

Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México

Corina Benjet,¹ Guilherme Borges,¹ María Elena Medina-Mora,² Enrique Méndez,¹
Clara Fleiz,¹ Estela Rojas,¹ Carlos Cruz¹

Artículo original

SUMMARY

Introduction

The first and only nationally representative prevalence estimates of psychiatric disorders in Mexico (the Mexican National Comorbidity Survey) indicate sex differences in the expression of psychopathology and early ages of onset for most disorders, often in the adolescent years. Studies from other countries have shown that sex differences in the pattern of psychopathology vary by life stage, which in part, may be explained by different ages of onset for varying disorders.

These studies also suggest that many of the sex differences in the prevalence of disorders emerge during the adolescent years. However, scarce data is available on the epidemiology of adolescent psychopathology in Mexico, and much less regarding possible sex differences in the patterns of prevalence, severity and ages of onset.

The purpose of this report, therefore, is to estimate sex differences in the 12-month prevalence and severity of 17 psychiatric disorders (using DSM-IV diagnostic criteria) as well as ages of onset in adolescents from Mexico City metropolitan area.

Materials and methods

This article provides data from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. This survey has a multistage probability design and is representative of adolescents between 12 and 17 years old who reside in the Mexico City metropolitan area. The final sample included 3 005 adolescents selected from a stratified multistage area probability sample. In all strata, the primary sampling units were census count areas cartographically defined and updated in 2000 by the Mexican National Institute of Statistics, Geography and Informatics (INEGI). Two hundred census count areas were selected with probability proportional to size. Secondary sampling units were city blocks, four of which were selected with probability proportional to size from each census count area. All households within these selected city blocks with adolescents aged 12 to 17 were selected. One eligible member from each of these households was randomly selected using the Kish method of random number charts. The response rate of eligible respondents was 71%.

The adolescents were interviewed in their homes by trained lay interviewers using the computerized adolescent version of the

World Mental Health Composite International Diagnostic Interview (WHM-CIDI-A 3.0). The average length of the interview was two and a half hours. A verbal and written explanation of the study was given to both parents and adolescents. Interviews were administered only to those for whom signed informed consent from a parent and/or legal guardian were obtained as well as the adolescent agreement.

Because of the stratified multistage sampling design, data was subsequently weighted to adjust for differential probabilities of selection and non-response. Post-stratification to the total Mexico City Metropolitan Area adolescent population according to the year 2000 Census in target age and sex ranges were also performed. For prevalence estimates, due to this complex sample design and weighting, estimates of standard errors for proportions were obtained by the Taylor series linearization method using the SUDAAN software. Sex differences were evaluated using Wald χ^2 tests. Statistical significance was based on two-tailed design tests evaluated at the .05 level of significance. Ages of onset for psychiatric disorders were estimated using discrete time survival analyses with person-years as the unit of analysis which in this article are presented as Kaplan-Meier curves.

Results

The most prevalent individual disorders in both sexes were specific phobia (15.6% for males, 26.1% for females) and social phobia (10.0% for males, 12.4% for females). For females, the most frequent disorders that follow in magnitude after these two types of phobias are, in decreasing order, major depression (7.6%), oppositional defiant disorder (6.9%), agoraphobia without panic (4.7%) and separation anxiety disorder (3.6%). On the other hand, for males, the most frequent disorders after specific and social phobia are oppositional defiant disorder (3.7%), alcohol abuse (3.4%) and conduct disorder (3.3%). Overall, females reported a larger number of disorders and a greater prevalence of any disorder.

With regards to disorder severity, mood disorders have the greatest proportion of severe cases and anxiety disorders the smallest proportion of severe cases. While this pattern is found for both males and females, there are sex differences in severity such that females have a greater proportion of severe cases overall (25.5% were severe cases compared to 18.9% for males).

¹ Investigadores de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

² Directora General del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

Correspondencia: Doctora Corina Benjet. Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Calzada México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, 14370 México D.F. E.mail: cbenjet@imp.edu.mx.

Recibido: 16 de diciembre de 2008. Aceptado: 9 de febrero de 2009.

The earliest ages of onset were found in anxiety disorders, followed by impulse control disorders, and mood disorders with substance use disorders having the latest ages of onset. The ages of onset for anxiety, mood and substance use disorders are similar between males and females. However, males developed at earlier ages the onset of impulse control disorders than females, and this is due primarily to oppositional defiant disorder rather than to attention deficit hyperactivity disorder or to conduct disorder.

Discussion

The greater overall prevalence and severity of psychiatric disorders in adolescent females in comparison to adolescent males suggests that adolescence may be a period of greater vulnerability for females. Our findings with regards to a higher prevalence of mood and anxiety disorders in adolescent females in comparison to males are consistent with those reported in the international literature. However, our findings of more impulse control disorders in females than males are inconsistent with most international reports excepting a study of Finnish adolescents in which adolescent girls reported more internalizing and externalizing disorders than their male counterparts. The greater prevalence of impulse control disorders in our study is due to oppositional defiant disorder, not attention deficit hyperactivity or conduct disorder. The lack of sex differences in substance use disorders is consistent with recent findings in Mexican adolescents which show a narrowing of the sex gap difference in substance use.

There are both biological and psychosocial theories which may explain the greater vulnerability in adolescent girls such as gender role intensification and socialization during adolescence; a higher exposure to adversity, stress and negative life events; as well as a greater reactivity of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis when confronted with stress.

Study limitations include the willingness of participants to disclosure sensitive or potentially embarrassing information as well as potential sex differences in willingness. While females reported more disorders and greater severity of disorders overall, sex differences in response style are not likely, since females reported more of many, but not all disorders. A further limitation is the use of trained lay interviewers instead of clinicians. The development and use of fully structured diagnostic instruments such as the CIDI have greatly helped to tackle this limitation in general population surveys and data suggest that diagnoses provided by these fully structured instruments approximate adequately clinical diagnoses.

Keeping in mind these limitations, the results of this study are relevant for clinical practice as well as for the epidemiological surveillance of our population to guide service planning and public health policy.

Key words: Teenagers, mental disorders, gender, epidemiology.

RESUMEN

Introducción

El presente trabajo proporciona datos de la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescentes y tiene el objetivo de estimar las diferencias

por sexo de la prevalencia y la severidad en los últimos 12 meses para 17 trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México y área metropolitana así como las edades de inicio de dichos trastornos.

Material y métodos

El diseño de la muestra fue probabilístico y multietápico, ésta estuvo compuesta por adolescentes entre los 12 y 17 años, residentes del Distrito Federal y área metropolitana. Para ello, se entrevistó a 3005 adolescentes en sus hogares, con una tasa de respuesta de 71% y se utilizó como instrumento diagnóstico la Entrevista Internacional Diagnóstica Compuesta (WMH-CIDI-A 3.0) aplicada cara a cara, por medio de una computadora portátil, por encuestadores capacitados en los hogares de los participantes.

Resultados

Los trastornos individuales más frecuentes en ambos sexos fueron las fobias específicas y la fobia social. Para las mujeres, los trastornos más prevalentes en orden decreciente fueron las fobias, la depresión mayor, el trastorno negativista desafiante, la agorafobia sin pánico y la ansiedad por separación. Mientras que en los varones, los trastornos más prevalentes después de las fobias fueron: el trastorno negativista desafiante, el abuso de alcohol y el trastorno disocial. Las mujeres presentaron un mayor número de trastornos y una mayor prevalencia de cualquier trastorno.

Los padecimientos con mayor proporción de gravedad fueron los trastornos de ánimo y en menor proporción los trastornos ansiosos. Este patrón fue similar para hombres y mujeres, sin embargo existen diferencias en la proporción de casos graves entre ambos ya que las mujeres tuvieron una mayor proporción de casos de este tipo.

Los trastornos que se presentaron en edades de inicio más tempranas fueron los trastornos de ansiedad, seguidos por los trastornos de impulsividad y los trastornos de ánimo. Además los trastornos que se presentaron en edades más tardías fueron los trastornos por uso de sustancias. Las edades de inicio para los trastornos de ansiedad, ánimo y por uso de sustancias son similares entre los sexos, a diferencia de los trastornos de impulsividad en los cuales los hombres tienen edades de inicio más tempranas que las mujeres.

Discusión

La mayor prevalencia general y severidad de trastornos psiquiátricos en las mujeres comparadas con los varones sugiere que la adolescencia podría ser un periodo de mayor vulnerabilidad para aquellas. Hay teorías biológicas y psicosociales que pretenden explicar la mayor vulnerabilidad de las niñas en la etapa adolescente, entre ellas la teoría de la intensificación del rol de género, la exposición a mayor adversidad y la mayor reactividad del eje hipotálamo-pituitario-adrenal ante el estrés. Los hallazgos de este estudio son relevantes para la práctica clínica así como para la vigilancia epidemiológica en nuestra población ya que sirven para la planificación de servicios y políticas públicas de salud y educación.

Palabras clave: Adolescentes, trastornos mentales, género, epidemiología.

INTRODUCCIÓN

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), realizada durante el 2001 y el 2002, proporcionó las primeras estimaciones representativas a nivel nacional de los tra-

tornos mentales en la población mexicana.¹⁻⁴ Los hallazgos de la ENEP de la población adulta entre 18 y 65 años de edad, mostraron diferencias por sexo en el patrón de los trastornos psiquiátricos en las que las mujeres tienen mayor probabilidad de presentar trastornos afectivos y ansiosos, y los

hombres, mayor probabilidad de padecer trastornos por uso de sustancias. En relación con los trastornos impulsivos, las diferencias por sexo son menos consistentes ya que aun cuando hay una mayor proporción de hombres que han presentado este tipo de trastorno alguna vez en la vida, esto no se observa durante el periodo de los últimos 12 meses.

La ENEP además demuestra que los trastornos psiquiátricos se inician a edades muy tempranas durante las primeras décadas de vida. Los datos de otros países sugieren que los patrones de diferencias por sexo en psicopatología varían durante diferentes etapas de la vida, lo cual se explica en parte por las diferentes edades de inicio de los distintos trastornos.^{5,6} Rutter y sus colegas categorizan los trastornos neuropsiquiátricos en aquellos de inicio temprano en la infancia como el autismo, trastornos de lenguaje, déficit de atención y dislexia, en los cuales predominan los varones, y los trastornos emocionales de inicio adolescente como la depresión y los trastornos alimenticios donde predominan las mujeres. Otros problemas como el trastorno disocial, por ejemplo, tiene una mayor prevalencia entre los varones cuando se inicia durante la infancia, mientras que cuando el inicio del mismo se da durante la adolescencia no se observan diferencias.

Según el censo del año 2000, 9.7% de los habitantes de la Ciudad de México y área metropolitana se encuentran entre las edades de 12 y 17 años (INEGI, 2000).⁷ Sin embargo, en México hay una escasez de datos epidemiológicos acerca de la población general sobre los trastornos psiquiátricos en este grupo de edad. Las Encuestas Nacionales de Adicciones y las Encuestas de Estudiantes de la Ciudad de México han estimado el uso y abuso de sustancias pero no se han hecho encuestas sobre otros trastornos psiquiátricos.^{8,9} La primera aproximación en la población general para estimar la magnitud de los trastornos psiquiátricos en este grupo de edad, proviene de los reportes de padres de familia sobre la presencia de 27 síntomas emocionales y conductuales que pudieron haber presentado sus hijos desde los cuatro a los 16 años de edad. Aunque en estos estudios no se incluyeron categorías diagnósticas, estos hallazgos pioneros sugieren que la mitad de los niños y adolescentes es sintomática y que el 15% presenta sintomatología indicativa de probables síndromes psiquiátricos.^{10,11}

El presente trabajo intenta solventar algunas de las limitaciones de los trabajos mencionados anteriormente ya que utiliza datos de la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente y tiene como objetivo estimar las diferencias por sexo en la prevalencia y la gravedad en los últimos 12 meses, así como para las edades de inicio, de 17 trastornos psiquiátricos en adolescentes que habitan en la Ciudad de México y área metropolitana. Cabe destacar que el presente estudio, además de enfocarse en la etapa adolescente en sí, extiende los hallazgos encontrados por Caraveo et al. en dos sentidos importantes. Primero, se utiliza una entrevista diagnóstica estructurada y completa la cual proporciona

diagnósticos internacionalmente establecidos según los criterios del DSM-IV; segundo, se basa en los reportes de los propios adolescentes en lugar de los reportes de sus padres. Aunque se reconoce la necesidad del reporte de los padres en el diagnóstico de los niños, el diagnóstico del adolescente debe de incluir el auto-informe del propio sujeto.

Hemos reportado previamente datos generales de esta encuesta.^{12,13} Sin embargo, estudios alrededor del mundo han encontrado diferencias importantes por sexo en cuanto a la prevalencia de trastornos psiquiátricos, muchas de las cuales emergen en la adolescencia. Por ende, para lograr un mejor entendimiento de la epidemiología de los trastornos mentales en adolescentes es necesario realizar un desglose por sexo en cuanto a prevalencia, gravedad y edad de inicio de dichos trastornos. Los hallazgos de este estudio son relevantes para la práctica clínica así como para la vigilancia epidemiológica en nuestra población y permite la planificación de servicios y políticas públicas de salud y educación de nuestro país.

MATERIAL Y MÉTODOS

Muestra

La Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente está diseñada para ser representativa de la población de entre los 12 a los 17 años de edad, residentes de hogares fijos del área metropolitana de la Ciudad de México (AMCM). Los participantes fueron 3005 adolescentes seleccionados con un diseño probabilístico, multietápico y estratificado.

Como marco para el muestreo se utilizó la conformación del AMCM —con datos poblacionales del XII Censo General de Población y Vivienda que realizó el INEGI en el año 2000— con el que se integró a las 16 delegaciones del Distrito Federal y a los 16 municipios principales del Estado de México, conurbados al Distrito Federal. En la primera etapa de muestreo se seleccionaron 200 AGEB (área geoestadística básica), 100 de las delegaciones del Distrito Federal y 100 de los municipios conurbados del AMCM, con PPT (probabilidad proporcional al tamaño) según el número de viviendas en cada AGEB de acuerdo al censo.

En la segunda etapa de muestreo se seleccionaron cuatro manzanas en cada una de las AGEB seleccionadas. Dentro de cada manzana se realizó un procedimiento para «censo» a todas las viviendas de las manzanas seleccionadas, esto con la intención de detectar los hogares con adolescentes entre los 12 y los 17 años de edad, que son los que pertenecen a la población de interés.

En la tercera y última etapa del muestreo —dentro de cada hogar con adolescentes— se seleccionó uno de ellos de manera aleatoria (utilizando tablas de números aleatorios). Los respondientes elegibles eran aquellos entre los 12 y los 17 años de edad que hablaban español y vivían, comían y

dormían normalmente en el hogar. La tasa de respuesta fue de 71%.

Instrumento

El diagnóstico de un trastorno mental se llevó a cabo con la versión computarizada de la Entrevista Internacional Psiquiátrica Compuesta (WMH-CIDI-A versión adolescente) diseñada para la Iniciativa de Encuestas Mundiales de Salud Mental.¹⁴ Ésta es una entrevista estructurada instalada en una computadora portátil y aplicada en los hogares de los participantes de manera personal (i.e. cara a cara) por entrevistadores legos entrenados en el uso adecuado del mismo. El WMH-CIDI-A contiene una primera sección de tamizaje y módulos de seguimiento que proporcionan diagnósticos según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición (DSM-IV) para 17 diagnósticos principales. Para fines de este trabajo reportamos las prevalencias durante los últimos 12 meses según el reporte del mismo adolescente.

La edad de inicio del trastorno se basó en el auto-reporte retrospectivo. El WMH-CIDI-A es una adaptación de la versión adulta la cual ha demostrado buenos indicadores de validez en diversos países y culturas.¹⁵ Las secciones de diagnóstico fueron similares a la versión adulta, aunque el lenguaje se simplificó para un mayor entendimiento en los sujetos más jóvenes. Así, los ejemplos se hicieron más apropiados para la edad (por ejemplo, problemas en la escuela en lugar de en el trabajo). Asimismo, los algoritmos diagnósticos señalados en el DSM-IV se adaptaron para indicar algunas diferencias que presentan los adolescentes (por ejemplo para distimia la duración requerida para niños y adolescentes es de un año en lugar de dos, y el ánimo puede ser principalmente irritable en lugar de triste).

La gravedad de los trastornos se determinó según los criterios establecidos por la Iniciativa de Encuestas de Salud Mental. La validez de dicha clasificación está apoyada por la asociación monotónica de esta medida con el número de días con discapacidad para realizar las actividades cotidianas (Demyttenaere *et al.*, 2004).¹⁶ Los trastornos se clasificaron como graves si existía presencia de bipolar I, dependencia de una sustancia con un síndrome de dependencia fisiológica, un intento de suicidio, una discapacidad notoria en por lo menos dos áreas de funcionamiento medida por los Sheehan Disability Scales para cada trastorno o por una calificación en el funcionamiento general consistente con un puntaje en el Global Assessment of Functioning menor o igual a 50.^{17,18}

Procedimientos

El trabajo de campo se llevó a cabo entre marzo y agosto del 2005 por encuestadores legos con experiencia previa en recolección sistemática de datos después de una se-

na inicial de capacitación en el manejo del instrumento, más dos días de pruebas en campo, así como supervisión continua *in situ* a lo largo de todo el trabajo de campo. Los encuestadores dieron una explicación verbal y por escrito del estudio tanto a los adolescentes como a los padres. Asimismo, se aplicó la entrevista únicamente a los adolescentes cuyos padres/madres o tutores firmaron un consentimiento informado y se obtuvo también el asentimiento de los adolescentes. Las entrevistas se realizaron únicamente cuando había un adulto en el hogar, no obstante se intentó realizar la entrevista en privado. La duración promedio de las entrevistas fue de 2.5 horas. A todas las familias participantes se les dejó una tarjeta con la información de cuatro instituciones que proporcionan atención para la salud mental. El Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría aprobó todos los procedimientos de reclutamiento, consentimiento informado y trabajo de campo.

Como dato adicional, cabe destacar que por medio de esta iniciativa se obtuvo material biológico (células de cavidad oral) de más de 2200 entrevistados. Esto, con el propósito de aislar material genético (DNA genómico), con el objeto de analizar el papel de la variabilidad genética en el desarrollo de los trastornos mentales, el cual es motivo de otros análisis en curso.

Análisis

Debido a que el diseño de la muestra fue multietápico y estratificado, los datos se ponderaron para ajustarse por las probabilidades diferenciales de selección y no-respondencia y post-estratificados de acuerdo con la distribución por sexo y edad del censo del año 2000. En este trabajo se presentan las proporciones o prevalencias ponderadas de los trastornos y de la severidad de los mismos por sexo.

Como resultado de este complejo diseño muestral y generación de ponderadores, los errores estándar de las prevalencias se obtuvieron por medio del método de linearización de Taylor obtenidos al utilizar el paquete estadístico SUDAAN. Asimismo, las diferencias de género en las prevalencias se probaron utilizando la prueba de Wald χ^2 . La significancia estadística se basó en la probabilidad menor a .05, prueba de dos colas. Las edades de inicio se determinaron utilizando un modelo de sobrevida y se presentan como curvas de Kaplan-Meier.

RESULTADOS

En el cuadro 1 se presenta la distribución por sexo, edad y región geográfica de la muestra cruda y la muestra ponderada en comparación con los datos poblacionales del censo. En este estudio se puede apreciar que la distribución por sexo, edad y región de la muestra es similar a la población que pretende representar.

Cuadro 1. Distribución sociodemográfica de la muestra

	Cruda (%)	Ponderada (%)	Censo (%)
I. Sexo			
Hombre	47.9	49.9	49.8
Mujer	52.1	50.1	50.2
II. Edad			
12	19.8	16.7	16.7
13	18.4	16.5	16.1
14	20.5	16.2	16.1
15	14.8	17.0	17.0
16	14.2	16.9	16.6
17	12.2	16.8	17.6
III. Región			
DF norte	18.6	18.6	20.5
DF oriente	16.1	16.1	13.1
DF surponiente	15.2	15.2	16.2
Edo. de México	50.1	50.1	50.2

El cuadro 2 muestra la prevalencia por sexo de todos los trastornos psiquiátricos evaluados individualmente y por grupo. Los trastornos individuales más frecuentes en ambos sexos fueron las fobias específicas y la fobia social. Sin embargo, esta similitud no se mantiene en el patrón de prevalencia para los demás trastornos ya que fue diferente

para cada sexo. Así, el trastorno que sigue en prevalencia después de las fobias es la depresión mayor en las mujeres, seguida por el trastorno negativista desafiante, la agorafobia sin pánico y la ansiedad por separación en este orden. Por otro lado, en los varones el trastorno que sigue a las fobias es el trastorno negativista desafiante, seguido por el abuso de alcohol y el trastorno disocial. De esta forma, las mujeres presentan un número mayor de trastornos y una mayor prevalencia de cualquier trastorno: cualquier trastorno por ansiedad, cualquier trastorno de ánimo y cualquier trastorno de impulsividad (aunque este último se debe al trastorno negativista desafiante y no al trastorno disocial o por déficit de atención). Aunque las prevalencias de los trastornos por uso de sustancias son más altas en varones, estas diferencias entre hombres y mujeres no son estadísticamente significativas.

La proporción de aquellos con algún tipo de trastorno que clasifican con mayor gravedad se presenta por sexo en el cuadro 3. Los trastornos con mayor proporción de gravedad son los trastornos de ánimo y con una menor proporción los trastornos ansiosos.

Mientras este patrón es similar para hombres y mujeres, hay diferencias en la proporción de casos graves entre ambos. Las mujeres que cumplen criterios para cualquier

Cuadro 2. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en el último año por sexo

	Hombres		Mujeres		Wald χ^2	p
	%	ES	%	ES		
I. Trastornos de ansiedad						
Trastorno de pánico	1.3	0.3	1.9	0.4	1.9	0.18
Trastorno de ansiedad generalizada	0.3	0.2	0.7	0.3	1.0	0.32
Fobia social	10.0	0.8	12.4	1.0	4.1	0.05
Fobia específica	15.6	1.0	26.1	0.9	54.5	0.00
Agorafobia sin trastorno de pánico	2.5	0.5	4.7	0.6	7.9	0.01
Trastorno por estrés postraumático	0.3	0.2	1.7	0.3	15.9	0.00
Trastorno de ansiedad por separación	1.7	0.3	3.6	0.5	11.9	0.00
Cualquier trastorno de ansiedad	24.6	1.2	35.0	1.0	49.4	0.00
II. Trastornos afectivos						
Depresión mayor	2.0	0.5	7.6	0.8	32.8	0.00
Distimia	0.2	0.1	0.9	0.3	4.0	0.06
Bipolar I y II	2.4	0.5	2.5	0.3	0.1	0.81
Cualquier trastorno afectivo	4.4	0.6	10.1	0.9	23.3	0.00
III. Trastornos impulsivos						
Trastorno negativista desafiante	3.7	0.4	6.9	0.8	18.8	0.00
Trastorno disocial	3.3	0.4	2.6	0.5	1.5	0.24
Déficit de atención/hiperactividad	1.4	0.3	1.8	0.5	0.6	0.44
Cualquier trastorno impulsivo	7.0	0.6	10.3	0.9	10.1	0.00
IV. Trastornos por uso de sustancias						
Abuso de alcohol	3.4	0.6	2.0	0.5	3.3	0.08
Dependencia al alcohol	0.7	0.2	0.3	0.1	3.7	0.06
Abuso de drogas	1.4	0.4	0.7	0.3	2.1	0.16
Dependencia de drogas	0.3	0.2	0.1	0.1	1.4	0.25
Cualquier trastorno por sustancias	4.2	0.7	2.5	0.6	3.7	0.06
V. Cualquier Trastorno						
Uno o más trastornos	35.7	1.2	43.2	1.1	16.1	0.00
Dos o más trastornos	14.5	1.4	21.4	1.0	16.7	0.00
Tres o más trastornos	5.9	0.7	10.9	1.0	15.6	0.00

Cuadro 3. Proporción de casos graves por tipo de trastorno y sexo

	Hombres		Mujeres		Wald χ^2	p
	%	(se)	%	(se)		
Cualquier trastorno de ansiedad	16.4	1.8	24.3	2.4	5.8	0.0
Cualquier trastorno afectivo	59.1	7.9	52.8	4.0	0.5	0.5
Cualquier trastorno impulsivo	32.4	4.8	48.7	4.6	5.2	0.0
Cualquier trastorno por uso de sustancias	33.1	7.6	27.2	9.3	0.3	0.6
Cualquier trastorno	18.9	1.8	25.5	2.1	5.7	0.0

trastorno psiquiátrico tienen una mayor proporción de casos graves que los hombres. De igual forma, una mayor proporción de mujeres con cualquier trastorno ansioso o cualquier trastorno de impulsividad se clasificaron como casos graves en comparación con los varones. Aunque entre aquellos con cualquier trastorno de ánimo o por uso de sustancias, hay una proporción ligeramente mayor de hombres con mayor gravedad, estas diferencias no son estadísticamente significativas.

Las edades de inicio de cada grupo de trastornos por sexo se muestran en las figuras 1 a 4. La ordenada en el punto 50% corresponde a la mediana de la edad de inicio para tal trastorno. Los padecimientos con edades más tempranas de inicio son los trastornos de ansiedad, seguidos por los trastornos de impulsividad, los trastornos de ánimo y con edades más tardías los trastornos por uso de sustancias.

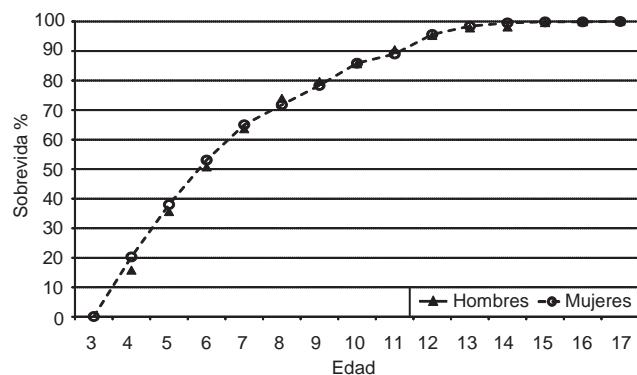


Figura 1. Edad de inicio para cualquier trastorno de ansiedad por sexo

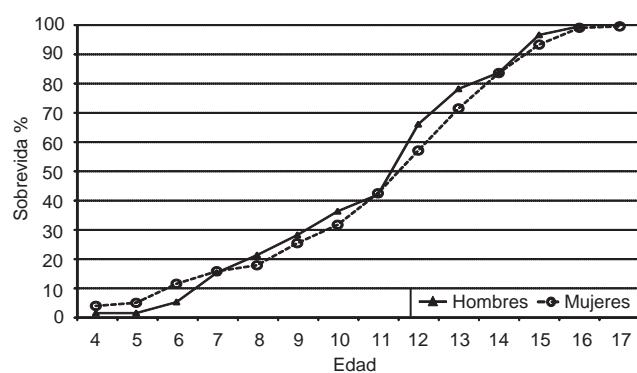


Figura 2. Edad de inicio para cualquier trastorno de impulsividad por sexo

Las edades de inicio para los trastornos de ansiedad (edad mediana de inicio seis años), ánimo (edad mediana de inicio 11 años) y por uso de sustancias (edad mediana de inicio 14 años) son similares entre los sexos.

Sin embargo, para los trastornos de impulsividad, los hombres tienen edades de inicio más tempranas que las mujeres. Esta diferencia de edades de inicio se debe principalmente al trastorno negativista desafiante cuando los hombres lo inician casi un año antes que las mujeres.

DISCUSIÓN

La adolescencia es una etapa muy importante del desarrollo humano, ya que entre otros aspectos es en donde se incuban muchos de los problemas de salud mental que se

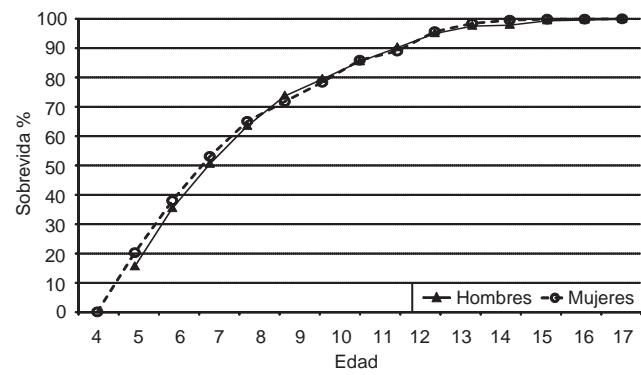


Figura 3. Edad de inicio para cualquier trastorno del ánimo por sexo

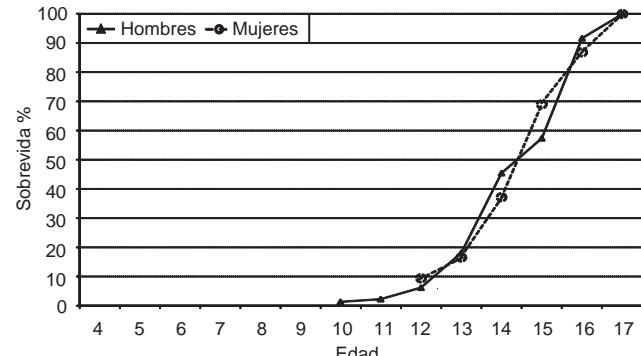


Figura 4. Edad de inicio para cualquier trastorno de uso de sustancias por sexo

expresan en etapas posteriores. Estos problemas influyen en el desarrollo educativo, laboral, relacional y el establecimiento de conductas de riesgo y hábitos de vida saludables. Por otra parte, hombres y mujeres no somos iguales en las experiencias de vida y la expresión del malestar, por lo que es fundamental contar con información fidedigna de los patrones de psicopatología entre ambos sexos especialmente en una etapa en la cual aparecen con mayor claridad estas diferencias.

Estos hallazgos muestran una mayor prevalencia general y una mayor gravedad de los trastornos psiquiátricos en las adolescentes mujeres comparadas con los varones. Esto sugiere que la adolescencia podría ser un periodo de mayor vulnerabilidad para ellas. Mientras nuestros hallazgos acerca de los trastornos afectivos y ansiosos son consistentes con lo reportado en la bibliografía internacional, no lo son en relación con los trastornos impulsivos, al haberse observado una mayor prevalencia de éstos en las adolescentes; sólo un estudio en adolescentes finlandeses reportó que las mujeres presentan mayor sintomatología internalizada y externalizada en comparación con sus pares varones.¹⁹⁻²⁴

En el presente estudio, las diferencias por sexo en los trastornos impulsivos no se deben a diferencias en la prevalencia del déficit de atención o del trastorno disocial, sino al trastorno negativista desafinante en las adolescentes. Es interesante que no se observan diferencias de sexo en los trastornos por uso de sustancias, muestra de que las adolescentes de esta generación están alcanzando a los varones en el uso de sustancias.

Por otra parte, aunque no existen todavía datos longitudinales acerca de la información y ya que el diseño de la presente encuesta de adolescentes siguió el mismo modelo y empleó el mismo instrumento diagnóstico que la encuesta de adultos (ENEP), es posible tratar de establecer algunas relaciones posibles entre estos grupos etarios. Por ejemplo, la mayor prevalencia y gravedad de cualquier trastorno psiquiátrico que encontramos en la población adolescente femenina de la Ciudad de México, no parece mantenerse en la edad adulta. De esta forma, a pesar de la mayor persistencia de trastornos que se ha reportado para mujeres adultas en comparación con hombres adultos, se ha encontrado menor prevalencia de por vida de cualquier trastorno y menor gravedad en comparación con hombres adultos.⁴ Por otra parte podría especularse que la mayor prevalencia y gravedad de los trastornos en adultos hombres probablemente se debe al aumento en el abuso y dependencia al alcohol en la edad adulta, lo cual afecta en mayor proporción a los varones. Además, un trastorno por uso de sustancias comórbido con algún otro podría complicar la gravedad de éste último, explicando la mayor gravedad de los demás trastornos en varones adultos.

Hay teorías tanto biológicas como psicosociales que pretenden explicar la mayor vulnerabilidad de las mujeres en la etapa adolescente.⁶ Entre estas últimas teorías

psicosociales, se encuentra la teoría de la intensificación del rol de género y la de la exposición diferencial al estrés y a diversas adversidades. La teoría de la intensificación de rol de género propone una intensificación de conducta congruente con el rol de género en la pubertad (como la pasividad, la dependencia, la impotencia y la emocionalidad para las mujeres) así como una intensificación de la socialización de género por parte de la familia y la sociedad, lo cual podría implicar menor libertad y mayor control sobre la adolescente mujer en una etapa donde buscan mayor autonomía.²⁵ Esta intensificación del rol de género podría sofocar la autoestima, la percepción de competencia y generar riesgos para desarrollar trastornos afectivos y ansiosos.

En cuanto a las diferencias en la exposición a la adversidad, un meta-análisis de hace casi una década señaló que las mujeres reportan mayores niveles de estrés que los varones y que las consecuencias son más intensas para: a. la etapa adolescente, b. los estresores mayores y c. los estresores interpersonales en comparación con los estresores laborales.²⁶ Un reporte reciente, por ejemplo, sugiere que las adolescentes reportan más estresores interpersonales y que esto explica las diferencias en sintomatología depresiva.²⁷ Los datos de adolescentes de la Ciudad de México en la presente encuesta no muestran diferencias en cuanto al número de sucesos traumáticos mayores que experimentan los y las jóvenes, sino en cuanto a los tipos de sucesos traumáticos, aunque no incluye datos sobre los estresores más comunes.*

Mientras no está claro si las adolescentes mexicanas experimentan mayor adversidad o estrés que sus pares varones, es posible que ellas sean más vulnerables o reactivas. El estudio de Hankin et al., además de describir una mayor exposición a estresores interpersonales en las mujeres, muestra que las niñas y adolescentes reaccionaron con mayor sintomatología depresiva que los varones cuando fueron expuestas a los mismos estresores.

Por otra parte, existen diversas teorías biológicas que pretenden explicar las diferencias de sexo en relación con la expresión de la psicopatología. Una de ellas propone que una mayor vulnerabilidad al estrés en este grupo está relacionada con el aumento de estrógenos y progesterona en las mujeres durante la etapa adolescente. Dichas hormonas influyen en la reactividad del eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA), y en particular, en el mecanismo de retroalimentación negativa de cortisol haciéndolas más vulnerables al estrés.^{28,29}

Podría argumentarse que en encuestas de población general como ésta, habría cierta reserva de los participantes (y particularmente para ellas) en contar o compartir información potencialmente sensible o vergonzosa, esto po-

* Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Zambrano J, Cruz C, Méndez E et al. Descriptive epidemiology of chronic childhood adversity in Mexican adolescents. En revisión.

siblemente explica las diferencias por sexo encontradas. Esta explicación, sin embargo, no parece sustentable ya que las adolescentes reportaron mayor prevalencia para algunos pero no para todos los trastornos.

Por otra parte, otra limitación del diseño de estas encuestas es la de no poder proporcionar diagnósticos hechos por clínicos. La implementación de entrevistas completamente estructuradas como es el CIDI ha ayudado a enfrentar este reto y hay reportes que sugieren que los datos generados de este tipo de entrevistas se aproximan adecuadamente a los juicios clínicos, a pesar de ser aplicadas por encuestadores legos.¹⁵ No obstante, debemos subrayar que mientras no contemos con datos para adolescentes mexicanos, para corroborar esto, la información reportada deberá ser manejada con cautela.

Tomando en cuenta estas limitaciones, se puede concluir que los adolescentes de ambos sexos muestran diferentes patrones de psicopatología en esta etapa de la vida; las mujeres presentaron en orden de frecuencia: fobias específicas y sociales, depresión mayor, trastorno negativista desafiante y agorafobia. Los varones presentaron fobias específicas y sociales, trastorno negativista desafiante, abuso de alcohol y trastorno disocial. Aunque fueron evidentes mayores diferencias en las edades de inicio, de la mayoría de los trastornos, las adolescentes tuvieron una prevalencia más alta y mayor intensidad de los trastornos en el último año en comparación con los varones. Estos hallazgos concuerdan con la mayor ideación e intento suicida observados entre adolescentes femeninas.³⁰ Aunque el perfil epidemiológico de la patología psiquiátrica entre los sexos puede ayudar a enfocar iniciativas de prevención y tratamiento, se recomienda al clínico tomar en cuenta estas diferencias sin dejar desapercibidos a los jóvenes que presentan patrones menos consistentes con aquellos típicos para su sexo.

AGRADECIMIENTOS

La Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente se llevó a cabo gracias al financiamiento del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) y la Secretaría de Educación (No. CONACYT-SEP-SSEDF-2003-CO1-22) con apoyo adicional para análisis secundarios (No. CONACYT-CB-2006-01-60678). Esta encuesta se realizó en conjunto con la Iniciativa de Salud Mental Mundial (WMH) de la Organización Mundial de la Salud. Agradecemos al personal del WMH por su asistencia con instrumentación, trabajo de campo y análisis de datos y a Alejandro Hernández, Sandra Morales y Masha Rueda por su participación en la supervisión del trabajo de campo.

REFERENCIAS

1. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003;26:1-16.
2. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J et al. Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: Results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychol Med* 2005;35:1773-1784.
3. Medina-Mora ME, Borges G, Benjet C, Lara C, Berglund P. Psychiatric disorders in Mexico: Lifetime prevalence and risk factors in a nationally representative sample. *Br J Psychiatry* 2007;190:521-528.
4. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Fleiz C et al. The Mexican National Comorbidity Survey (M-NCS): Overview and results. En: Kessler R, Ustun TB (eds). *The WHO World Mental Health Surveys: Global perspectives on the epidemiology of mental health disorders*. Cambridge: Cambridge University Press; 2008.
5. Rutter M, Caspi A, Moffitt TE. Using sex differences in psychopathology to study causal mechanisms: unifying issues and research strategies. *J Child Psychol Psychiatry* 2003;44(8):1092-1115.
6. Zahn-Waxler C, Chirtcliff EA, Marceau k. Disorders of childhood and adolescence: Gender and psychopathology. *Ann Rev Clin Psychol* 2008;4:II.1-II.29.
7. INEGI: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos. México: INEGI; 2000.
8. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 1998. México: 1998.
9. Villatoro J, Medina-Mora ME, Rojano C, Fleiz C, Villa G et al. Reporte global. México: DIF-SEP; 2001.
10. Caraveo Anduaga JJ, Colmenares-Bermúdez E, Martínez-Vélez NA. Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública Mex* 2002;44:492-498.
11. Caraveo Anduaga JJ. Cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes: algoritmos para síndromes y su prevalencia en la Ciudad de México. *Salud Mental* 2007;30:48-55.
12. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Zambrano J, Aguilar-Gaxiola S et al. Youth mental health in a populous city of the developing world: Results from the Mexican adolescent mental health survey. *J Child Psychol Psychiatry* 2008; epud ahead of print DOI 10.1111/j.1469-7610.2008.01962.
13. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Blanco J, Rojas E et al. La Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente. En: Rodríguez J, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S (eds). *La epidemiología de salud mental en América Latina y el Caribe*. Washington DC: Pan American Health Organization (en prensa), 2009.
14. Kessler RC, Üstün TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res* 2004;13:93-121.
15. Haro JM, Arbabzadeh-Bouchez S, Brugha TS, de Girolamo G, Guyer ME et al. Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health surveys. *Int J Methods Psychiatr Res* 2006;15:167-80.
16. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004;291(21):2581-90.
17. Sheehan DV, Harnett-Sheehan K, Raj BA. The measurement of disability. *Int Clin Psychopharmacol* 1996;11:89-95.
18. Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 1976;33(6):766-771.
19. Adewuya AO, Ola BA, Adewumi TA. The 12-month prevalence of DSM-IV anxiety disorders among Nigerian secondary school adolescents aged 13-18 years. *J Adolesc* 2007;30(6):1071-6.
20. Essau CA, Conradt J, Petermann F. Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *J Anxiety Disord* 2000;14(3):263-79.
21. Kessler RC, McGonagle KA, Swartz M, Blazer DG, Nelson CB. Sex and depression in the National Comorbidity Survey I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *J Affect Disord* 1993;29:85-96.

22. Nolen-Hoeksema S, Girgus JS. The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychol Bull* 1994;115:424-443.
23. Weissman MM, Bland R, Joyce PR, Newman S, Wells E et al. Sex differences in rates of depression: cross-national perspectives. *J Affect Disord* 1993;29(2-3):77-84.
24. Kapi A, Veltsista A, Sovio U, Jarvelin Mr, Bakoula C. Comparison of self-reported emotional and behavioral problems in adolescents from Greece and Finland. *Acta Paediatr* 2007;96(8):1174-1179.
25. Hill JP, Lynch ME. The intensification of gender-related role expectations during early adolescence. En: Brooks-Gunn J, Petersen A (eds). *Girls at puberty: Biological and psychosocial perspectives*. New York: Plenum; 1983.
26. Davis MC, Matthews KA, Twamley EW. Is life more difficult on Mars or Venus? A meta-analytic review of sex differences in major and minor life events. *Ann Behav Med* 1999;21(1):83-97.
27. Hankin BJ, Mermelstein R, Roesch L. Sex differences in adolescent depression: Stress exposure and reactivity models. *Child Dev* 2007;78(1):279-295.
28. Young EA. Sex differences and the HPA axis: implications for psychiatric disease. *J Gend Specif Med* 1998;1:21-27.
29. Young EA, Altemus M. Puberty, ovarian steroids, and stress. *Ann N Y Acad Sci* 2004;1021:124-133.
30. Borges G, Benjet C, Medina-Mora ME, Orozco R, Nock M. Suicide ideation, plan and attempt in the Mexican adolescent mental health survey. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008;47(1):41-52.

