una función en la precipitación de una crisis depresiva mayor y dar forma a la constelación particular de síntomas observados, la investigación actual indica que, como tales, los factores ambientales no producen crisis depresivas graves. Sin embargo los sujetos deprimidos son a menudo incapaces de aceptar el concepto de vulnerabilidad biológica y se conservan convencidos de que "ellos

mismos" o los cambios de su ambiente son las causas principales de su estado del humor. A menudo, dudar de uno mismo, remordimientos y sensación insuperable de ineficiencia culminan en alteración de las relaciones con amigos y familiares y en abandono del trabajo, acciones que tienen efectos comprensibles a largo plazo sobre el humor. Por lo tanto, puede sobrevivir depresión crónica y rasgos de personalidad depresiva crónica y rasgos de personalidad depresiva como precursores psicológicos y sociales, aspectos concomitantes y secuelas de los estados depresivos biológicos recurrentes.

La observación de que muchos pacientes deprimidos tienen rasgos distintivos semejantes de personalidad hizo que Freud y otros psicoanalistas consideraran a la depresión clínica como un mecanismo de reparación psicológica. La pérdida de un objeto amado y la lesión psíquica consecuente podrían superarse solo mediante autocastigo en el que se devaluaba el objeto internado. Freud sostuvo que el desarrollo del ego dependía de la resolución con éxito de la pérdida del objeto original. Por lo tanto, la depresión surge como una manifestación del remordimiento por la ira hacia un objeto percibido de manera ambivalente (amado y odiado). Otros psicoanalistas se orientan sobre la depresión como una reacción del ego al desamparo más que a la ira internada.

C) TEORIA DEL DESARROLLO: La psicopatología ocurre cuando en el desarrollo hay una falta de organización e integración de habilidades sociales, cognitivas o emocionales que influyen la resolución exitosa de las tareas de desarrollo más importante.

Esta teoría se ve apoyada por el hecho de que la incidencia de depresión y conducta suicida aumenta con la edad.

D) ACTITUD O PATOLOGIA PARENTAL: Los niveles de incidencia de depresión en niños con padres deprimidos, sugieren que además de un factor genético hay un medio ambiental pues el estilo de relación (de vida) de los padres afecta dramáticamente al niño y aumenta el riesgo de que presente un trastorno de depresión.

E) MODELOS COGNITIVOS Y CONDUCTUALES: Algunos autores proponen deformaciones cognitivas que prolongan de manera de manera impresionante el estado afectivo mórbido. Las deformaciones cognoscitivas más comunes consisten en interpretación negativa de la experiencia, valoración negativa del yo y pesimismo sobre el futuro. Esta formulación tiene utilidad para comprender la tenacidad con que los pacientes deprimidos parecen aferrarse a la experiencia depresiva incluso ante recompensas, apoyo o éxito manifiestos.

Otra teoría postula el "desamparo aprendido" en el que los sujetos sometidos a situaciones cargadas de estrés en las que son incapaces de prevenir o alterar un estímulo aversivo (por ejemplo: dolor físico o psíquico) se apartan y no hacen ningún intento más por escapar, incluso aunque queden a su disposición oportunidades para mejorar su situación. Otros autores proponen que la depresión es causada principalmente por la reducción de la magnitud del reforzamiento positivo. El amor propio bajo es una consecuencia de la incapacidad de los sujetos deprimidos para enfrascarse en conductas de búsqueda de finalidades con éxito , por lo tanto un refuerzo positivo de magnitud baja resultante.

Modelo de Aprendizaje Social: Propone que la depresión está asociada con el siguiente paradigma: baja frecuencia de respuesta al reforzamiento positivo contingente; la baja tasa de respuesta está ocasionada por una falta de habilidades sociales, esta deficiencia provoca que haya poco reforzamiento del medio ambiente. Al mismo tiempo el medio también contribuye a mantener las conductas depresivas, pues la persona deprimida aprende a obtener reforzamiento social en forma de atención y preocupación por sus conductas depresivas verbales.

Los autores asumen que el niño deprimido que se percibe así mismo como rechazado, no querido, no aceptado, tiene una percepción distorsionada de la realidad.

En relación a esta teoría han surgido programas de tratamiento que proponen aumentar el nivel de actividad en forma de actividades placenteras y reforzantes y así modificar, aumentar, el paradigma nivel de reforzamiento contingente.

Modelo cognoscitivo: Beck propuso un modelo cognoscitivo, la depresión llamada "triada cognitiva" donde propone que las personas deprimidas tienen un estilo de pensamiento sistemáticamente negativo lo que los lleva a tener una visión negativa de ellos mismos, del mundo y del futuro. Se han encontrado datos empíricos de que cada uno de los elementos de esta triada cognitiva está asociado a la depresión.

Estilo Atribucional: Es un modelo formulado a partir del de Desamparo Aprendido y postula que el estilo atribucional filtra la experiencia de tal manera que provoca los déficits afectivos motivacionales y autoestima asociados con la depresión.

Autocontrol o Autorregulación: Se hipotetiza que las personas deprimidas tienen deficiencias en una o más de estas etapas o fases por lo tanto, la depresión es causa de déficits de autocontrol.

- 1) Monitoreo selectivo de eventos negativos excluyendo los eventos positivos.
- 2) Monitoreo selectivo de las consecuencias inmediatas contra las consecuencias a largo plazo del propio comportamiento.
- 3) Establecimiento de criterios de evaluación muy estrictos.
- 4) Hacer atribuciones negativas de las responsabilidades de la propia conducta.
- 5) Utilización insuficiente de autor reforzamiento.

- 6) Utilización excesiva de autocastigo.

2.2.3 HALLAZGOS DIAGNÓSTICOS

No se ha identificado hallazgos que sean diagnósticos de un episodio depresivo mayor. No obstante se ha observado que diversos hallazgos de laboratorio son anormales en grupos de sujetos con depresión mayor. Las anomalías de laboratorio que se asocian con un episodio depresivo mayor parece que son las mismas tanto si el episodio forma parte de un trastorno depresivo mayor, un trastorno bipolar I o trastorno bipolar II.

Las alteraciones del EEG del sueño pueden demostrarse en un 40-60% de los casos ambulatorios y hasta un 90% en los pacientes ingresados con un episodio depresivo mayor. Los hallazgos polisomnográficos más frecuentes incluyen:

- 1) Alteraciones de la continuidad del sueño, como una latencia de sueño prolongada, mayor frecuencia de despertares intermitentes y despertar precoz.
- 2) Reducción de movimientos oculares lentos (NREM) en los estadios 3 y 4 del sueño (sueño de ondas lentas), con un cambio de la actividad de ondas lentas más allá del primer periodo NREM.
- 3) Disminución de la latencia de los movimientos oculares rápidos (REM) (por ejemplo: acortamiento de la duración del primer periodo NREM).
- 4) Aumento de actividad de la fase REM (por ejemplo: el número de movimientos oculares verdaderos durante el REM).
- 5) Aumento de la duración del sueño REM al principio de la noche. Algunos datos sugieren que estas anomalías del sueño a veces persisten tras la remisión clínica o pueden preceder al inicio de un episodio depresivo mayor.

2.2.4 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Un episodio depresivo mayor debe diferenciarse de un "Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica". El diagnóstico apropiado es trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica si la alteración del estado de ánimo se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica específica (por ejemplo: esclerosis múltiple, accidente vascular cerebral, hipotiroidismo). Esto se determina según la historia clínica, los hallazgos de laboratorio o la exploración física.

Un "trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias" se distingue del episodio depresivo mayor por el hecho de una sustancia (una droga, un medicamento o un tóxico) se considera etiológicamente relacionada con la alteración del estado de ánimo.

En personas ancianas es importante distinguir entre un episodio depresivo mayor en el que existen síntomas cognoscitivos (por ejemplo: desorientación, apatía, dificultades para concentrarse, pérdida de memoria) y "demencia".

También hay que distinguir, sobre todo en niños, si se trata de un episodio depresivo mayor (en el que se pueden presentar alucinaciones e ideas delirantes) o una esquizofrenia como tal o un trastorno esquizoafectivo.

La distractibilidad y la baja tolerancia a la frustración pueden darse tanto en un "trastorno por déficit de atención con hiperactividad" como en un episodio depresivo mayor. El clínico debe ser cuidadoso para no sobrediagnosticar episodios depresivos mayores en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, en los que la alteración del estado de ánimo se caracteriza por irritabilidad más que por tristeza o pérdida de interés.

Un episodio depresivo mayor que se presente en respuesta al estrés psicosocial se distinguirá de un "trastorno adaptativo con un estado de ánimo deprimido" por el hecho de que este último no cumple totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor. Tras la pérdida de un ser querido, los síntomas depresivos deben atribuirse a un duelo y no a un episodio depresivo mayor, a no ser que los síntomas persistan durante más de 2 meses o incluyan un deterioro funcional importante, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

También hay que diferenciar y distinguir si se trata de un episodio depresivo mayor o de un trastorno distímico, que es entendida como una neurosis depresiva y es una alteración crónica del estado de ánimo (deprimido o irritable) que se presenta la mayor parte del tiempo y que dura la mayor parte del día a lo largo de un año como mínimo.

Finalmente hay que señalar que los "periodos de tristeza" son aspectos inherentes de la experiencia humana y son fluctuaciones normales del estado de ánimo que no deben diagnosticarse como un episodio depresivo mayor.

2.2.5 CURSO Y PRONOSTICO

Los síntomas de un episodio depresivo mayor suelen desarrollarse a lo largo de días o semanas. Antes de que comience un episodio depresivo mayor completo, puede haber un periodo prodrómico con síntomas ansiosos y síntomas depresivos leves, que pueden durar semanas o meses. La duración de un episodio depresivo mayor también es variable. Lo habitual es que un episodio no tratado dure 6 meses o más, independientemente de la edad de inicio. En la mayoría de los casos hay una remisión completa de los síntomas y la actividad retorna al nivel premórbido. En una proporción considerable de casos (quizá el 20-30%) algunos síntomas depresivos que son insuficientes para cumplir totalmente con los criterios para un episodio depresivo mayor persisten durante meses o incluso años y se asocian a incapacidad o malestar (en cuyos casos se debe anotar la especificación en remisión parcial). La remisión parcial, después de un episodio depresivo mayor parece ser predictora de un patrón parecido para episodios posteriores. En algunos sujetos (5-10%) se siguen cumpliendo totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor durante 2 o más años (en cuyo caso se debe anotar la especificación crónica).

En cuanto al pronóstico, las estimaciones del grado de recuperación y la probabilidad de que el sujeto se conserve bien dependerán principalmente de la edad del paciente en el momento en que se inicia el problema, el número de crisis previas y la reacción al tratamiento somático y psicosocial. Muchos individuos tienen sólo una crisis depresiva durante toda su vida. La probabilidad de recurrencia se incrementa de manera impresionante cuando se inicia una segunda crisis, y sigue aumentando ligeramente con cada crisis adicional hasta que llega, por último a una meseta estadística.

Desde luego el pronóstico se ve afectado en gran medida por la reacción del individuo al tratamiento inicial y a los regímenes de sostén con antidepresivos o litio.

Las valoraciones específicas del pronóstico en casos individuales se pueden complicar con cambios en el apoyo psicosocial y de la posición social que ocurren como secuelas predecibles de las crisis depresivas recurrentes. Los pacientes que

pierden su trabajo, abandonan la escuela o se divorcian como resultado de su conducta a lo largo de una crisis aguda no experimentan fácilmente restitución de estas pérdidas al remitir su depresión, y por lo tanto, deben enfrentarse a un estrés psicológicos durante los periodos eutímicos. El pronóstico de recuperación es por lo general pobre en los casos en que se observan preocupación suicida de manera recurrente durante las crisis sucesivas, y en los que hay contenido delirante profundo.

2.2.6 COMPLICACIONES RELACIONADAS

Por último cabe mencionar que los desórdenes afectivos que aparecen en la infancia o adolescencia son recurrentes si no se tratan adecuadamente, y pueden producir complicaciones como:

- 1) Bajo rendimiento académico.
- 2) Abuso de sustancias.
- 3) Deterioro en los patrones psicosociales.
- 4) Trastornos de conducta.
- 5) Intentos y conductas suicidas.

El rendimiento escolar invariablemente está afectado por la incapacidad para concentrarse, trabajo lento, falta de interés y motivación, cansancio, preocupaciones, etc.

Durante los episodios depresivos la relación con padres y amigos son anormales. Todo lo anterior cambia al recuperarse del episodio.(39)

2.3 TRATAMIENTO

La planificación del tratamiento requiere coordinar la remisión de los síntomas a corto plazo con las estrategias de mantenimiento a largo plazo diseñadas para prevenir las recaídas y las recidas. La intervención mas eficaz para lograr la remisión y evitar la recaída es el tratamiento farmacológico, pero el tratamiento combinado, que incorpora la psicoterapia para ayudar al paciente a afrontar su perdida de autoestima y su desmoralización, mejora significativamente los resultados. En torno al 40% de los pacientes de atención primaria con depresión abandonaban el tratamiento e interrumpen la medicación cuando no aprecian mejoría sintomática en el plazo de un mes, salvo que reciban apoyo adicional. La respuesta mejora con: 1) mayor intensidad y frecuencia de las visitas durante las primeras 4 a 6 semanas de tratamiento, 2) adición de material educativo, 3) consulta psiquiátrica cuando procede. Pese al empleo generalizado de los ISRS, no existen pruebas convincentes de que esta clase de antidepresivos sea más eficaz que los ATC.

Entre el 60% y el 70% de los pacientes deprimidos responden al fármaco elegido, cualquiera que sea, si se administran en dosis suficientes durante 6 a 8 semanas. el antidepresivo ideal no existe; ninguno de los compuestos actuales combina un comienzo rápido de la acción, una semivida moderada, una relación significativa entre dosis y concentración sanguínea, un perfil de escasos efectos secundarios, una interacción mínima con otros fármacos y seguridad en caso de sobredosis. Para seleccionar el antidepresivo mas adecuado, es preciso adoptar un enfoque racional, basado en el conocimiento de las diferencias metabólicas y el perfil de efectos secundarios de los fármacos así como de las preferencias del paciente. Una respuesta anterior, o antecedentes familiares de respuesta positiva, a un antidepresivo específico hace pensar que ese fármaco debe ser la primera elección. Antes de iniciar el tratamiento antidepresivo el medico debe valorar la posible contribución de las enfermedades comorbidas y considerar si tratamiento específico. En las personas con ideación suicida debe prestarse especial atención a la elección de un fármaco con escaso potencial de producir toxicidad en caso de sobredosis. Los ISRS y otros agentes modernos

son claramente mas seguros a este respecto; no obstante, no superan del todo las ventajas de los ATC. El hecho de que existan equivalentes genéricos de estos los hacen relativamente baratos. Además, se han definido las relaciones entre dosis, concentración plasmática y respuesta terapéutica de algunos de los tricíclicos, especialmente de nortriptilina, imipramina y desimipramina, lo que facilita la planificación individual del tratamiento. La concentración plasmática de estado estacionario con una determinada dosis de fármaco puede variar mas de diez veces en las distintas personas .los inconvenientes principales de los ATC son sus efectos secundarios antihistamínicos (sedación) y anticolinérgicos (estreñimiento, sequedad de boca, dificultad para iniciar la micción, visión borrosa). También se han descrito casos de toxicidad cardiaca grave con bloqueo de conducción o arritmias, pero son raros con las concentraciones terapéuticas. Los ATC probablemente están contraindicados en los pacientes con factores de riesgo cardiovascular. LA sobredosis de triciclitos es mortal y la desimipramina es el más peligroso de todos ellos. Puede ser sensato re4scindir dosis para más de 10 días. Casi todos los pacientes precisan dosis diarias de 150 a 200 ng/ml de imipramina o amitriptilina o su equivalente, para lograr una concentración terapéutica de 150 a 300 ng/ml y una remisión satisfactoria: algunos pacientes presentan respuestas parciales con dosis menores. Son importantes las diferencias del metabolismo del fármaco dependiente del origen étnico, ya que los pacientes de origen hispano, asiático o africano necesitan, en general dosis más bajas para alcanzar niveles terapéuticos comparables a los de raza blanca.

Los antidepresivos de segunda generación son la amoxapina, la maprotilina, la trazodona y el bupropión. La primera es una dibenzoxazepina que bloquea la recaptacion de noradrenalina y serotonina y tiene un metabolito que provoca cierto grado de bloqueo de la dopamina. Su administración a largo plazo conllévale riesgo de discinesia tardía.La maprotilina es un bloqueante potente de la recaptación noradrenergica con escaso efecto anticolinergico, pero puede producir convulsiones. El bupropion es un antidepresivonuevo en cuyo mecanismo de acción se cree que participa la facilitacion de la funcion noradrenergica. No tiene efectos secundarios anti colinérgicos, sedantes ni

ortostáticos específicos y su incidencia de disfunción sexual es baja. Sin embargo, puede asociarse a efectos secundarios de tipo agresivo-estimulante, puede bajar el umbral para las convulsiones y tiene una semivida extremadamente breve, por lo que requiere varias tomas al día. Está disponible una presentación de liberación retardada.

Los ISRS, como la fluoxetina, la sertralina, la paroxetina y el citalopram tienen menor frecuencia de efectos secundarios anticolinérgicos, sedantes y cardiovasculares pero, posiblemente mayor incidencia de molestias digestivas, alteración del sueño y disfunción sexual, en comparación con los ATC. También la acatisia, con una sensación de inquietud y ansiedad, puede ser más frecuente, sobre todo durante la primera semana de tratamiento. Un problema importante, además de las interacciones medicamentosas, es el riesgo del “síndrome serotoninérgico”, que se cree que se debe a la hiperestimulación de los receptores 5HT_{1A} del tronco encefálico y que se caracteriza por mioclonia, agitación, cólicos abdominales, hiperpirexia, hipertensión y en algunos casos la muerte. Ello obliga a vigilar estrechamente su combinación con los agonistas serotoninérgicos. La elección entre los ISRS depende principalmente de su semivida, el cumplimiento del tratamiento, la toxicidad y el riesgo de provocar interacciones farmacológicas nocivas. Por ejemplo, la fluoxetina y su metabolito activo más importante, la norfluoxetina, tienen una semivida combinada de casi 7 días, lo que implica que tardan unas 5 semanas en alcanzar el estado estacionario y que se necesitan un periodo similar para su eliminación del organismo. Todos los ISRS pueden alterar la función sexual, con disminución de la libido, impotencia o dificultad para llegar al orgasmo. La disfunción sexual provoca a menudo la falta de cumplimiento, por lo que se debe preguntar específicamente al paciente al respecto durante las visitas. A veces, la disfunción sexual mejora reduciendo las dosis, estableciendo periodos de vacaciones para el fin de semana (dos o tres veces al mes) o añadiendo amantadina (100mg tres veces al día), betanecol (25mg tres veces al día) o buspirona (10mg tres veces al día). La paroxetina parece tener más efectos anticolinérgicos que la fluoxetina o la sertralina, y esta última conlleva menos riesgo de producir interacciones farmacológicas desfavorables que las otras

dos. Los ISRS tienen otros efectos secundarios menos frecuentes, entre los que destacan la angina vaso espástica y las alteraciones del tiempo de protombina. El citaloproma es el ISRS más específico entre los disponibles en la actualidad y parece carecer de un efecto inhibitor específico sobre el sistema P450.

La venlafaxina, como la imipramina, bloquea la recaptación de noradrenalina y serotonina, pero produce relativamente pocos de los efectos secundarios tradicionales de los tricíclicos. Al contrario que la de los ISRS, su curva dosis-respuesta es relativamente lineal. Obliga a vigilar el posible aumento de la presión diastólica de los pacientes y requiere múltiple dosis diaria, dada la brevedad de su semivida. Está disponible la fórmula de liberación retardada que presenta una incidencia algo menor de efectos secundarios digestivos. La nefazodona es un antagonista selectivo de los receptores 5HT₂ que también inhibe la recaptación presináptica de serotonina y noradrenalina. Sus efectos secundarios son similares a los de los ISRS y la administración de dos dosis diarias produce el estado de equilibrio al cabo de 4 ó 5 días. Este fármaco está relacionado estructuralmente con la trazodona, que actualmente se usa más por su efecto sedante que por su acción antidepresiva. La nefazodona parece tener menor incidencia de efectos secundarios sexuales que los ISRS. La mirtazapina es un antidepresivo tetracíclico con un espectro de actividad relativamente peculiar. Aumenta la neurotransmisión noradrenérgica y serotoninérgica a través del bloqueo de autoreceptores y heteroreceptores α -adrenérgicos centrales y los receptores 5HT₂ y 5HT₃ postsinápticos: también es un potente antihistamínico y, como tal, puede causar sedación con dosis bajas.

Exceptuando el citalopram, todos los ISRS, al igual que la nefazodona, pueden inhibir una o más enzimas del citocromo P450. Dependiendo de la isoenzima específica inhibida, pueden producir una alteración espectacular de otros fármacos administrados simultáneamente. La fluoxetina y la paroxetina, por ejemplo inhiben la enzima 2D6 y pueden causar grandes elevaciones de las concentraciones sanguíneas de los antiarrítmicos de tipo 1C; a su vez, la sertralina y la nefazodona, que actúan sobre 3^a4, pueden alterar las concentraciones plasmáticas de terfenadina, carbamezina y astemizol. Puestos

que muchos de estos compuestos tienen una ventana terapéutica estrecha y pueden causar arritmias ventriculares iatrogénicas cuando se encuentran en concentraciones tóxicas, es preciso considerar la posibilidad de una interacción farmacológica indeseable.

Otras opciones terapéuticas son los IMAO y el tratamiento electroconvulsivo. Los primeros son muy eficaces, especialmente en el tratamiento de la depresión atípica, pero conlleva un riesgo de causar crisis hipertensivas cuando se ingieren junto a alimentos con abundante tiramina o agentes simpatomiméticos, por lo que no están indicados como tratamiento de primera elección. Sus efectos secundarios más frecuentes son: hipotensión ortostática, ganancia de peso, insomnio y disfunción sexual. Los IMAO no deben administrarse en proximidad temporal con los ISRS, a causa del riesgo de inducir un síndrome serotoninérgico, ni tampoco con los ATC por los posibles efectos hiperadrenérgicos. El tratamiento electroconvulsivo es, al menos, tan eficaz como el farmacológico, pero su uso se reserva para los casos resistentes a este último tratamiento y a la depresión delirante.

Independiente del medicamento seleccionado, hay que valorar la respuesta al mismo después de unos dos meses de tratamiento. Tres cuartas partes de los pacientes presentan una respuesta adecuada en este momento, pero si la remisión se considera insuficiente, será preciso interrogar al paciente al enfermo acerca del cumplimiento del tratamiento y considerar un incrementote la dosis si no existen efectos secundarios molestos. Si no se produce una mejoría, es aconsejable consultar con un especialista en salud mental o remitirle al enfermo. En estos casos, la estrategia terapéutica consiste en buscar un fármaco alternativo, combinaciones de antidepresivos, o un tratamiento único o en combinación con otras clases de fármacos, tales como litio, hormona tiroidea o agonistas de la dopamina. Los pacientes cuya respuesta a un ISRS disminuye a lo largo del tiempo pueden beneficiarse de la adición de buspirona (10mg tres veces al día) o pindolol (2.5mg tres veces al día), o de pequeñas cantidades de un antidepresivo tricíclico como la desimipramina (25mg dos o tres veces al día). Cuando se consigue una remisión significativa, el tratamiento farmacológico se

mantiene como mínimo durante 6 a 9 meses, para evitar la recaída. En los pacientes que han sufrido dos o más de depresión, debe valorarse la conveniencia de un tratamiento de mantenimiento indefinido.

Es fundamental asesorar a los pacientes acerca de la depresión y de la medicación que les ha sido prescrita. Es preferible utilizar un enfoque educativo, describiendo lo que se conoce acerca del síndrome depresivo y la ayuda que los medicamentos pueden prestar. También son útiles los consejos sobre la reducción del estrés, los efectos secundarios y de la duración prevista del tratamiento, así como advertir del riesgo de que el consumo de alcohol puede agravar los síntomas depresivos y dificultar la respuesta al fármaco antidepresivo. Es importante que los pacientes tengan el tiempo suficiente para describir sus experiencias y las consecuencias de las mismas en su vida, su familia y sus perspectivas de futuro. A veces, un silencio empático es tan útil para la alianza terapéutica como la tranquilización verbal.

En conclusión, el tratamiento farmacológico está indicado efectuar una prueba con medicación antidepresiva en la mayor parte de los sujetos que sufren depresión mayor, en particular si hay rasgos de melancolía. Algunos clínicos prefieren retrasar esta prueba hasta que se valora la reacción del paciente a un ciclo de psicoterapia breve. Algunos individuos víctimas de depresión mayor reaccionan de manera favorable a la psicoterapia nada más, aunque en la mayor parte de los estudios controlados se ha demostrado que la psicoterapia no controla los síntomas agudos. La sabiduría de este retraso dependerá de la valoración de la gravedad y el riesgo estimado de prolongar la morbilidad.

El fármaco de primera elección suele ser un agente tricíclico o tetracíclico, aunque los agentes nuevos no parecen ser más eficaces que los que llevan ya más tiempo empleándose. La selección del fármaco debe basarse sobre el estado médico general del paciente, los efectos colaterales del fármaco y los antecedentes personales o familiares de reacción terapéutica a un agente específico. Cerca del 70% de los pacientes con depresión mayor reaccionan favorablemente a la medicación antidepresiva. En la mayor parte de los casos la reacción pobre se debe

a la incapacidad del paciente para tomar la medicación como se le prescribió o a la posología insuficiente. Es de utilidad en los casos en los que no hay reacción al medicamento, medir la concentración plasmática del fármaco, incluso aunque los pacientes estén recibiendo las dosis máximas.

Suele observarse un beneficio terapéutico claro en 10 a 14 días después de haberse iniciado el tratamiento, aunque no son raras las reacciones más tempranas y más tardías. En general se observan signos de mejoría (aumento del apetito, mejoría del sueño y el afecto, menor agitación, aumento de la actividad con una finalidad) antes que ocurra mejoría subjetiva. Deberá pensarse en un fármaco de clase diferentes para los pacientes cuyos síntomas no mejoran después de seis semanas de medicación con concentraciones sanguíneas suficientes.

De manera alternativa podrían añadirse otros fármacos como liotironina, litio, triptófano, inhibidores de la MAO (isocarboxacida, fenelcina, tranilciprimina) que pueden ser fármacos de primera elección para sujetos que manifiestan ansiedad prominente acompañada de depresión, o que se quejan específicamente de fatiga, hipersomnia y aumento de peso más que de pérdida de peso.

Aunque el litio no tiene un efectos antidepresivo tan específico como los agentes antidepresivos más tradicionales, puede ser el fármaco que ayude mejor a los pacientes que tienen periodicidad clara de las recurrencias depresivas, y es un agente profiláctico más adecuado que los agentes tricíclicos tradicionales.

No está claro el periodo de sostén en que deben administrarse los medicamentos una vez que ha desaparecido los síntomas, pero, en general se requiere un periodo de 4 a 6 meses de medicación antidepresiva en dosis decrecientes o para prevenir las recaídas.

Está indicada a menudo la psicoterapia para la depresión mayor, sobre todo para mejorar el funcionamiento social después de la remisión de los síntomas agudos. La investigación actual propone que la combinación de un tratamiento médico con un tratamiento psicosocial es la más eficaz. Se han empleado muchos criterios psicoterapéuticos, pero las modalidades que se orientan sobre el funcionamiento

interpersonal y las deformaciones cognitivas del paciente deprimido parecen ser más productivas.

La terapéutica de introspección se vuelve difícil a causa de la tendencia del paciente deprimido a interpretar las sugerencias terapéuticas como críticas. A menudo el tratamiento cognoscitivo es de naturaleza didáctica, y puede incluir con provecho tareas para la casa, en las cuales se pide al paciente que examine y pruebe de manera crítica sus exposiciones erróneas derivadas de la experiencia depresiva.

Por último cabe mencionar que en la planeación del tratamiento no debe despreciarse la participación de familiares (sobre todo de padres o hermanos si el paciente deprimido es un niño). Esto puede tomar diversas formas, incluso educación sobre la enfermedad, apoyo emocional y consideración de aspectos interpersonales.

3. OBJETIVOS

3.1. GENERAL

Estimar la prevalencia de depresión en los adolescentes de 9 a 19 años, estudiantes de quinto a undécimo grado, de colegios públicos y privados tanto de la ciudad de Medellín como del Área Metropolitana con el fin de determinar cifras estadísticas confiables y actualizadas que permitan la toma de decisiones y la reorientación de programas de prevención, para mejorar la calidad de vida de la población.

3.2. ESPECÍFICOS

1. Determinar distribución según: edad y sexo, clasificación de adolescencia y sexo, percepción personal de felicidad, variables de familia, red de apoyo y calidad de relaciones con los padres,
2. Describir la frecuencia de los siguientes factores de protección: red de apoyo y calidad de relaciones con los padres. (comportamiento de la red de apoyo, comportamiento de la escala de relación con la madre), relación con el maestro y escala de espiritualidad
3. Con base en los resultados del comportamiento de los factores de riesgo y protección, estimar su asociación con la prevalencia de factores de riesgo y protección, inicialmente por medio del análisis bivariado y a partir de los resultados anteriores, la aplicación del modelo matemático aplicando la regresión logística.

4. METODOLOGÍA

4.1 POBLACION Y MUESTRA

La población de referencia está constituida por los adolescentes de 9 a 19 años residentes en la ciudad de Medellín.

La población de estudio, se ubicó en los estudiantes matriculados en las instituciones del sector público y privado de la ciudad.

La muestra se calculó para estudios poblacionales con base en la fórmula de proporciones poblacionales:

El tamaño de muestra fue calculado con base en la proporción de una población utilizando un nivel de significancia del 5%, una precisión del 2.5% y una prevalencia estimada para trastornos por consumo de drogas de 15%. Se realizó la corrección por efecto del diseño para cuatro categorías (2 por tipo de colegio y dos sexos), utilizando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N Z^2 p (1 - p)}{d^2 (N - 1) + Z^2 p (1 - p)}$$

Donde,

N: Población total (considerado como 999999, es decir un valor muy grande en comparación al posible n, para considerar poblaciones infinitas)

z: Valor Z (Correspondiente a un nivel de 95% confianza)

d: Precisión absoluta: 2.5%.

p: Proporción esperada en la población: 15%.

Efecto de diseño: 4.

Así, el **tamaño de muestra es de 3.133 individuos**, los cuales se consideran como las unidades de análisis en el estudio.

El **diseño de la muestra** se realizó de la siguiente forma: inicialmente se agruparon según tipo de colegio (privados y oficiales), conformando en esta forma la **primera unidad de muestreo de la cual se seleccionaron en forma aleatoria 28 colegios oficiales y 32 en privados**.

La **segunda unidad de muestreo se constituyó** con la información de número de grupos por grado (5° a 11°) de los cuales fueron seleccionados **en igual forma que la anterior 2 grupos por cada colegio**.

Como **unidad final de muestreo** se consideró el **estudiante**, el cual en forma autoaplicada, anónima y voluntaria diligenció el instrumento.

4.2 PREPARACIÓN DE LA COMUNIDAD

4.2.1 Información a los directores de colegios

La información a los rectores o directores de las instituciones seleccionadas en la muestra sobre la realización del estudio se dio mediante:

- Llamada telefónica para concertar una entrevista con uno de los miembros del equipo de investigación.
- Carta respaldada por la Secretaria de Salud y la Facultad de Medicina del CES en la cual se solicitó la participación en el estudio.
- Entrevista con el fin de informar más profundamente sobre el estudio y acordar la fecha y la hora para la aplicación del instrumento de recolección.

4.2.2 PREPARACIÓN DE LOS ESTUDIANTES

Esta actividad se consideró de vital importancia para garantizar la calidad de la información. Estuvo a cargo de un psicólogo y un epidemiólogo y su objetivo fue dar información a los estudiantes sobre el propósito del estudio, la forma de aplicación del instrumento (anónimo y voluntario) y solicitar su colaboración.

4.2.3 Construcción del instrumento de recolección

Se logró la construcción, prueba y validación del instrumento de recolección, mediante el uso del sistema de captura electrónica de datos Teleform, así:

- Con base en el desarrollo conceptual y la revisión actualizada sobre el tema se seleccionaron los ítems y las escalas de medición y los investigadores construyeron la primera versión del instrumento de recolección.
- Dicha versión fue discutida con un grupo de expertos, entre los cuales se contó con psicólogos, trabajadores sociales, epidemiólogos, todos con experiencia en manejo de adolescentes.
- Con estos aportes, se llevó a cabo la construcción de la segunda versión.
- La prueba piloto del instrumento se llevó a cabo en varios grupos de un colegio de la ciudad y de allí se logró el instrumento definitivo.

4.2.4 Variables del instrumento de recolección

Variables sociodemográficas

Edad, sexo, estrato social, de la familia, nivel educativo de los padres, configuración del núcleo familiar, número de miembros en la familia, además de variables del entorno social.

Indicador de trastorno mental

Depresión

Factores Asociados

Considerando los objetivos del estudio, se incluyeron 12 escalas validadas por el grupo de investigación de Salud Mental, entre las cuales están: cohesión familiar, autoestima, comportamiento social, comportamiento de las redes de apoyo social, relaciones interpersonales, comportamiento prosocial, impulsividad, etc.

4.3 Técnicas de procesamiento y análisis

El instrumento de recolección, se preparó en el Sistema Teleform, que permite la captura electrónica de la información previa la crítica de la información recolectada, luego se exportó al programa SPSS, para el cálculo de indicadores.

De acuerdo a los objetivos del estudio en una primera etapa se calcularon las medidas de prevalencia con intervalos con 95% de confianza para los trastornos estudiados.

5. CONSIDERACIONES ETICAS

Este proyecto cumplió con los requisitos y normas establecidas por la Resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia ⁽³⁹⁾ y la Declaración de Helsinki (Revisión de Octubre de 1996)⁴⁰ y Normas Éticas Internacionales para Investigaciones Biomédicas de la Organización Mundial de La Salud..

Esta investigación estaba clasificada como de riesgo menor del mínimo y cumplió con los cuatro principios éticos básicos, a saber, el respeto por las personas, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia.

El primero, el respeto por las personas, al tener en cuenta la participación voluntaria dentro del estudio garantizando la autonomía de cada uno de los participantes.

La beneficencia se cumplió al no realizar ninguna intervención con las personas que hicieron parte del estudio. La no maleficencia, también, ya que la investigación no generaba daños a sus participantes.

La justicia se cumplió al utilizar el mismo instrumento de recolección, el Sistema Teleform, para todos los estudiantes tanto de colegios públicos como de privados.

6. RESULTADOS Y DISCUSION

6.1 Características de la población estudiada

6.1.1 Distribución según edad y sexo

Se aplicó el instrumento a un total de 3769 estudiantes desde sexto a undécimo grado en colegios públicos y privados tanto de la ciudad de Medellín como del Área Metropolitana, considerando la situación de que muchos colegios que ofrecen sus servicios a estudiantes de la ciudad se han desplazado y tienen sus sedes en otros lugares del Área Metropolitana. Del total de estudiantes, se eliminaron 9 registros por ser de estudiantes que reportaron tener 20 o mas años quedando un total de 3760 estudiantes.

El 43.3% de la población estudiada pertenece al sexo masculino y el 56.7% al femenino. El rango de edad esta entre los 9 y los 19 años, con un promedio de 13.77 ± 2.19 años y una mediana de 14.

6.1.2 Distribución según clasificación de adolescencia y sexo

6.1.2.1 Clasificación de adolescencia

Debe recordarse que según las clasificaciones de la OMS y Naciones Unidas los adolescentes se clasifican en preadolescentes si tienen entre 9 y 14 años y adolescentes entre los 15 y los 19 años.

También se define la primera etapa como adolescencia temprana y la otra como adolescencia tardía. Hoy es un hecho indiscutible que niños y niñas pueden tener depresión, sin embargo la adolescencia se reconoce como una de las etapas de mayor riesgo, sobre todo entre los 12 a 16 años, en la cual se habla de que se presenta la “crisis de la adolescencia”.

La muestra quedó distribuida con una mayor proporción para el grupo de preadolescentes (entre 9 y 14 años) con 59.0%, que para el grupo de los adolescentes (entre 15 y 19 años). La distribución según sexo es igual.

Gráfico No. 1
Distribución según sexo y clasificación de adolescencia

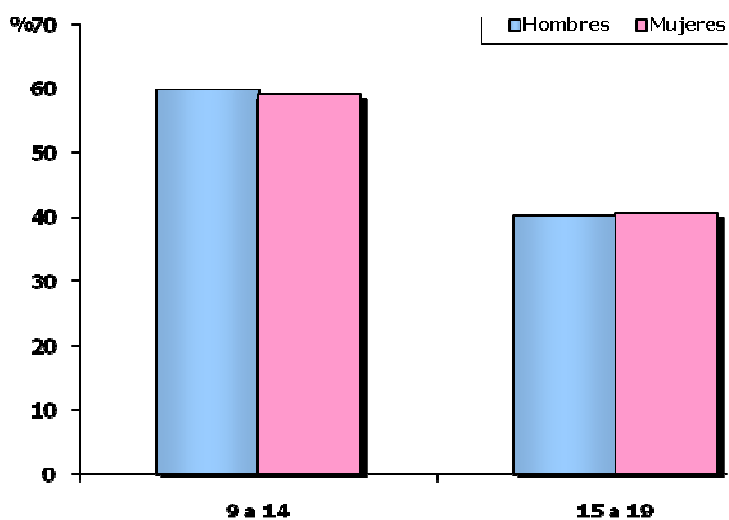
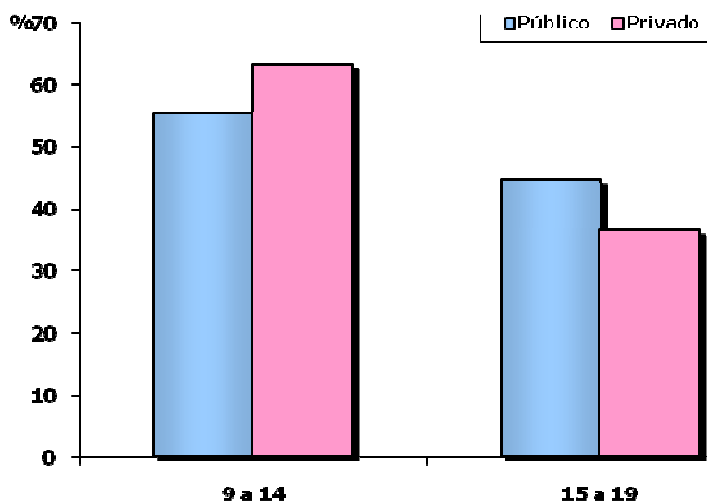


Gráfico No. 2
Distribución según preadolescentes y adolescentes y tipo de colegio



Si bien las diferencias no son significativas, en los colegios privados un 63.4% de la muestra quedó representada en el grupo de 9 a 14 años, es decir, preadolescentes versus el 55.0% en los públicos; como complemento el grupo de 15 a 19 años (adolescentes) presenta una mayor proporción (44.0%) en los colegios públicos comparado con el 36.0% en los privados.

6.1.3 Percepción de felicidad

6.1.3.1 Distribución según percepción personal de felicidad

Dentro del enfoque biosicosocial de salud postulado por la OMS, varios estudios incluyen la percepción de felicidad como un componente importante del bienestar y la salud integral.ⁱ

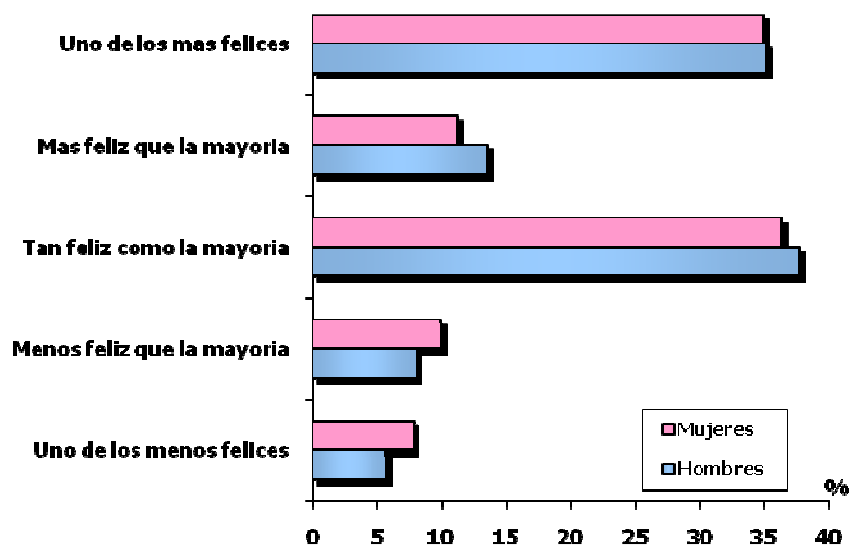
Cuadro No. 1 Distribución según percepción personal de felicidad		
Percepción	Frecuencia	%
Uno de los menos felices	258	6.9
Menos feliz que la mayoría	340	9.1
Tan feliz como la mayoría	1381	36.9
Más feliz que la mayoría	456	12.1
Uno de los más felices	1311	35.0

Los resultados muestran un 47.1% con una percepción de felicidad muy alta, (uno de los más felices o más feliz que la mayoría), el 36.0% promedio, el 9.1%, menos feliz que la mayoría y casi el 7.0% se siente uno de los menos felices.

En el estudio realizado por González y colaboradores se incluyeron niños desde los 7 años y como hallazgo interesante encontraron que al analizar el comportamiento positivo hacia la percepción de felicidad, éste presenta mayores proporciones a más temprana edad y presenta asociación con la red de apoyo.ⁱⁱ

El 16.0% no se siente feliz lo que puede afectar su bienestar y calidad de vida convirtiéndose en un indicador negativo para la salud mental.

Gráfico No. 3
Distribución según sexo y percepción personal de felicidad



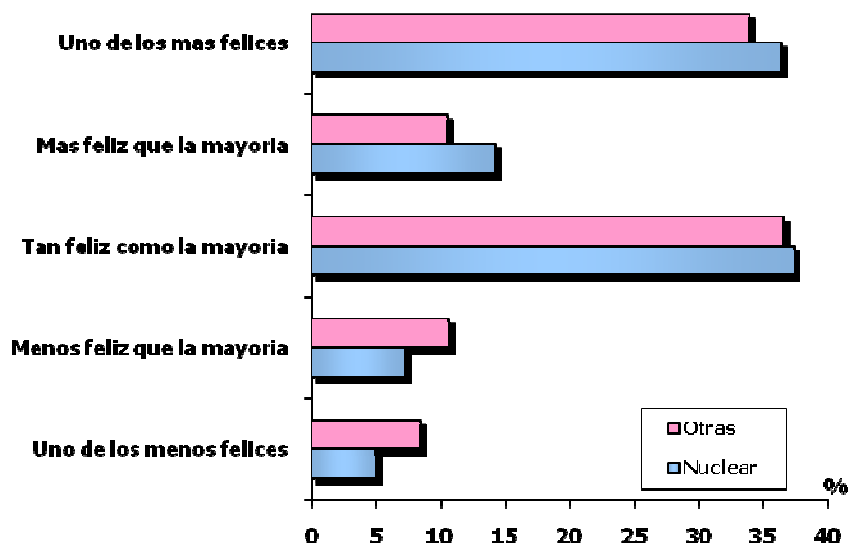
El análisis según sexo, alcanza a presentar diferencias estadísticamente significantes. En el Estudio Jóvenes Mexicanos Siglo XXI: Encuesta Nacional de Juventud 2000, al indagar sobre esta variable se encontró que las mujeres menores de 20 años se sienten muy felices, más que los hombres de su misma edad, quienes con mayor frecuencia se sienten poco o nada felices. Los hombres mayores de 20 años se sienten muy felices, más que las mujeres de su misma edad, quienes con más frecuencia se sienten poco o nada felices.ⁱⁱⁱ

En el presente estudios al evaluar el resultado según tipo de familia, se puede observar que la percepción negativa es menor en los hijos de familias nucleares y

por el contrario se complementa con una mayor proporción de los que responden “más feliz que la mayoría”.

El comportamiento de la variable según tipo de colegio, no presenta variaciones importantes, en los extremos inferiores de la clasificación se encuentra una proporción mayor para los colegios públicos, pero en la máxima se invierte el comportamiento siendo mayor para estos colegios.

Gráfico No. 4
Distribución según familia y percepción personal de felicidad



6.1.4 Distribución según variables de familia

La familia proporciona el medio para la crianza de los hijos, es la experiencia más temprana y duradera para el proceso de socialización y en buena forma determina las respuestas de sus integrantes entre sí y hacia la sociedad. La estructura de una familia está constituida por las pautas de interacción que se establecen entre sus miembros, quienes establecen una interacción dentro de un sistema altamente recíproco, reiterativo y dinámico. La familia se percibe como entidad positiva que

favorece a sus miembros, de lo contrario; si el ambiente es negativo existe menor control sobre ellos mismos.^{iv,v}

Las dificultades entre los padres y los hijos-adolescentes por lo general se presentan por las malas comunicaciones, el ejercicio de la autoridad y los valores.

En muchos estudios se ha comprobado el papel clave en la salud del adolescente. El realizado en Bélgica, comparando adolescentes con enfermedad mental versus adolescentes normales, encontró que los primeros provenían de familias con muy baja cohesión.^{vi}

6.1.4.1 Distribución según tipo de familia

El rango de hijos por familia (incluyendo hermanastros) se encuentra entre 1 y 11 hijos con un promedio de 2.70 ± 1.52 y una mediana de 2.

El estudio aplicó el enfoque Sistémico de Familia^{vii} con la siguiente clasificación sociológica:

1. Familia nuclear, básica o elemental: conformada por un hombre y una mujer con sus hijos propios o adoptivos legalmente reconocidos o no; las funciones de la familia se sustentan con la distribución de tareas entre el padre y la madre.
2. Familia extensa: se trata de una familia nuclear con la que convive al menos otro pariente de 1°, 2° u otro grado de consanguinidad en línea vertical u horizontal (abuelos, tíos, primos, etc.).
3. Familia extendida: Con la presencia de uno de los padres o ambos, con otros parientes.

4. Familia simultánea o superpuesta: aquella en la que uno de los miembros de la pareja posee hijos de una unión anterior, es decir otra familia. Se subdivide en:

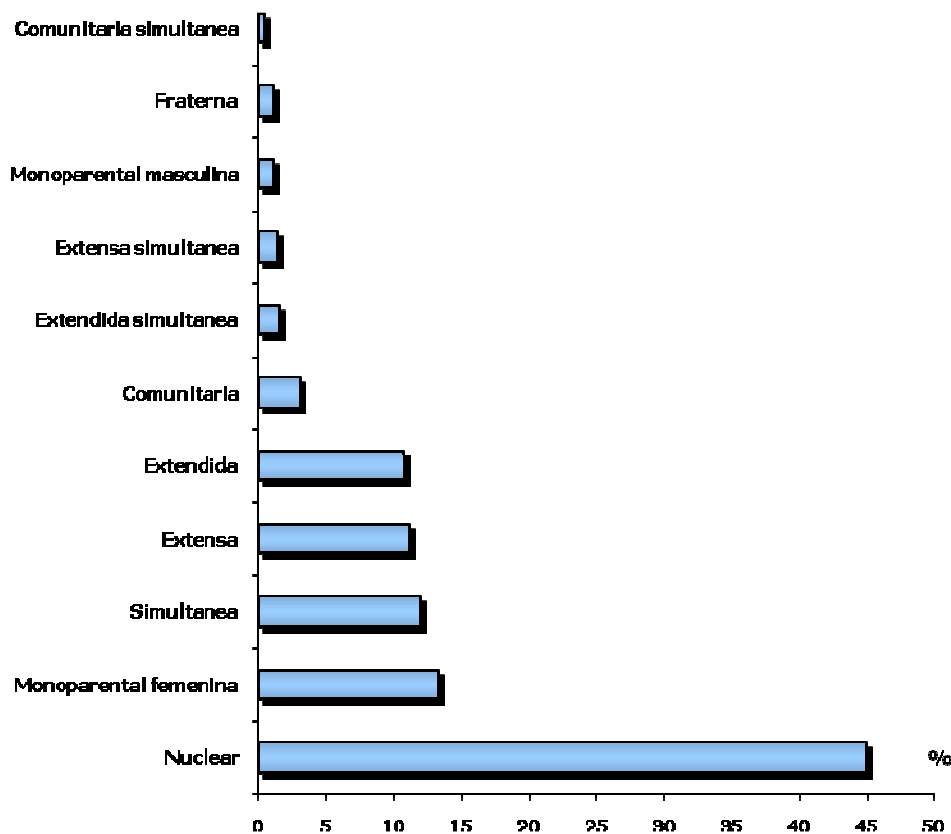
- ❑ Familia simple: aquella donde solamente uno de los cónyuges trae a la nueva familia hijos de relaciones anteriores y no tiene hijos con su actual pareja. Puede ser “Simple Padrastral” o “Simple Madrastral”.

- ❑ Familia Compuesta: se presenta cuando cada uno de los miembros de la pareja aporta hijos de una o varias uniones anteriores pero no tienen descendencia de la actual unión.
- ❑ Familia Mixta: cuando ambos progenitores conviven con hijos de anteriores uniones y con los que han nacido en la nueva familia.

5. Familia Monoparental: conformada por uno de los miembros de la pareja original y sus hijos, ya sea por madresolterismo, viudez o por separación conyugal entre otros factores. Puede ser femenina o masculina.

6. Familia Fraternal: conformada por hermanos

Gráfico No. 5
Distribución según tipología de familia



Como puede observarse, solo el 44.9% de los jóvenes comparten en familia nuclear, con sus padres y hermanos, esta proporción viene disminuyendo, según la información que se ha encontrado en los estudios realizados por el mismo grupo de investigación. En el estudio realizado en una muestra representativa de jóvenes escolarizados de Medellín sobre factores asociados a delincuencia juvenil en el 2000, esta situación se informó en el 61.0%.^{viii}

La familia monoparental se presenta en el 14.2%, siendo la mayor proporción para la monoparental femenina (13.2%) y el 1.0% para la masculina.

Llama la atención que el 11.9% está representado por familias simultaneas.

Cuadro No. 2 Componentes de la escala de cohesión familiar					
Con relación a su vida familiar ...	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Siempre
Nos gusta pasar juntos el tiempo libre	3.7	13.1	34.9	25.5	22.9
Cada persona expresa fácilmente lo que desea	4.6	13.4	25.2	24.0	32.7
Nos ayudamos unos a otros	1.3	5.8	16.1	21.8	54.9
Las ideas de los hijos son tenidas en cuenta para la solución de problemas	6.8	12.2	24.1	23.1	33.7
Cuando surgen problemas nos unimos para resolverlos	6.8	14.4	26.7	20.5	31.6
Nos turnamos las tareas y responsabilidades de la casa	9.0	13.2	20.3	21.2	36.3
La familia comparte con parientes cercanos los eventos importantes	5.8	13.6	22.2	22.0	36.4
Estoy satisfecho con la relación con mis parientes	4.8	4.7	18.8	17.0	54.7

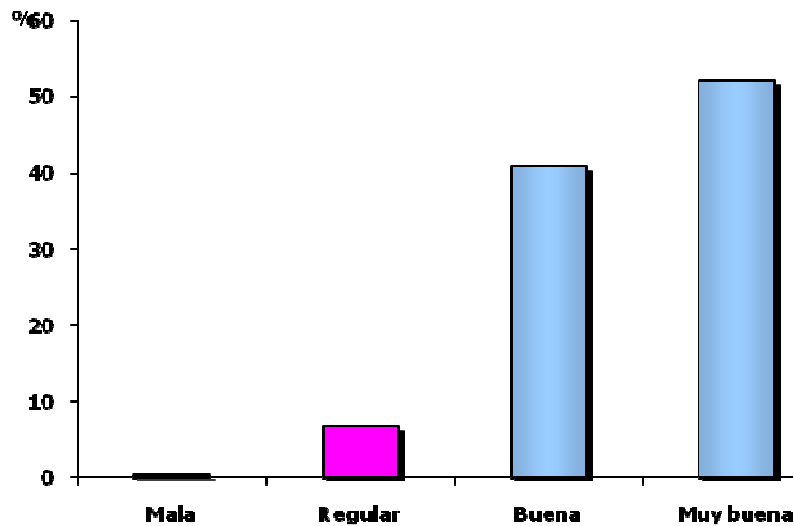
Alpha de Cronbach: 0.7702

Uno de los aspectos más importantes en el funcionamiento es el comportamiento de la cohesión, la escala aplicada fue la validada por Yolanda Torres de G. y Lenn Murrelle con un alto valor psicométrico.

Su comportamiento en el estudio presenta un buen resultado, y como se puede observar en el cuadro 3 y en la gráfica la mayor proporción se encontró para la clasificación con muy buena y buena cohesión.

Sólo un 6.7% quedan clasificadas con un grado de cohesión regular y el 0.3% mala. Como es de esperar su comportamiento según sexo del que responde, no presentó diferencias.

Gráfico No. 6
Distribución según escala de cohesión familiar



6.2 ALGUNOS FACTORES DE PROTECCIÓN

6.2.3 Distribución según red de apoyo y calidad de relaciones con los padres

6.2.3.1 Comportamiento de la red de apoyo

Si bien el maltrato es un factor de riesgo, el buen comportamiento de la red de apoyo, se configura en factor de protección.

Como puede observarse en el cuadro 4, el apoyo recibido por la madre presenta el mejor comportamiento al sumar las respuestas de “siempre” y “casi siempre” llegando al 78.4%, seguido del recibido por el padre con 45.7% y los hermanos con el 42.3%.

Llama la atención que la respuesta con relación al buen apoyo de los amigos supera a la del padre para las dos opciones antes mencionadas, “siempre” y “casi siempre,” con el 51.3%.

Cuadro No. 3 Componentes de la escala de red de apoyo							
Cuando tiene dificultades a quien acude buscando apoyo...	No tiene	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Siempre	
Cuenta con el apoyo de su padre	11.3	11.6	13.0	18.3	11.6	34.1	
Cuenta con el apoyo de su madre	1.7	2.9	5.7	11.4	13.6	64.8	
Cuenta con el apoyo de sus hermanos	15.1	11.1	12.5	19.0	14.6	27.7	
Cuenta con el apoyo de otros parientes	1.1	17.5	20.0	23.4	16.5	21.5	
Cuenta con el apoyo de su pareja	47.8	8.1	5.3	10.7	9.6	18.4	
Cuenta con el apoyo de sus amigos	1.7	8.4	13.7	24.9	21.6	29.7	

6.2.1.2 Comportamiento de la escala de relación con la madre

Desde que se está aplicando la escala, en Colombia y en los estudios realizados en Antioquia, el comportamiento de las relaciones del joven con la madre, ha sido mejor que con el padre y en el presente estudio se vuelve a repetir el hallazgo, con proporciones superiores al 70.0% al sumar las respuestas: “siempre” y “casi siempre” para el total de los ítems que la conforman y el 62.6%, para: “Estoy satisfecho en la forma que conversamos”

Presentando una razón de 2.7, lo que significa que por cada respuesta con las anteriores opciones, refiriéndose al padre se presentan casi tres para la madre.

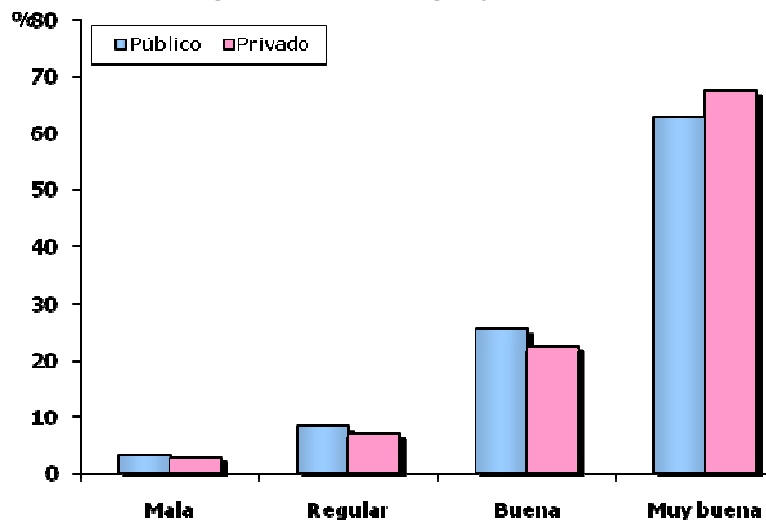
Lo anterior representa que las relaciones con la madre se comportan como factor de protección y que se debe trabajar para educar al padre sobre su importante papel en el bienestar de sus hijos.

Cuadro No. 4 Componentes de la escala de relación con la madre						
En general como es su relación con su madre...	No tiene	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Siempre
Estoy satisfecho en la forma que conversamos	1.9	3.2	6.6	14.2	17.1	56.9
Me es fácil expresarle todos mis sentimientos	1.9	6.9	10.5	18.2	16.8	45.8
Ella puede saber como me estoy sintiendo aún sin preguntármelo	1.9	6.1	7.5	14.0	15.4	55.1
Si yo tuviera dificultades podría contárselo	1.9	5.4	7.5	14.3	13.3	57.7

Alpha de Cronbach: 0.8696

Gráfico No. 7

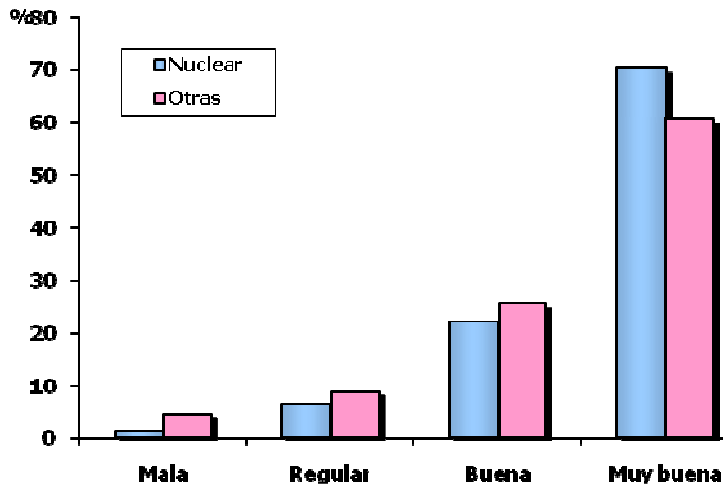
Distribución según tipo de colegio y relación con la madre



Como puede observarse en la gráfica, su comportamiento es excelente con un 89.1% del total de los que responden al sumar los resultados, de la clasificación como buena y muy buena.

Según tipo de colegio no se presentan diferencias significativas.

Gráfico No. 8
Distribución según tipo familia y relación con la madre



Las relaciones con la madre también presentan mejor comportamiento en las familias nucleares. Según sexo no se presentaron diferencias significativas.

Muchos padres se quejan porque su hijo cuando era pequeño les contaba "todo" lo que le pasaba y lo que hacía. Y sin embargo, en la adolescencia apenas median palabra con ellos. Es importante que los progenitores sepan a qué es debido esto y cómo deben actuar.

La adolescencia es un período muy complejo, ya que es una transición de la niñez a la época adulta. Es normal que el adolescente desee salir fuera del ámbito familiar para descubrir así nuevos mundos. Para ello, los padres han de dejar que su hijo tenga su propia autonomía y libertad.

6.2.2 Distribución según escala de relación con el maestro

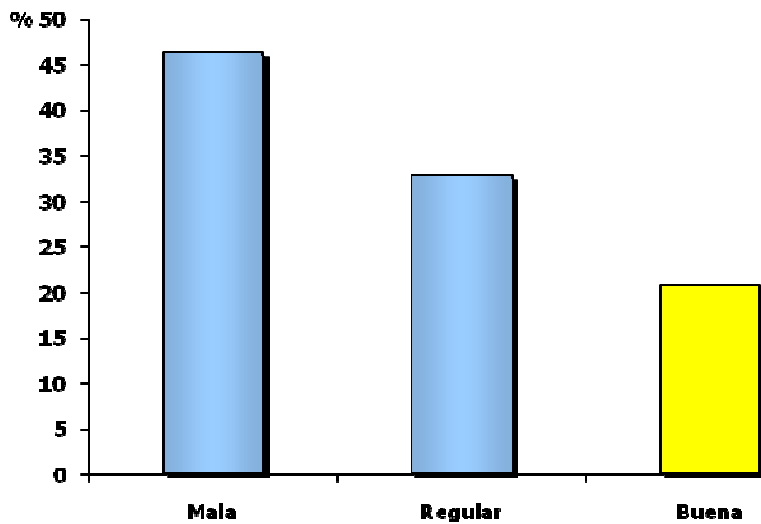
Cuadro No. 8 Componentes de la escala de relación con el maestro				
La relación con su maestro es ...	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia
Estoy satisfecho en la forma como me relaciono con mis maestros	20.6	24.5	22.3	32.5
Me es fácil expresarle lo que siento con relación a las dificultades académicas	29.3	24.9	20.0	25.8
El puede saber como me estoy sintiendo aún sin preguntármelo	63.2	16.4	8.5	11.8
Si yo tuviera problemas personales me escucharía	37.9	21.2	14.3	26.6
Si yo estuviera en dificultades con mis compañeros podría contárselo	33.9	20.9	14.4	30.7

Alpha de Cronbach: 0.8209

La relación con el maestro es fundamental en el buen desarrollo del niño y el adolescente y se considera que en caso de figuras paternas débiles toma aún mayor trascendencia.

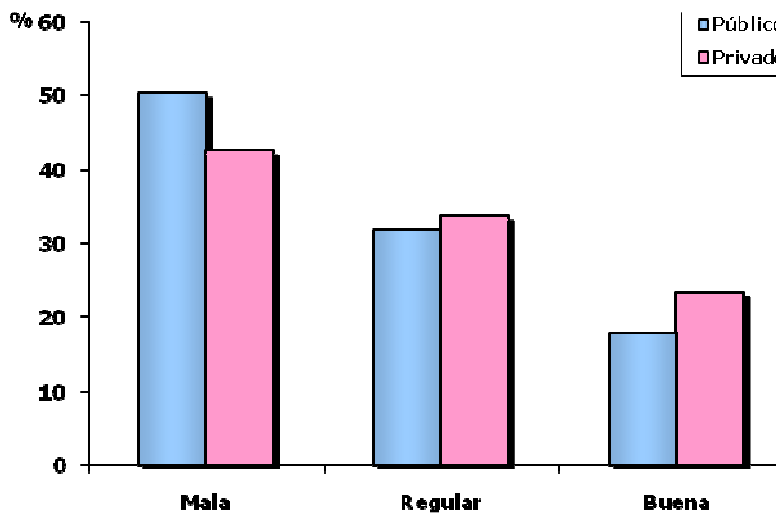
A pesar de que algunos de los ítems de la escala, presentan respuestas en buena proporción satisfactorias, la clasificación general muestra que sólo uno de cada cinco niños presenta una clasificación buena.

Gráfico No 9
Distribución según escala de relación con el maestro



La escala presenta muy buen valor psicométrico. El comportamiento como buena de esta escala, es un importante factor de protección.

Gráfico No. 10
Distribución según tipo de colegio y escala de relación con el maestro



Las diferencias encontradas según tipo de colegio, tienden a ser mejores para los colegios privados.

6.2.3 Distribución según escala de espiritualidad

La espiritualidad personal previene a los adolescentes de desarrollar alcoholismo o abuso de la droga, según los nuevos resultados de un estudio de la Universidad de Columbia en Nueva York.

Los adolescentes con creencias religiosas personales tienen la mitad de riesgo de llegar a ser alcohólicos o drogadictos, dice el estudio. Un grado más personal de devoción, conservatismo personal, y el conservatismo institucional son factores que contribuyen al más bajo riesgo.

"Las creencias religiosas son protectoras", dijo el Dr. Gary Hopkins. "Pienso que nosotros siempre hemos tenido esta noción." Hopkins, director del Centro para la Investigación Conductual en la Universidad de Andrews, ha dirigido estudios similares de jóvenes Adventistas del Séptimo día..

El estudio de Columbia, sin embargo, muestra por primera vez que la espiritualidad personal protege contra el desarrollo de adicción al alcohol o drogas, según Lisa Miller, autora principal. La Academia americana de Psiquiatría del Niño y del Adolescente publicó los resultados en septiembre.

Los autores del estudio consideraron cómo la devoción personal y el conservatismo personal afectan la elección de un adolescente de desarrollar hábitos de droga o alcohol. Ellos definieron éstos como mostrar una relación personal activa con lo Divino, mostrando una opción personal de enseñar y adherir estrechamente al credo, y el grado de fundamentalismo en su denominación religiosa.

El estudio también encontró que los adolescentes con una relación activa y personal

con un "Poder de lo alto" y que eran de una denominación fundamentalista fueron hallados menos inclinados a comprometerse en el uso de marihuana o cocaína.

También se asociaron inversamente la devoción personal y el conservatismo institucional con la dependencia de sustancias o abuso de ellas. El estudio diferenció entre una adhesión forzada a la religión y un sentido personal de espiritualidad, lo último demostrando ser más eficaz en la prevención. El estudio concluyó que los adolescentes de alto riesgo podrían ser protegidos si ellos "se comprometen con un Poder de lo Alto o se involucran en una comunidad religiosa".

Una comunidad de fe ya ha demostrado ser de ayuda en la prevención, según el Dr. Duane McBride, Jefe del programa de las ciencias conductuales en la Universidad de Andrews. McBride ha dirigido varios estudios sobre cómo el abuso de la sustancia se relaciona con la religión.

"Nosotros hemos estudiado la correlación durante décadas", dice McBride. "Pero la mayoría de los investigadores son seculares. Ellos a menudo no entienden los valores religiosos".

McBride y Hopkins han completado un nuevo estudio sobre el abuso de la sustancia y la religión. Los resultados se publicarán más adelante en este año.

Hopkins cree, basado en investigaciones anteriores y actuales que las relaciones formadas, dentro de o también fuera de una comunidad de fe, también ayudan a los adolescentes a refrenarse del abuso de sustancias. "Si tuviese que ver con las creencias, todo lo que usted tiene que hacer es enseñar las creencias", dijo Hopkins. "Pero no es lo que usted sabe o conoce lo que importa, son las relaciones que usted tiene."

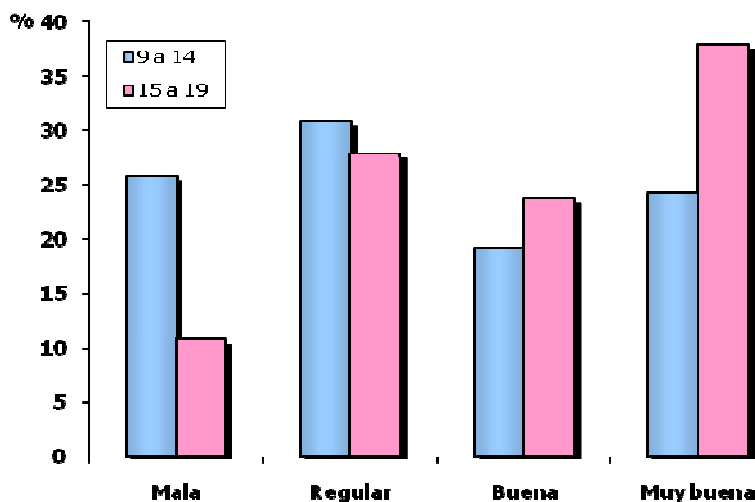
Cuadro No. 9 Componentes de la escala de espiritualidad				
Que tan de acuerdo esta con las siguientes frases ...	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Muy en desacuerdo
Veo con frecuencia a mi madre o figura materna rezar o ir a la iglesia/templo	52.9	26.7	10.8	9.6
Creo en Dios	81.4	11.3	4.0	3.4
Pienso que mi madre o figura materna es una persona muy creyente	62.1	25.0	8.7	4.3
Mi fe en Dios me ayuda en los momentos difíciles	67.1	21.1	6.7	5.0
Siento que sin Dios la vida no tiene sentido	55.5	25.2	10.6	8.7
Veo con frecuencia a mi padre o figura paterna rezar o ir a la iglesia/templo	38.3	25.3	15.7	20.7
Me considero una persona muy espiritual	34.8	38.6	17.3	9.3
Hablo con frecuencia con mis amigos acerca de temas religiosos	18.1	27.3	28.5	26.1
Ayudo a otros a resolver sus dudas religiosas	23.5	27.3	24.1	25.1
Pienso que mi padre o figura paterna es una persona muy creyente	42.3	24.8	14.8	18.0
Busco oportunidades que me ayudan a crecer espiritualmente	40.2	32.9	16.4	10.5
Siento que siempre puedo contar con Dios	70.4	17.7	6.4	5.4
Le pido a Dios que me ayude a tomar decisiones importantes	71.3	17.0	5.5	6.2

Alpha de Cronbach: 0.8999

El comportamiento de los ítems de la escala es muy bueno. El 81.4% de los jóvenes responde que esta muy de acuerdo con creer en Dios y en los demás la proporción de respuestas afirmativas (**Muy de acuerdo y Algo de acuerdo**) es muy alto al compararlo con la otra tendencia.

Llama la atención que los adolescentes de 15 a 19 años presentan mejor comportamiento de la escala de espiritualidad.

Gráfico No. 11
Distribución según edad y escala de espiritualidad



Según tipo de colegio no se encontraron diferencias significativas.

6.2.4 Distribución según escala de depresión

Dentro el presente estudio se validó una nueva la escala de depresión, que tiene como origen la Escala de María Kovak y la de Reynolds WS.^{ix} Su valor psicométrico es muy alto con un Coeficiente Alpha de Alpha de Cronbach: 0.9094. El análisis de componentes principales muestra 6 componentes.

Entre los aspectos que se tuvieron en cuenta, es que parte de los ítems incrementan su puntaje hacia la derecha y otra hacia la izquierda, con el fin de controlar los sesgos de respuesta.

Se considera que la puntuación por debajo del primer cuartil es normal, entre éste y la mediana depresión leve y entre esta y el tercero moderada por encima severa.

Los ítems anteriores se consideran en el estudio indicadores de ideación suicida, para el primero quiere morirse se encontró un 8.9% de respuesta positiva, para casi siempre y para la otra el 6.5%.

Cuadro No. 10				
Componentes de la escala de depresión				
Como se ha sentido en el último mes	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre
...				
Se siente feliz	6.3	6.8	26.4	60.5
Le preocupa el colegio	9.9	10.8	32.7	46.6
Se siente solo	34.2	23.1	29.8	12.9
Siente que sus padres no lo quieren	63.4	14.1	13.9	8.6
Se siente importante	15.5	18.7	37.0	28.8
Siente ganas de esconderse de la gente	53.9	21.5	16.6	8.0
Se siente triste	39.0	19.9	27.2	14.0
Se siente con ganas de llorar	36.5	18.4	28.8	16.4
Siente que no le importa a nadie	49.5	22.6	17.4	10.6
Tiene ganas de divertirse con los compañeros	9.0	7.8	25.4	57.8
Se siente enfermo	49.9	25.6	17.4	7.2
Se siente querido	10.6	11.3	29.1	49.1
Tiene deseos de huir	57.7	18.9	14.6	8.9
Tiene ganas de hacerse daño	72.2	11.9	9.4	6.5
Siente que no le gusta a los compañeros	54.8	22.6	15.1	7.5

Como se ha sentido en el último mes	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre
...				
Se siente molesto	45.7	23.6	21.7	9.0
Siente que la vida es injusta	44.1	21.0	22.6	12.3
Se siente cansado	33.6	23.4	29.2	13.7
Siente que todas las cosas malas son su culpa	50.0	24.8	15.9	9.3
Siente que no vale nada	62.4	16.6	12.3	8.6
Se ve bien	11.3	9.9	32.3	46.6
Hay cosas que le molesta	21.4	20.6	40.1	17.9
Siente ganas de hablar con los compañeros	13.0	14.0	32.0	41.1
Tiene problemas para dormir	51.1	19.3	16.8	12.8
Tiene ganas de divertirse	8.9	8.1	23.2	59.7
Se siente preocupado	35.5	23.9	27.4	13.1
Los dolores y malestares no le	30.1	24.1	28.4	17.4

preocupan				
Se siente aburrido	36.8	22.4	26.3	14.5
Le gusta comer	9.1	8.4	21.7	60.8
Siente que nada de lo que hace le ayuda	43.3	24.5	21.2	11.0
Las cosas no le salen bien	34.2	25.2	28.5	12.1
Piensa que le van a pasar cosas terribles	47.1	24.4	17.5	11.1
Se quiere a sí mismo	9.3	7.1	16.2	67.4
Se quiere morir	65.0	13.3	12.8	8.9
No tiene problemas para hacer las tareas escolares	37.6	18.4	27.0	17.0
Le va bien en el colegio	9.0	9.1	33.9	48.1
Es tan bueno como los otros compañeros	10.5	12.7	36.5	40.4

Gráfico No. 12
Distribución según escala de depresión

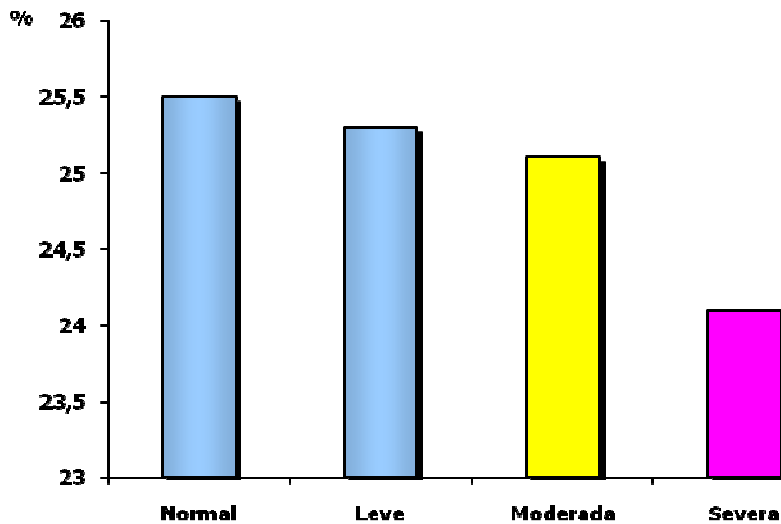
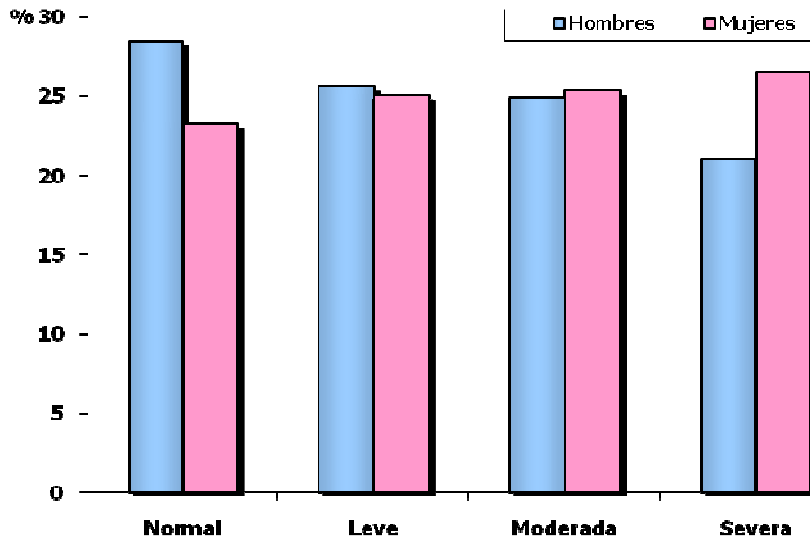


Gráfico No. 13
Distribución según sexo y escala de depresión

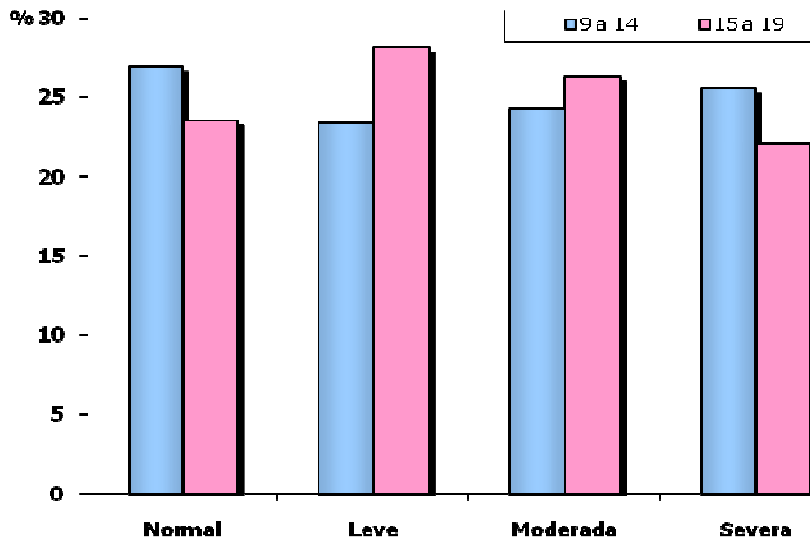


Se puede observar que la distribución del porcentaje de frecuencia que evalúa la escala de depresión es homogénea, manteniéndose en un mínimo de un 22% para la población de hombres que poseen de depresión severa y un máximo punto de frecuencia de un 28% para la población de hombres, que poseen de depresión normal.

En cuanto al grupo de mujeres la menor concentración, con un 23% poseen depresión normal, por otro lado la mayor concentración se refiere a la depresión severa con un 27%. Con respecto a la depresión leve y moderada muestra estabilidad en su porcentaje de frecuencia, tanto para hombres como para mujeres ubicándose alrededor de un 25% ambas.

Gráfico No. 14

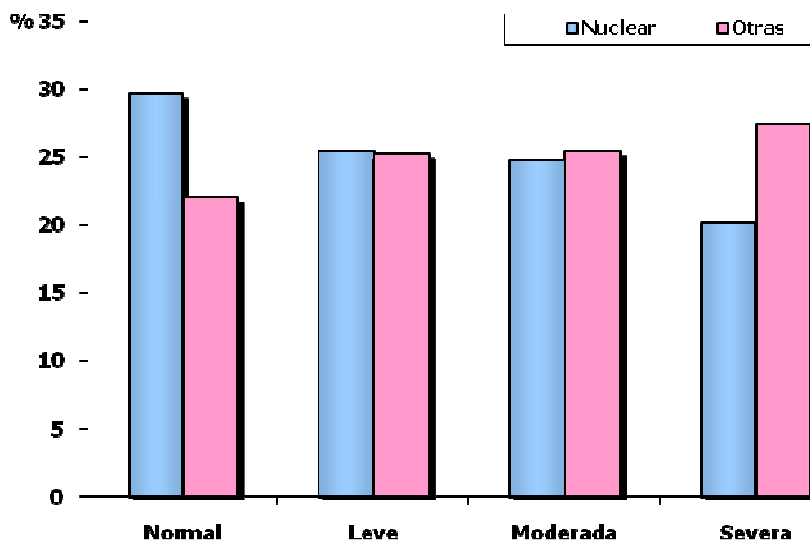
Distribución según edad y escala de depresión



Se puede observar que la distribución del porcentaje de frecuencia que evalúa la escala de depresión vs la edad es homogénea, manteniéndose en un mínimo de un 22% para la población de (15 a 19) que poseen de depresión severa y un máximo punto de frecuencia de un 27% para la población de (15 a 19), que poseen de depresión leve.

En cuanto al grupo de (9 a 14) la menor concentración, con un 23% poseen depresión leve, por otro lado la mayor concentración se refiere a la depresión normal con un 26% en el grupo de (9 a 14). Cabe anotar que en la depresión severa el grupo de (9 a 14) supera al grupo de (15 a 19) en 4 puntos porcentuales con un 26%.

Gráfico No. 15
Distribución según familia y escala de depresión



Se puede observar que la distribución del porcentaje de frecuencia que evalúa la escala de depresión es homogénea, manteniéndose en un mínimo de un 22% para la población de familias nucleares y que poseen de depresión severa y un máximo punto de frecuencia de un 30% para la población de familias nucleares, que poseen de depresión normal.

En cuanto al grupo de otras familias la menor concentración, con un 23% posee depresión normal, por otro lado la mayor concentración se refiere a la depresión severa con un 29% para las otras familias. Con respecto a la depresión leve y moderada muestra estabilidad en su porcentaje de frecuencia, tanto para familias nucleares como para las otras familias ubicándose alrededor de un 25% para ambas. Es concluyente la buena influencia que significa crecer en una familia nuclear y como este hábitat de la sociedad contribuye a la sanidad de la persona.

7. CONCLUSIONES

1. La prevalencia de depresión en los adolescentes entre los 9 – 19 años se encuentra en un rango severo con un 24.2% según la escala de depresión.

2. La distribución según percepción personal de felicidad demuestra a un 47.1% de la población estudiada con una percepción de felicidad muy alta, (uno de los más felices o más feliz que la mayoría), el 36.0% promedio, el 9.1%, menos feliz que la mayoría y casi el 7.0% se siente uno de los menos felices.

3. El 16.0% no se siente feliz lo que puede afectar su bienestar y calidad de vida convirtiéndose en un indicador negativo para la salud mental.

4. Según tipo de familia, se puede observar que la percepción negativa es menor en los hijos de familias nucleares y por el contrario se complementa con una mayor proporción de los que responden “más feliz que la mayoría”.

5. Al tener en cuenta la distribución según variables de familia se afirma que el 44.9% de los jóvenes que hicieron parte del estudio comparten en familia nuclear, con sus padres y hermanos, y que esta proporción viene disminuyendo, según la información que se ha encontrado en los estudios realizados por el mismo grupo de investigación.

La familia monoparental se presenta en el 14.2%, siendo la mayor proporción para la monoparental femenina (13.2%) y el 1.0% para la masculina.

Llama la atención que el 11.9% está representado por familias simultaneas.

6. Según los componentes de la escala de cohesión familiar tenidos en cuenta, la mayor proporción se encontró para la clasificación con muy buena y buena cohesión.

Sólo un 6.7% quedan clasificadas con un grado de cohesión regular y el 0.3% mala. Como es de esperar su comportamiento según sexo del que responde, no presentó diferencias.

7. Se puede concluir que la frecuencia de la relación con los maestros como factor de protección está alrededor del 23% como una interacción buena, siendo mayor en un 25% para los colegios privados en comparación con un 19% para los colegios públicos.

8. Según el comportamiento de la red de apoyo, se encontró que el apoyo recibido por la madre presenta el mejor comportamiento al sumar las respuestas de “siempre” y “casi siempre” llegando al 78.4%, seguido del recibido por el padre con 45.7% y los hermanos con el 42.3%.

Llama la atención que la respuesta con relación al buen apoyo de los amigos supera a la del padre para las dos opciones antes mencionadas, “siempre” y “casi siempre,” con el 51.3%.

9. Según los componentes de la escala de espiritualidad, el comportamiento de los ítems de la escala es muy bueno. El 81.4% de los jóvenes responde que está muy de acuerdo con creer en Dios y en los demás la proporción de respuestas afirmativas (**Muy de acuerdo y Algo de acuerdo**) es muy alto al compararlo con la otra tendencia.

10. Llama la atención que los adolescentes de 15 a 19 años presentan mejor comportamiento de la escala de espiritualidad.

Según tipo de colegio no se encontraron diferencias significativas.

11. Las relaciones con la madre se comportan como factor de protección y que se debe trabajar para educar al padre sobre su importante papel en el bienestar de sus hijos.

12. Se concluye que según la distribución de sexo y edad y la percepción personal de felicidad que las mujeres mayores de 20 años son en mayor frecuencia poco o nada felices a comparación de los hombres.

BIBLIOGRAFIA

1. Organización Panamericana de la Salud .Salud del Adolescente .OPS/OMS Washington.1995.P
2. BBC News. 20 de junio de 2002. Human Smuggling Eclipses Drugs Trade. Sitio Web: <http://news.bbc.co.uk/1/hi/world/2056662.stm>, [visitado enero 28 de 2007.
3. World Health Organization. The burden of mental illness. In: The World Health Report 2001. Mental health: New understanding, new hope. Washington: World Health Organization; 2001. p.19-45
4. Tiemens BG, VonKorff M, Lin EH. Diagnosis of depression by primary care physicians versus a structured diagnostic interview. Understanding discordance. Gen Hosp Psychiatry. 1999;21(2):87-96
5. Roberts, C. Only connect: the centrality of doctor-patient relationships in primary care. Family Practice. 2004; 21(3):232-234
6. Brown P. Effective treatments for mental illness are not being used. BMJ. 2001; 323:769
7. Sartorius N. The economic and social burden of depression. J Clin Psychiatry. 2001; 62 Supl 5:8
8. Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. XXXV / No. 1 / 2006
9. Universidad pontificia javeriana- acta 08/02/07- Dr. carlín bastidas mejía
10. . Rodríguez DC, Dallos CM, González SJ, Sánchez ZM, Díaz-Martínez LA, Rueda- Jaimes GE, et al. Asociación entre síntomas depresivos y consumo abusivo de alcohol en estudiantes de Bucaramanga, Colombia. Cad Saude Pública. 2005;21:1402-7
11. Cogollo Z, Campo-Arias A. Asociación entre síntomas depresivos y rendimiento académico en adolescentes estudiantes de un colegio de estrato socioeconómico bajo y medio bajo de Cartagena, Colombia. Salud UIS (en prensa)
12. Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional de las enfermedades (CIE): trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación. 10th ed. Madrid: Meditor; 1993
13. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2000
14. Stewart SM, Lewinsohn PM, Lee PWH, Ho LM, Kennard B, Hughes CW, et al. Symptom patterns in depression and “subthreshold” depression among adolescents in Honh Kong and the United States. J Cross-Cult Psychol. 2002;33: 559-76

15. Canino G, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bird HR, Bravo M, Ramirez R, et al. The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61:85-93
16. Daniels J. Weight and weight concerns: are they associated with reported depressive symptoms in adolescents? *J Pediatr Health Care*. 2005;19:33-41.
17. Brosnahan J, Stefen LM, Lytle L, Patterson J, Boostrom A. The relation between physical activity and mental health among Hispanic and Non-Hispanic white adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004;158:818-23.
18. Crespo CJ, Smith E, Troian RP, Bartlett SJ, Macera CA, Anderson RE. Television watching, energy intake, and obesity in US children. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2001;155:360-5
19. Rodríguez DC, Dallos CM, González SJ, Sánchez ZM, Díaz-Martínez LA, Rueda- Jaimes GE, et al. Asociación entre síntomas depresivos y consumo abusivo de alcohol en estudiantes de Bucaramanga, Colombia. *Cad Saude Publica*. 2005;21:1402-7
20. Yunis FA, Mattar T, Wilson AK. The association between tobacco smoking and reported psychiatric symptoms in an adolescent population in the United Arab Emirates. *Soc Behav Person*. 2003;31:461-6
21. Brook DW, Brook JS, Zhang C, Cohen P, Whiteman M. Drug use and the risk of major depressive disorder, alcohol dependence, and substance use disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59:1039-44
22. Saluja G, Iachan R, Scheidt PC, Overpeck MD, Sun W, Giedd JN. Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004;158:760-5
23. Stewart SM, Betson CL, Lam TH, Chung SF, Ho HH, Chung TCF. The correlates of depressed mood in adolescents in Hon Kong. *J Adolesc Health*. 1999;25:27-34.
24. Rice F, Harold G, Thapar A. The genetic aetiology of childhood depression: a review. *J Child Psychol Psychiatry*. 2002;43:65-79.
25. Olsson IG, Nordström ML, Arinell H, Von Knorring AL. Adolescent depression and stressful life events. *Nord J Psychiatry*. 1999;53:339-46
26. Stansfeld SA, Haines MM, Head JA, Bui K, Viner R, Taylor SJC, et al. Ethnicity, social deprivation and psychological distress in adolescents. *Br J Psychiatry*. 2004;185:233-8
27. Gleid S, Pine D. Consequences and correlates of adolescent depression. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002;156: 1009-14.
28. Fergusson DM, Woodward LJ. Mental health, educational, and social role outcomes of adolescents with depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2002; 59:225-31
29. Rodríguez DC, Dallos CM, González SJ, Sánchez ZM, Díaz-Martínez LA, Rueda- Jaimes GE, et al. Asociación entre síntomas depresivos y consumo

- abusivo de alcohol en estudiantes de Bucaramanga, Colombia. *Cad Saude Pública*. 2005;21:1402-7.
30. Campo-Arias A, González SJ, Sánchez ZM, Rodríguez DC, Dallos CM, Díaz-Martínez LA. Percepción de rendimiento académico y síntomas depresivos en estudiantes de media vocacional de Bucaramanga, Colombia. *Arch Pediatr Urug*. 2005;76:44-9.
 31. Campo-Arias A, Dallos CM, González SJ, Rodríguez DC, Sánchez ZM, Díaz-Martínez LA. Consumo de cigarrillo y síntomas depresivos en estudiantes de Bucaramanga, Colombia. *Arch Arg Pediatría* (en prensa).
 32. Gabbard, G. O. (1994). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice: The DSM-IV Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
 33. Andrew Solomon. El demonio de la depresión. Ediciones B – México 2002
 34. Dr. Rafael Salín-Pascual. Depresión mayor, trastorno bipolar y trastornos por ansiedad. Casa del Libro
 35. Louisel. Hay. El poder está en ti. Ediciones Urano número 27
 36. Peace, love and healing, haper and row, 1989(Paz, amor y autocuración, Uranoi,1990)
 37. Harrison - Principios de Medicina interna-edición 15. PAGINA: 2981-2985
 38. NEUROPEDIATRIA, CONDUCTA Y APRENDIZAJE. Dr. Abraham Jayán Nahmad *Neurólogo Pediatra*. DEPRESION EN LA NIÑEZ Por la Psic. Sofia Mann de Dayán Maestra en Psicología Clínica y Psicoterapia 04455-2046-9075
 39. Colombia, Ministerio de Salud, Resolución número 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogota: El Ministerio; 1993.
 40. Asociación Médica Mundial, Declaración de Helsinki, Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas. Finlandia: La Asociación;1964
-