



Trastornos distímicos en la población estudiantil adolescente del Colegio de Palmares, Alajuela, Costa Rica 2001

Harold Antonio Segura Quesada

Resumen

La depresión en los adolescentes, hoy en día es una realidad que puede alterar el funcionamiento del joven en múltiples áreas, dada la creciente importancia de estos fenómenos relacionados con problemas conductuales y académicos, así como el aumento en casos de suicidio. De las poblaciones clínicas de adolescentes, se calcula que en la población de consulta externa, el 30% tiene trastornos depresivos. En población interna, el 40% tiene depresión.

El objetivo principal de esta investigación, fue caracterizar al adolescente con síntomas de trastornos distímicos de acuerdo con criterios para este padecimiento según el DSM IV, además, establecer cuáles fueron los síntomas más frecuentes encontrados en la población en estudio para este tipo de trastorno. Por otra parte se clasificó a cada adolescente estudiado según el grado de depresión (leve, moderada, severa) mediante el inventario de Zung.

Otra de las metas trazadas fue establecer qué patrón de herencia se guarda en aquellos adolescentes que tengan algún familiar con antecedente de depresión. Todos estos instrumentos fueron aplicados en el Colegio Público del Cantón de Palmares de Alajuela, que cuenta con una población estudiantil

de 1.815 estudiantes distribuidos en 529 estudiantes de séptimo año, 418 estudiantes de octavo año, 325 estudiantes de noveno año, 361 estudiantes de décimo año y 182 estudiantes de undécimo año.

Trabajando con una muestra que diera el 95% de confianza mediante una fórmula estadística, al aplicar ésta, encontramos por sección 7,43 estudiantes, por lo que se decidió redondear al número superior, que correspondía a 8 estudiantes por grupo. Se escogieron los candidatos de estudio al azar.

La población estudiada para trastornos distímicos incluyó 185 estudiantes, que se distribuyeron de la siguiente manera: 113 mujeres (61,08%) y 72 hombres (38,91%). Estos 185 estudiantes comprendían edades entre 11 y 19 años; la edad predominante con trastornos distímicos fue de 15 años.

Del total de estudiantes encuestados se evidenciaron antecedentes de depresión principalmente de la madre en un 36,7%. De los síntomas más frecuentes encontrados en esta población resaltan: dolor de brazos o articulaciones 54,6%, dolor de cabeza 68,1%, cansancio 62,7%, trastornos alimenticios 47,65%, poco interés o placer por hacer las cosas 75,1%, desesperanza 69,7%, preocupación constante 51,9%. Se relacionó el grado de depresión encontrado en los estudiantes y los resultados fueron los siguientes: el grado de depresión predominante fue sin sicopatología para un 87,56% seguido por depresión 11,35%, con depresión moderada 0,54% y con depresión severa 0,54%



Abstract

Today, depression in adolescents is reality which may alter the normal function of young adolescents in multiple areas. In clinical adolescent populations, approximately 30 % of the external (general) consult has depressive disorders.

The internal population shows 40%.

The main objective of the investigation was to characterize the adolescent with dysthymic disorders symptoms, using DSM IV criteria, also establish which were the symptoms more frequently found in the studied population for the dysthymic disorders.

Furthermore, each adolescent studied was classified according to the grade depression (mild, moderate, severe) by means of Zung inventory.

Another goal was to establish the inheritance pattern of family background on those who associated any depressive disorder.

All these instruments were applied in the Colegio de Palmares de Alajuela Costa Rica which has a student population of 1815 students, showing the following distribution: 529 students at 7th, 418 at 8th, 325 at 9th, 361 at 10th and 182 at 11th.

Candidates are chosen randomly.

According to the studied population (sample), for dysthymic disorder, which include 185 students, the distribution was 61 women and 38 men.

From this, 185 students whose ages between 11 and 19 years, the average age was 15 years.

From the total of the students surveyed, the evidence showed background history of depression in mother in a 36,7%.

The most common symptoms found in the studied population were:

- 1 arm and articulation pain
- 2 headache
- 3 fatigue
- 4 eating disorder
- 5 lack of interest or pleasure while doing activities
- 6 constant preoccupation

The most common grades of depression were without psychopathology 87%, followed by mild depression (11%), moderate depression and severe depression 1%.

Key words:

Dysthymic disorder
Adolescents
Prevalence
Grades of depression
Hereditary pattern
Palabras claves
Trastorno distímico
Prevalencia
Adolescentes
Inicio temprano
Patrón familiar
Grado de depresión

La distimia: el mal del siglo.

Distimia, en palabras griegas significa humor perturbado, es uno de los trastornos más abundante en nuestros tiempos(1)

Los trastornos del estado de ánimo son trastornos graves y tienen una prevalencia elevada en niños y adolescentes. La incidencia del trastorno depresivo mayor (TDM) en niños y adolescentes se ha estimado en un 1-2%, la distimia se produce en un 10-14% de los niños y los trastornos bipolares tienen una incidencia estimada en un 0,24-1,2% en la población infantil.



Los niños y adolescentes afectados presentan un deterioro importante de su funcionamiento psicológico y académico, y su pronóstico general es peor si se compara con un grupo de no afectados(3) Un niño o adolescente deprimido presenta también un riesgo superior de intento o consumación de un suicidio en comparación con los no deprimidos. Los niños con trastornos del estado de ánimo son remitidos la mayoría de las veces al médico a causa de su comportamiento. Los tipos de niños que son remitidos con más frecuencia son los siguientes:

- Niños que se muestran irritables, desafiantes y negativistas; se niegan a participar en la escuela, y presentan arrebatos emocionales intensos en el hogar y en el aula.

- Niños con quejas físicas no explicadas, como cefaleas o dolores de estómago, y cuyo grado de incapacidad es excesivo respecto a las posibles causas médicas claras existentes.

La historia de la depresión en sus múltiples formas se ha conocido desde los tiempos más remotos. Sin embargo, sigue siendo un enigma. Las manifestaciones patentes del trastorno son obvias, incluso para las mentes más simples. Actualmente todavía se debaten las causas y sus diversas expresiones, como lo demuestran las intensas discusiones en las formulaciones más recientes del DSM y la CIE.

Fisiopatología

Tanto los factores genéticos como ambientales parecen jugar un papel importante en el origen de la depresión. Mientras ciertas personas parecen especialmente proclives y presentan cuadros depresivos ante mínimos estímulos ambientales, otras son mucho más resistentes y requieren de una gran presión externa para desarrollar los síntomas.

En los últimos años han venido ganando terreno distintas teorías moleculares para explicar la depresión, en especial aquellas relacionadas con la disfunción de ciertos circuitos de neurotransmisores como serotonina y noradrenalina

Prevalencia de depresión

En la mayoría de los estudios, los índices de prevalencia de la depresión mayor entre niños y adolescentes oscilan entre el 2 y el 5 por ciento(5)

Tanto el género como la edad están claramente relacionados con las estimaciones de la prevalencia de la depresión entre niños y adolescentes.

Sin embargo, entre los adolescentes la depresión es mucho más frecuente en las mujeres, empezando a aproximarse a la proporción que suele hallarse en los adultos de 2:1 entre mujeres y hombres (6)

Etiología

En gran parte, se debe a cambios en la familia. Hace cien años, el divorcio era poco frecuente. Ahora, muchos niños nacen cuando los padres ni siquiera están casados.



En Estados Unidos, el 15 % de los niños vive en un hogar de sólo un padre por la alta tasa de divorcio, cercana al 50 %⁽¹⁾

Se ha tratado de relacionar con la etiología del trastorno depresivo mayor sin hallazgos conclusivos hasta el momento. Últimamente, se menciona con frecuencia por diversos autores la hipótesis de la dopamina en el trastorno distímico y otros trastornos depresivos.

Esta hipótesis plantea una reducción en la actividad de la dopamina en el sistema mesolímbico que podría ser el sustrato bioquímico de varios de los síntomas depresivos.

Pero también existen otros como el incremento de la urbanización, de la densidad poblacional y de la pobreza general, que inciden en una mayor competitividad y agresividad. Todo esto lleva a que, durante los últimos 20 años, aumente el consumo de drogas en gente cada vez más joven, especialmente de sustancias muy adictivas como la cocaína. Esto es una carga importante en el desarrollo de los jóvenes, no sólo por lo que causa en el cerebro y en el comportamiento, sino por la clase de relaciones que van estableciendo.

Cuando miramos a niños muy pequeños, en sus primeros años de vida, lo que pasa dentro de ellos está muy estrechamente relacionado con lo que ocurre afuera. El tipo de cuidado que reciben, la continuidad de ese cuidado, el tipo de estímulo que proporcionan los padres, la estructura de la vida diaria, el modo en que reciben afecto. Lo que el niño va experimentando cambia su biología, pues las experiencias van moldeando la estructura cerebral.

Entonces, no se puede separar lo externo de lo interno, porque el entorno se vuelve interno y moldea a la persona. Los niños necesitan atención, alguien que les hable, que los oriente hasta que llegan a los dos años, para que su cerebro pueda desarrollar las capacidades necesarias para desenvolverse más adelante.

Por otra parte los padres jóvenes llegan a la paternidad cuando usualmente su niñez y adolescencia han sido estresantes también. Es decir, al cansancio diario por el trabajo se agrega una experiencia de crecimiento que los hace vulnerables. Es muy importante pensar en esto, porque no es correcto culpar a los padres por las dificultades que hoy existen en las familias y en los trastornos que experimentan los niños. Lo que debemos hacer es ayudarlos en su tarea. Esta es una gran responsabilidad social. Es un problema serio. Todos se alarman y se impresionan cuando un niño o un adolescente se suicida, pero pocos se dan cuenta de que se trata sólo de la punta del iceberg. Lo cierto es que por cada niño que se suicida hay cientos que lo han intentado y miles que lo tienen en mente.

Por cada adolescente que se suicida, existen 50 jóvenes que fracasan en el intento, mientras otros 500 tienen esta alternativa en mente.

Pero los niños también sufren cuando están deprimidos, también se sienten indefensos y tienen una autoestima muy baja. Un sufrimiento que no está bajo su control, no es tan simple como decidir ponerse contentos; los adultos no lo pueden hacer y los niños



tampoco. Lo preocupante es que mientras la depresión aumenta en la adolescencia, los jóvenes van desarrollando comportamientos peligrosos. Este aumento de las conductas autodestructivas muchas veces termina en suicidio.

Lo que usualmente hace feliz a un niño normal, hace sentir al niño deprimido aún peor. La invitación a una fiesta normalmente haría sentir bien a un niño o niña de 15 años, pero para uno con depresión sería como un recordatorio de que es diferente a los otros, de que está indefenso y desesperado, otra oportunidad para fallar, un lugar donde a nadie le agrada. Es importante que la familia y los médicos reconozcan que la depresión es real y peligrosa, y que no siempre se muestra con luces de neón, sobre todo en la adolescencia, cuando el sufrimiento se lleva en silencio. El adolescente comienza a sentir que la situación que lo afecta es permanente y sin salida alguna. Entonces, además de apartarse y de dejar de preocuparse por sí mismo, la idea se vuelve una especie de solución o fórmula mágica, el único modo en que pueden aliviar su dolor. Hay varias causas que provocan que los adolescentes tengan ideas suicidas, pero los factores que más influyen son los problemas psiquiátricos serios, como la depresión y la esquizofrenia. Otras se refieren a los problemas que enfrentan los adolescentes, los que parecen ser tan terribles que no tienen solución. Además, los adolescentes demasiado perfeccionistas, que se enorgullecen de sus éxitos, se ven destrozados cuando algo les falla, no pueden enfrentar el fracaso y se suicidan.

Otro motivo es el aislamiento y la soledad extremos que llevan a los adolescentes a terminar con su vida, pues no tienen amigos ni buenas relaciones con los padres, y se sienten cada vez más aislados. Por último, no se puede ignorar la influencia del acceso a las armas. Cuando hay pistolas cerca de ellos, está comprobado que aumenta el porcentaje de suicidios. Si a eso sumamos que el ambiente en que viven hoy los adolescentes es de más violencia y más armas, no es raro que ellos aprendan más rápido y más fácilmente a usarlas, incluso para hacerse daño. (8)

Después de los accidentes y el cáncer, el suicidio es la tercera causa principal de muerte entre adolescentes. La mayoría de adolescentes se suicidan de modo violento. En el estudio de Louisville de 60 suicidios de niños y adolescentes, el 57 % usó armas de fuego. Muchos de estos adolescentes mostraron signos de depresión y un aumento en el consumo de alcohol y tóxicos.

Desgraciadamente, el 82 % de este grupo no había recibido nunca ayuda psiquiátrica ni habían expresado ideas suicidas antes de suicidarse. Es de suma importancia que el clínico tome en serio los síntomas de depresión, las ideas suicidas, los «gestos» o intentos de niños y adolescentes.

El tratamiento del adolescente suicida es, en algunos casos, parecido al tratamiento de un niño que sufre abusos. El clínico debiera movilizar todos sus recursos para ayudar a la familia y al adolescente.



Es imprescindible consultar con un psiquiatra infantil o con un psiquiatra general que esté calificado para trabajar con adolescentes. Posponer, retrasar o esperar para «ver lo que ocurre» puede costar la vida a un joven.

Esta responsabilidad no sólo pertenece a los padres, el aislamiento que acompaña a la depresión, resalta la importancia de que tanto médicos como profesores del colegio, sean capaces de detectar cuándo un niño o una niña están deprimidos. Puede ser que los padres no lo noten y piensen que el niño sólo está portándose mal. Pero los profesores sí lo ven y deberían ser capaces de saber lo que está mal con el niño. Es obvio que algo pasa, pues el pequeño no es como era. El problema está en que los profesores no tienen o no conocen un lugar dónde enviar a estos niños. A menos de que exista ese lugar, los profesores no podrán hacer nada, los padres no recibirán la ayuda que necesitan y los niños seguirán deprimidos.

En el curso del desarrollo, los adolescentes normales tienen predisposición hacia la depresión. Es importante diferenciar clara y minuciosamente entre las etapas normales de humor depresivo adolescente y la depresión patológica. Esta diferenciación pone a prueba la habilidad de, incluso, clínicos muy expertos.

Carlson (1981) divide la depresión adolescente en tipos primario y secundario. Primario significa que no había ningún trastorno psiquiátrico preexistente antes de la enfermedad actual, y secundario significa, que la

enfermedad actual está asociada a un trastorno psiquiátrico previo. Según Carlson, los adolescentes con un trastorno depresivo secundario están más alterados, son significativamente más agresivos, tienen quejas somáticas excesivas, manifiestan irritabilidad, desesperación, ideación suicida, y tienen problemas para dormir, un rendimiento escolar disminuido, baja autoestima y son desobedientes(9)

Kaplan **et al.** (1984) administraron el Inventario de Beck (BDI) (Beck, 1967) a 385 estudiantes de segunda enseñanza. Encontraron que la edad tiene una influencia significativa sobre la sintomatología depresiva. Los niños de 11 a 13 años de edad tenían menos síntomas depresivos que los de 14 a 16 y de 17 a 18 años. Según Carlson (1981), es difícil distinguir entre los síntomas de depresión adolescente y la “confusión adolescente”. De este modo, la depresión adolescente ha sido subdiagnosticada. Los adolescentes psiquiátricamente enfermos, a menudo se convierten en adultos psiquiátricamente enfermos. (9)

Características por edad

Las siguientes son las principales características específicas de la edad: Los síntomas de depresión en la adolescencia son parecidos a los de la edad adulta.

Pubertad. Puede atrasarse la aparición de la pubertad en un adolescente crónicamente deprimido, especialmente si la depresión está relacionada con pérdida de peso o anorexia.



El adolescente deprimido puede tener grandes dificultades para aceptar o comprender los signos de la pubertad. La conciencia y las dudas sobre sí mismo se intensifican. Un torrente de secreciones hormonales, junto con un ambiente estresante, puede hundir al adolescente en las profundidades de la depresión y posiblemente llevarle a un comportamiento suicida.

El rendimiento escolar se ve a menudo afectado. Si un adolescente va bien en sus estudios y de repente su rendimiento disminuye, la depresión debería considerarse como uno de los posibles factores causantes. El aplazamiento en terminar sus tareas, un comportamiento irritable en clase y la falta de preocupación por el rendimiento y por su vocación futura también pueden ser los signos iniciales de depresión en los adolescentes.

Esta percepción equivocada es uno de los errores cometidos más frecuentemente al diagnosticar la depresión en los adolescentes.

Autoestima. Una pobre autoestima es uno de los ingredientes más significativos de la depresión a lo largo de la vida. En los adolescentes, la depresión intensifica su baja autoestima. Los adolescentes deprimidos sienten en su interior que se han defraudado a sí mismos y a los demás. La desesperación y el desamparo reducen aún más la autoestima, cuyo resultado es un círculo vicioso. A veces, el adolescente deprimido intenta defenderse de la baja autoestima mediante la negación, fantasías omnipotentes, o evadiéndose de la realidad mediante el abuso de tóxicos o alcohol.

Salud. Los adolescentes deprimidos tienen un aspecto pálido y cansado, y carecen del vigor y la alegría de la juventud. Estos adolescentes a menudo tienen una multitud de problemas físicos, tales como dolores de cabeza, de estómago, falta de apetito y pérdida de peso sin ninguna causa orgánica. Ya que el adolescente deprimido no suele verbalizar sus sentimientos, los síntomas físicos son a menudo la única evidencia que lleva a contactar con el clínico.

Peso. Una disminución en la velocidad de aumento de peso o su pérdida podría indicar depresión. Al mismo tiempo, la baja autoestima y el descuido personal pueden contribuir a comer en exceso y a la obesidad.

Epidemiología

El trastorno distímico es frecuente en la población general y oscila entre un 3% y un 5% de la misma. Se diagnostica en un tercio a la mitad de los pacientes de clínicas psiquiátricas. El trastorno distímico es más común entre mujeres de menos de 64 años que entre los hombres de cualquier edad y se observa con más frecuencia entre personas solteras, jóvenes y con ingresos bajos.

Además, coexiste comúnmente con otros trastornos mentales, especialmente el trastorno depresivo mayor, los trastornos de ansiedad (en especial el trastorno de angustia), el abuso de sustancias y, probablemente, el trastorno límite de la personalidad. Los pacientes con un trastorno distímico suelen tomar psicofármacos, como antidepresivos, antimaniacos por ejemplo litio y carbamacepina e hipnóticos sedantes.



En los niños y los adolescentes

La mayor parte de las investigaciones concuerdan en que los trastornos del estado de ánimo son fundamentalmente similares en niños y en adultos. Por lo tanto, no hay trastornos del estado de ánimo “infantiles” en el DSM-IV que sean específicos de una etapa del desarrollo, a diferencia de los trastornos de ansiedad. Con todo, también parece claro que la “apariencia” de la depresión cambia con la edad. Por ejemplo, los niños de 3 años podrían manifestar la depresión en sus expresiones faciales, lo mismo que en su comportamiento alimentario, de sueño y lúdico, de manera muy distinta de los chicos entre los 9 y los 12 años.

Los datos recopilados por Carlson y Kashani confirmaron que los adolescentes depresivos, al compararlos con chicos del mismo rango de edad sin trastornos de depresión, son particularmente vulnerables a la baja autoestima y la timidez. Los adolescentes a los que se obliga a limitar sus actividades por enfermedad o lesiones se hallan en un elevado riesgo de deprimirse. (10)

Si bien comienzan ya a aparecer estudios más complejos, los cálculos sobre la prevalencia de los trastornos del estado de ánimo en los niños y los adolescentes varían en un amplio margen. La conclusión general es que, los trastornos depresivos se dan con menos frecuencia en los niños que en los adultos pero ésta se eleva de manera muy considerable en la adolescencia, cuando, en todo caso, la depresión es más común que en la edad adulta (Kashani, Hoepfer, Beck y

Corcoran, 1987; Lewinsohn *et al.*, 1993; Petersen, Compas, Brooks-Gunn, Stemmler y Grant, 1993) Además, hay ciertas pruebas de que, en los niños más chicos, la distimia es más frecuente que el trastorno depresivo mayor, aunque tal proporción se invierte en la adolescencia. Como con los adultos, los adolescentes experimentan el trastorno depresivo mayor de manera más frecuente que la distimia (Kashani *et al.*, 1983; Kashani *et al.*, 1987).

El trastorno depresivo mayor en los adolescentes es también en su mayor parte femenino, como lo es en los adultos, aun cuando resulta interesante que esto no se aplica en el caso de la mayor parte de la depresión leve. Sólo entre los adolescentes a quienes se envía a tratamiento, existe el desequilibrio de género (Compas *et al.*, 1997), aunque no queda clara aún la razón por la cual son más mujeres las que alcanzan un estado más grave que exige remisión a tratamiento(10).

Por el contrario, cuando se aborda este problema en el campo de la psiquiatría del adolescente, la confusión es grande. Un número muy importante de clínicos, tanto pediatras como psiquiatras y psicólogos, se olvidan de considerar esta posibilidad diagnóstica, por lo cual yo creo, que los síndromes depresivos en niños y adolescentes, en un gran número, no son diagnosticados, en parte porque sus manifestaciones clínicas son distintas a las de los adultos, porque los niños y aún los adolescentes, no son capaces de identificar lo que les ocurre como depresión, y finalmente, porque los adultos relevantes en la vida del niño y del joven no pueden creer que



a su edad este sufra de depresión, y porque admitirlo así les amenaza grandemente, pues lo consideran sinónimo de admitir un fracaso como padres o educadores.

Es importante, entonces, empezar por enfatizar que la depresión en el niño y en el adolescente puede ser una agobiante realidad, que logra alterar el funcionamiento normal del niño a joven en múltiples áreas, desde las somáticas hasta las psicológicas, como la esfera intelectual, pero que el término depresión, no posee el mismo sentido en el adolescente que en el adulto y representa, además, una experiencia diferente según la edad del mismo, lo que viene a complicar aún más el panorama.

En Costa Rica la Caja Costarricense de Seguro Social, creó en 1988, el Programa Atención Integral de la Adolescencia (PAIA).

El PAIA, retoma inicialmente la definición de edades planteada por la OMS, que comprende de los 10 a 19 años. Sin embargo, entendiendo que el periodo de la adolescencia es complejo porque la persona completa su propio desarrollo, alcanza la madurez sexual, elabora su propia identidad, completa su educación y se plantea un proyecto de vida propio; se ha extendido su cobertura hasta el llamado periodo de juventud, que llega a los 24 años. (11) Algunos autores hablan de “personalidad depresiva” en estos casos. Muchas personas con distimia llegan a creer que “ellas son así”, y no identifican la distimia como una condición patológica, sino como un estado normal de su forma de ser.

La distimia es causa frecuente de malestar personal, y de malestar familiar. Las personas con distimia suelen estar irritadas, agresivas, con facilidad para entrar en discusiones, y con una baja tolerancia a las frustraciones. Con frecuencia se las califica de “amargadas”.

Trastorno distímico

El trastorno distímico (distimia significa «mal genio») se introdujo en el DSM-III para indicar una depresión crónica no episódica que se consideraba menos grave que la depresión mayor. En los años ochenta se consideraba como una neurosis depresiva o depresión neurótica. La característica principal de este trastorno es un estado de ánimo crónicamente depresivo que se presenta la mayor parte del día, la mayoría de los días, al menos durante 2 años (1año para niños y adolescentes)(12).

El concepto de trastorno distímico como depresión crónica y leve comenzó en las primeras versiones del DSM con los diagnósticos de depresión crónica y personalidad depresiva (Klein y cols., 1996), no obstante, dicho concepto ha seguido evolucionando. Por ejemplo, en el paso del DSM-III al DSM-III-R se eliminaron 8 síntomas, se añadió una alteración de la conducta alimentaria y se redactan de forma diferente las descripciones de algunos síntomas, de manera que el número de síntomas asociados disminuyó de 13 a 6.

Además, el número mínimo de síntomas requeridos para realizar un diagnóstico de trastorno distímico se redujo de 3 a 2 (Klein y cols.1996)



Sin embargo, los mismos pacientes adultos con distimia parecen cumplir los criterios de todas las versiones del DSM (Gwirts-many cols, 1997) No se sabe si ocurre lo mismo en los pacientes con distimia iniciada en la adolescencia o en edad geriátrica (Gwirtsman y cols., 1997) (13,14,15).

En el DSM III la categoría de Distimia incluía pacientes que fueron previamente diagnosticados como neuróticos, reactivos, caracterológicos, temperamentales, depresivos menores o atípicos.

EIDSMIV y la CIE 1 describen la Distimia de manera muy similar aunque existen algunas diferencias significativas. Estas son la consecuencia de la falta de suficiente información científica para poder tomar una decisión. Sin embargo, esto permitirá en el futuro detectar áreas de profundización. La investigación futura deberá ayudar a delimitar mejor los trastornos distímicos de los trastornos afectivos y así mejorar la nosológica psiquiátrica.

Material y método

El presente trabajo de investigación se realizó en el Colegio de Palmares ubicado en la ciudad de Alajuela, el cual está conformado por una población total de 1815 estudiantes y el estudio incluyó una muestra de 456 estudiantes de ambos géneros y de distintos grupos etarios, durante el período de Enero del 2001 hasta Mayo del año mencionado. Es un estudio transversal, descriptivo y observacional. Las variables del estudio las constituyeron la edad, el género, el nivel que cursan los alumnos y las 60 preguntas de los instrumentos aplicados.

La siguiente investigación está basada en el modelo descriptivo, el cuál se muestra en términos de una serie de características demográficas.

Población de estudio.

De acuerdo con las edades que comprenden la etapa de la adolescencia, se tomaron en cuenta todos los alumnos entre los 13 y menos de 21 años de edad que estuvieran en cualquier nivel del colegio, abarcando desde séptimo hasta undécimo año; alumnos provenientes de cualquier zona de Palmares, mientras que pertenecieran al citado colegio.

El instrumento que se utilizó consistió en un cuestionario elaborado utilizando como base tres cuestionarios validados por investigadores extranjeros como lo son inventario de ZUNG y el inventario PRIME MD y su módulo de estado de ánimo.

Método de selección de la muestra

De la población total de estudiantes (1815) se realizó un muestreo distribuido de la siguiente manera: 529 estudiantes de séptimo año; 418 estudiantes de octavo año; 325 estudiantes de noveno año; 361 estudiantes de décimo año y 182 estudiantes de undécimo año. Trabajando con una muestra que diera el 95% de confianza, se utilizó una fórmula estadística la cual dio por sección 7,43 estudiantes, por lo que se decidió redondear al número superior que correspondía a 8 estudiantes por grupo.

Se escogieron los candidatos de estudio al azar.



Instrumentos 1 y 2

El **PRIME-MD** es un sistema que facilita el reconocimiento y diagnóstico rápido y preciso de los trastornos mentales, y del comportamiento que se presenta con mayor frecuencia entre los adultos en el ámbito de la atención primaria. Esto se logra mediante la elaboración de preguntas estándar acerca de los síntomas clave de ciertos diagnósticos y empleando un modelo de “árbol de toma de decisiones”, lo que facilita el diagnóstico diferencial. Después de leer este instructivo y de usar el sistema PRIME-MD con algunos pacientes, los médicos de atención primaria podrán ser capaces de evaluar a cada uno de sus pacientes en un lapso de cinco a diez minutos.

Flexibilidad de uso

El **PRIME-MD** puede utilizarse como un procedimiento de selección o tamizaje con todos los pacientes, independientemente de cuál sea su queja principal, o se puede usar en aquellos pacientes en los que el médico sospeche de algún trastorno psicológico significativo, pero en quienes la naturaleza del mismo no sea clara. El médico podrá utilizar todos los módulos o sólo aquellos que sean particularmente de su interés, como por ejemplo, el módulo de estado de ánimo o el módulo de ansiedad.

Materiales

El PRIME-MD tiene dos componentes. El primero es el cuestionario del paciente (CP) de una página, que el paciente llena antes de entrevistarse con el médico.

El CP está formado por 25 preguntas, de respuestas SÍ / NO, organizadas en cinco grupos amplios de diagnóstico, a saber: trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos del hábito alimentario, trastornos somatomorfos y el abuso o dependencia del alcohol. El segundo componente del PRIME-MD, es una Guía de Evaluación Clínica (GEC) que se emplea para obtener información adicional en aquellas áreas de diagnóstico en las que los pacientes han respondido afirmativamente.

Inventario 2

Módulo de estado de ánimo

Este módulo comienza con preguntas relacionadas con nueve síntomas característicos del trastorno depresivo mayor. Si cinco de estos síntomas, o más, tienen como respuesta “Sí”, se diagnostica trastorno depresivo mayor.

De lo contrario, considere la remisión parcial de un trastorno depresivo mayor, luego distimia y finalmente, si no se diagnostica algún trastorno depresivo, considere el trastorno depresivo menor. Si la respuesta a la pregunta número 16, respecto a haber recibido litio o haber sido diagnosticado como maníaco depresivo es afirmativa, sugiere la posibilidad de un trastorno bipolar como un diagnóstico adicional al del trastorno depresivo que se haya realizado.

El último punto del módulo del estado de ánimo, pregunta 17, solicita que el médico determine si existe otra alteración física, medicamento o alguna otra droga que esté ocasionando los síntomas depresivos.



Algunos ejemplos de patología causal concomitante incluyen el hipotiroidismo, trastornos del sistema nervioso central (enfermedad vascular cerebral, el mal de Parkinson), o medicamentos antihipertensivos y alucinógenos.

Inventario 3

Se aplicó el inventario de ZUNG el cual tiene 20 preguntas, todas con respuestas que presentan las siguientes opciones:

Nunca o pocas veces

Algunas veces

Frecuentemente

La mayoría del tiempo

Aquí se calcula el grado de depresión en que se encuentra el paciente en estudio. Así, para un puntaje menor de 50 puntos se considera sin patología, entre 50-59 depresión leve, entre 60-69 depresión moderada y 70 o más puntos depresión severa.

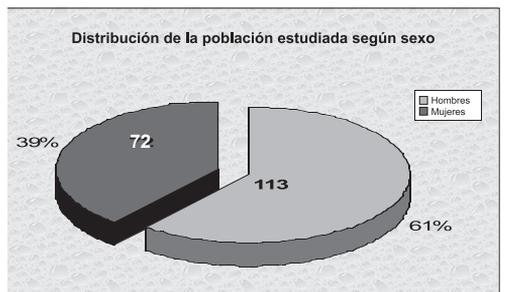
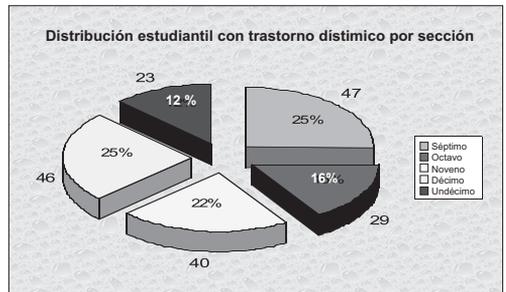
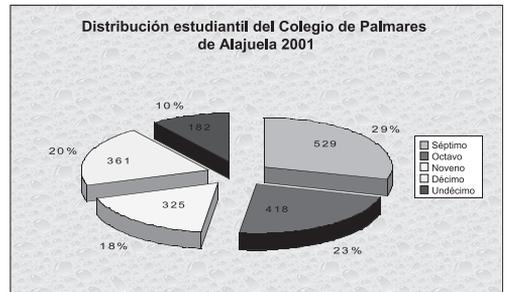
Análisis estadístico, una vez obtenida toda la información se procedió a montar una base de datos en los programas estadísticos de EPI INFO 2000 y Systat versión para estudiantes, con los cuales se realizaron las tablas y los gráficos correspondientes requeridos, rescatando el grado de confiabilidad que da al estudio, pudiendo obtener el chi-cuadrado que da sustento a los análisis que respaldan los objetivos planteados.

Resultados

La población seleccionada para el estudio de los trastornos distímicos comprende 185 estudiantes, distribuidos en 113 mujeres (61,08%) y 72 hombres (38,91%)

De estos 185 estudiantes que comprendían edades entre 11 y 19 años, la edad predominante con trastornos distímicos fue de 15 años.

La distribución de encuestados por sección fue de 44 de séptimo año, 28 de octavo año, 40 de noveno año, 48 de décimo año y 25 de undécimo año



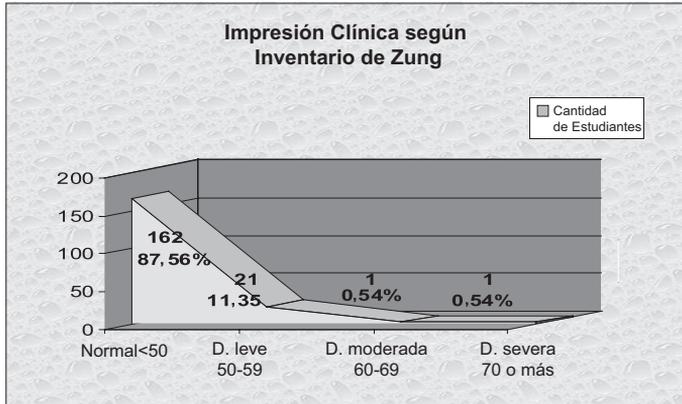
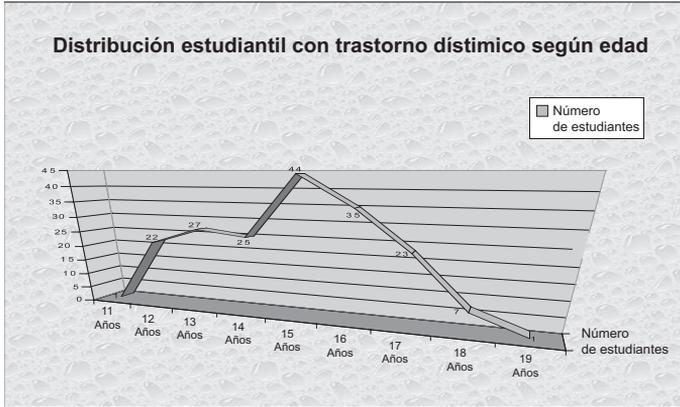
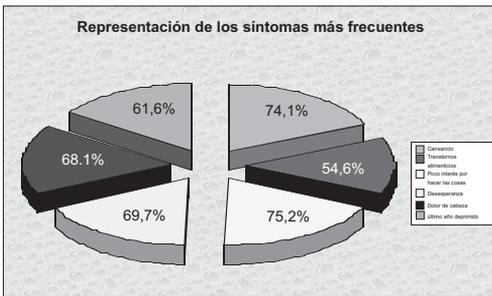
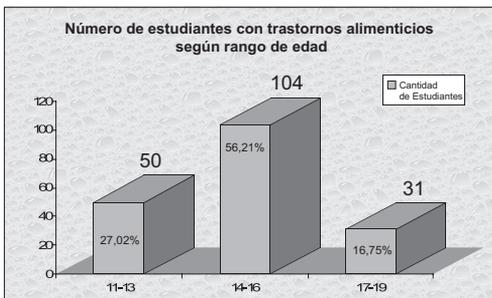
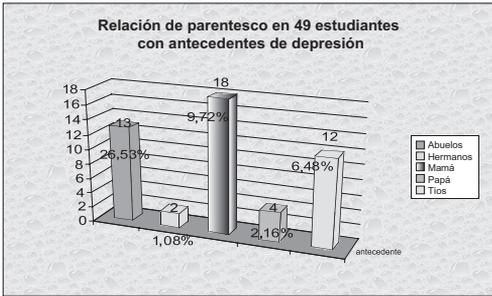


Tabla #2
Relación entre el grado de depresión y antecedentes familiares

		Ninguno	Abuelos	Hermanos	Mamá	Papá	Tíos	Total
Leve	N	11	3	0	2	2	2	20
	%	5,95	1,62	0,00	1,08	1,08	1,08	10,81
Moderada	N	0	0	0	0	1	0	1
	%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,54	0,00	0,54
Severa	N	0	0	0	1	0	0	1
	%	0,00	0,00	0,00	0,54	0,00	0,00	0,54
Normal	N	125	10	2	15	1	10	163
	%	67,57	5,41	1,08	8,11	0,54	5,41	88,11
Total	N	136	13	2	18	4	12	185
	%	73,51	7,03	1,08	9,73	2,16	6,49	100,00

Fuente: Encuestas a estudiantes del Colegio de Palmare



Análisis

Los síntomas más frecuentes de depresión encontrados en los adolescentes estudiados según el PRIME MD fueron, dolor de brazos o articulaciones en un 54,6%, dolor de cabeza en un 68,1%, cansancio en un 62,7%, trastornos alimenticios en un 47,65%, poco interés o placer por hacer las cosas en un 75,1%, desesperanza en un 69,7%, preocupación constante en un 51,9%.

Por otra parte la edad en la que se encontraron más frecuentemente estos síntomas fue la de 15 años con un 23,8%; 16 años con un 18,9%; 13 años con un 14,6%; 14 años con un 13,5% y 17 años con un 12,4%.

El grado de frecuencia encontrado con algún tipo de antecedente familiar en relación con los adolescentes estudiados, arrojó los siguientes datos: mamá en un 36,7%; abuelos en un 26,4%; hermanos en un 4%; papá en un 8,2% y tíos en un 24,6%.

El trastorno distímico es más frecuente entre los familiares biológicos de primer grado de las personas con trastorno depresivo mayor que entre la población general. (8)

Tomando como base el segundo inventario de confirmación para trastornos distímicos conocido como módulo del estado de ánimo, un 47,6% tiene dificultad para conciliar el sueño; cansado o sin energía un 74,1%; con poco apetito o comiendo mucho un 54,6%; poco interés o placer por hacer las cosas un 54,1%; desanimados un 58,9%; problemas de concentración un 44,9%; desesperanza alguna vez en el pasado (más de 2 años) un 56,2%; sentimiento de depresión en el último año un 61,6% y sentimiento de dificultad para realizar las tareas diarias que solía hacer un 42,2%.



Discusión

Cabe recordar que los instrumentos aplicados indican grados altos significativos para ser remitidos a especialistas en el campo de la psiquiatría con el propósito de continuar en control para los padecimientos detectados.

En este estudio ha quedado de manifiesto una cantidad importante de adolescentes que presentan problemas depresivos, demostrándose una amplia variedad de sintomatologías asociadas que ameritan una evaluación más exhaustiva y tratamiento oportuno. La falta de tratamiento, puede interferir en el desarrollo emocional del niño y del joven, corriéndose el riesgo de que este padecimiento cronifique pudiendo llevar a suicidio. Por esta razón es conveniente que padres de familia, profesores, clínicos, orientadores y todas aquellas personas que trabajen con esta población tengan presente la posibilidad de este trastorno y estén alertas a su detección.

En cuanto a la detección de estos trastornos en niños y adolescentes, hay varias posibilidades. En términos generales se recomienda en primer lugar, crear conciencia nacional al respecto, por medio de información, capacitación, y el uso de los medios masivos de comunicación para alertar sobre el fenómeno particularmente en poblaciones en riesgo. En segundo lugar capacitar al personal que trabaja con adolescentes en la detección de señales de alerta, que puedan anticipar los problemas depresivos,

tales como deterioro académico, consumo de alcohol y drogas, aislamiento, con el objeto de intervenir oportunamente. Por ultimo se puede utilizar instrumentos similares al aplicado, para tamizar poblaciones generales y específicas así como evaluar particularmente aquellos adolescentes en los cuales se sospecha una depresión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Paz F. Revista Qué pasa?. Chile: Consorcio periodístico de Chile Coopesa S.A. 1997. p.1385
2. Millon T, Davis R, Wenger A, Van Zuilén M, Fuchs M, Millon R, Trastornos de la Personalidad Más allá del DSM-IV. ed español. Barcelona España: Masson; 1998. p.304-308
3. Parmelee D, David R. Psiquiatría del niño y el adolescente. ed español. Barcelona España: Harcourt Brace ; 1998. p.121-9.
4. Lopez Mirian. Salud y Medicina Jueves 17 abril 1997 Disponible en <http://members.aol.com/depress/children.htm>. Accesado Junio 2001
5. Nelson R, Israel A. Psicopatología del niño y del adolescente. 3er ed. Madrid España: Prentice Hall INC; 1997. p.142-8.
6. Sue D, Sue S, Sue Derald. Comportamiento anormal. 4ta ed. México D.F.: McGRAW HILL 1996. p.499.



7. Kaplan H, Sadock B. Sinopsis de psiquiatría ; 8ava ed. Baltimore Maryland: Williams & Wilkins, Editorial Medica panamericana 1998.p.649-53
8. Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Depressive Disorders. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry October 1998 .Volume 37 Number 10
9. Shafii M, Shafii S. Depresión en niños y adolescentse: Clínica, evaluación y tratamiento; ed español. Barcelona España.
10. Barlow D, Durand V. Psicología anormal; 2da ed. México D.F. Thomson Learning 2001.p.224-6.
11. Garita C, Solano J, Díaz M, Sequeira M, Rodríguez J. Adolescencia y Salud; Volumen 1 numero 1. San José, Costa Rica. Consejo editorial de EDNASS; 1999. p.83-8.
12. Mosby's Medical, Nursing, & Allied Health Dictionary, 5ta ed. 1998 p2CCD dysthymic disorder. Full Text: COPYRIGHT 1998 Mosby-Year Book, Inc
13. Pichot P, López J, Valdés M. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ta ed. Barcelona, España. Masson, S.A. 1995. p.353-9
14. Hales R, Yudofsky S, Talbott J. Tratado de psiquiatría 3era ed. Barcelona España. Masson multimedia 2000.p.481-9.
15. Pichot P, López J, Valdés M. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ta ed. Barcelona, España. Masson multimedia. 1995. p.323-332.7
17. Brook J, Duque L. Pathwats to marijuana use among adolescent: Acd. Child Adlesct 1998 july 37:7.p.759-767
18. Jellinek M, Snyder J. Depression and Suicide in Children and Adolescents Pediatrics in Review August 1998 Volume 19 • Number 8 • Copyright © 1998 American Academy of Pediatrics
19. Birmaher B, Brent D. Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. J .Ame. Child Adolescent, Psychiatry 1998 november 37:1 1p.1234-8.
20. Escobar F. Revisiones Neurosiquiátricas, El trastorno distímico. Sanofi Synthelabo. Octubre 1997/N0 4 .p.5.
21. Ford P. Gale Encyclopedia of Medicine article 2 of 1216; 1era ed. Gale research, INC. 1999. P.924
22. Linn S, Garske J. "Psicoterapias contemporáneas. Modelos y métodos". España, Biblioteca de Psicología. Desclée de Brower. 199
23. ILADIBA. Presencia educaciones especiales. Presencia UPR para medico primario N 6 de 1997. Disponible en <http://iladiba.com/upr/1997/htm/1997/depres1.asp>. Accesado en Julio 2001
24. Forester Steven Group. St. John's Wort .2000. Disponible en: [http://www.St John's Wort - Hypericum perforatum.htm](http://www.StJohn'sWort-Hypericumperforatum.htm). Accesado en Julio del 2001
25. Iglesias María .Eficacia del Hypericum perforatum. Disponible en :[http://www.Noticia 1 Eficacia.htm](http://www.Noticia1Eficacia.htm). Accesado en Julio del 2001



26.Fried E, Interventions Aim To Prevent Depression in High-Risk Children. 9na ed.Psychiatric Times September 1999 Vol. xvi

27.Weller E. Personality Disorders and Other Issues In Adolescent Psychiatry. Universidad de IOWA, American Psychiatric Association 153rd Annual Meeting. Day 2 May 15, 2000. Winter2000, Volume1, Number1

28.Clancy G. Depression Disease Management Program American Family Physician, Nov 15, 2000 v62 i10 p2297