

Adversidad social y trastornos psiquiátricos: Estudio comparativo entre estudiantes de secundarias públicas y privadas

Francisco R. de la Peña Olvera,¹ Cecilia Gómez Castro,² Gerhard Heinze Martin,³ Lino Palacios-Cruz⁴

Artículo original

SUMMARY

Psychiatric disorders in adolescence are linked to social adversity, family dysfunction and abuse. In Mexico City, up to 68% of the adolescents have experienced at least one chronic adversity. Mental health problems, such as depression and attention deficit hyperactivity disorder, are frequent and cause academic problems. The social and economic differences between students in public and private secondary is well known. However, it has not been established what the differences between social adversity and psychiatric disorders are among these populations. The aim of this investigation was to determine and compare, in a clinical two-step procedure, these features in secondary students from southern Mexico City.

Method

Agreement for convenience with seven secondary schools from southern Mexico City, four public and three private, was carried out. Prior parental consent and adolescent assent, a clinical screening that evaluated internalized and externalized symptoms was applied to 1 474 students. Positive screening for probable psychopathology was found in 419 students. Of these, 319 accepted a clinical interview and 177 were interviewed.

Results

Of the 117 adolescents interviewed, 83.8% were cases. There were more public school students than private school students: 64 (91%) vs. 34 (71%) ($\chi^2=7.85$, $P=0.005$), respectively. The average age was 13.39 years ($SD=0.98$). Family dysfunction was found in 57 (48.71%) of the 117 adolescents. The overall performance was assessed by the GAF; the mean score of all students was 65.48 ($SD=11.68$). Major depressive disorder and attention deficit hyperactivity disorder were the most frequent diagnoses, with 48.7% and 59.8%, respectively. The psychological and physical abuse, family dysfunction and major depressive disorder occurred significantly in more students from public schools.

Conclusions

Social adversity and depression were present and more associated in students from public than private secondary schools. This represents

a challenge for educational and mental health services for the early recognition and prompt attention as there is a link between social welfare and mental health.

Key words: Psychiatric disorders, social adversity, secondary schools.

RESUMEN

Los trastornos psiquiátricos en la adolescencia se vinculan con algunas adversidades sociales como la disfunción familiar y el abuso. En la Ciudad de México, hasta el 68% de los adolescentes ha sufrido al menos una adversidad crónica y los problemas de salud mental, como la depresión y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, son frecuentes y ocasionan problemas académicos. Las diferencias sociales y económicas de los alumnos de secundarias públicas y privadas son bien conocidas, sin embargo no se ha establecido cuáles son las diferencias entre la adversidad social y los trastornos psiquiátricos entre estas poblaciones. El objetivo de esta investigación fue diagnosticar, en un procedimiento clínico de dos pasos, y comparar estas características en los adolescentes de secundarias del sur de la Ciudad de México.

Método

Se realizó un acuerdo por conveniencia con siete secundarias del sur de la Ciudad de México, cuatro públicas y tres privadas. Previo consentimiento de los padres y asentimiento de los adolescentes, se aplicó un tamizaje clínico que evaluó sintomatología internalizada y externalizada en 1 474 alumnos. El tamizaje positivo a probable psicopatología se encontró en 419 alumnos, de los cuales 319 aceptaron la entrevista clínica y se presentaron a la misma 177.

Resultados

De los 117 adolescentes entrevistados, 83.8% fueron casos, más frecuentes en los alumnos de escuelas públicas que en las privadas: 64 (91%) vs. 34 (71%), ($\chi^2=7.85$; $P=0.005$). La edad promedio fue de 13.39 años ($DE=0.98$). La disfunción familiar se encontró en 57

¹ Departamento de Fomento a la Investigación, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, INPRFM.

² Clínica de Trastornos Adictivos, INPRFM.

³ Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la UNAM

⁴ Subdirección de Investigaciones Clínicas, INPRFM.

Correspondencia: Francisco R. de la Peña Olvera. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, Tlalpan, 14370, México, DF. E-mail: adolesc@imp.edu.mx

Recibido primera versión: 14 de julio de 2014. Segunda versión: 24 de septiembre de 2014. Aceptado: 25 de septiembre de 2014.

(48.71%) de los 117 adolescentes. El funcionamiento general fue evaluado mediante el GAF, la puntuación media de todos los alumnos fue de 65.48 (DE=11.68). El trastorno depresivo mayor y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad fueron los diagnósticos más frecuentes: 48.7% y 59.8%, respectivamente. El abuso psicológico y físico, la disfunción familiar y el trastorno depresivo mayor se presentaron significativamente más en los alumnos de las escuelas públicas.

Conclusiones

La adversidad social y la depresión se presentan y se asocian más frecuentemente en alumnos de secundarias públicas que en las privadas. Esto representa un reto para los servicios educativos y de salud mental para el reconocimiento temprano y la atención oportuna, ya que existe una vinculación entre el bienestar social y la salud mental.

Palabras clave: Adversidad social, trastornos psiquiátricos y escuelas secundarias.

INTRODUCCIÓN

Muchos de los trastornos de salud mental se vinculan a situaciones o condiciones de vida estresantes, conocidas como adversidades sociales, que cuando ocurren tempranamente en la vida incrementan el riesgo de depresión en la etapa adolescente;¹ algunas adversidades sociales frecuentes en poblaciones de adolescentes son la disfunción familiar y el abuso en sus diferentes manifestaciones (sexual, físico, emocional y negligencia). Estas condiciones se han vinculado a la pobreza o a la adversidad económica.²

La disfunción familiar se relaciona a pérdidas por muerte o abandono, discordia en las relaciones, dificultades económicas, enfermedad psiquiátrica parental y problemas de crianza; aquellos adolescentes con severos problemas de disfunción familiar a lo largo de la infancia demuestran ocho veces mayor riesgo para presentar problemas de conducta y 4.8 veces mayor riesgo de manifestar problemas depresivos.³ Los seis factores de adversidad familiar descritos por Rutter (bajos ingresos económicos, hacinamiento, depresión materna, conducta antisocial paterna, conflictos parentales y la remoción del menor del hogar), han sido ampliamente estudiados y vinculados con trastornos psiquiátricos.⁴

La pobreza, la violencia y el abuso se asocian con mayor frecuencia a problemas de salud mental en los niños y en los adolescentes, tanto en países desarrollados⁵ como en países en desarrollo.

En Brasil, un estudio basado en registros escolares encontró que la pobreza y la violencia en los niños y en los adolescentes de las favelas se asociaban significativamente más a problemas de salud mental comparados con aquellos que vivían en zonas urbanas establecidas.⁶ En la Ciudad de México el 68% de los adolescentes ha sufrido al menos una adversidad crónica en la infancia y hasta el 7% ha sufrido cuatro o más adversidades. La adversidad más frecuente es la falta de recursos económicos y la violencia, los hombres sufren mayor negligencia y las mujeres mayor abuso sexual.⁷ La encuesta de salud mental en adolescentes de la Ciudad de México abarcó una amplia población abierta urbana y reportó que los problemas más frecuentes en las mujeres fueron los padecimientos ansiosos-depresivos y en los hombres, los conductuales-impulsivos.⁸

Al parecer las experiencias adversas de vida como el abuso, las dificultades económicas, la familia monoparental y la psicopatología parental están relacionadas con trastornos psiquiátricos en adolescentes, especialmente la depresión.⁹

Existen diferentes investigaciones en poblaciones de estudiantes de secundaria que demuestran la presencia de síntomas depresivos, ansiosos y conductuales que afectan el rendimiento académico y los someten a mayor riesgo de presentar otros problemas de salud mental incluyendo el consumo de alcohol y drogas.¹⁰

La evaluación de los síntomas depresivos en estudiantes de secundaria de la Ciudad de México demostró que el 8.2% de ellos cursaban con un episodio depresivo, 13.5% en mujeres y 3.8% en hombres.¹¹ Los síntomas depresivos se han asociado significativamente con un bajo rendimiento escolar e inadecuada dinámica familiar en estudiantes de secundaria en la Ciudad y el Estado de México.^{12,13} Se ha reportado en estudiantes de bachillerato de la Ciudad de México una relación significativa entre síntomas de depresión y el grado de estrés de los sucesos vitales del área social¹⁴ y se ha descrito, también en estudiantes de secundaria de la Ciudad de México, una asociación entre el malestar depresivo y el antecedente de abuso sexual.¹⁵

Son ampliamente conocidas las diferencias económicas y sociales entre los alumnos de secundarias públicas y privadas, tanto en México como en otros países de Latinoamérica.¹⁶ En Argentina se comparó la sintomatología depresiva entre estudiantes de secundarias públicas y privadas, encontrando que las alumnas de las escuelas públicas reportaron mayor sintomatología depresiva.¹⁷

Una de las limitantes más importantes en las evaluaciones de los alumnos de secundaria y preparatoria es el uso de instrumentos auto-aplicables, los que realmente sólo reportan el conjunto de síntomas y no los diagnósticos de certeza que únicamente son obtenibles por medio de entrevistas clínicas.

Aún no han sido reportadas en nuestro país cuáles son las diferencias entre los alumnos de secundarias públicas y privadas para los factores de adversidad social y de trastornos psiquiátricos; por lo cual el objetivo de esta investigación fue diagnosticar en un procedimiento clínico de dos pasos y comparar estas características en los adolescentes de secundarias del sur de la Ciudad de México.

MATERIAL Y MÉTODOS

Procedimiento

El proyecto se ajustó a las normas éticas sobre investigación humana de la Declaración de Helsinki, de 1975. Fue aprobado por el Comité de ética en investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM). Se logró un acuerdo de participación con los directores y el consentimiento de los padres de familia de cuatro secundarias públicas y tres privadas de la zona de Tlalpan, de la Ciudad de México. Se realizó un seminario con los profesores de cada escuela, con la finalidad de explicar el interés, objetivos, procedimiento y alcance de la investigación. Previo asentimiento de cada alumno, se aplicó un tamizaje clínico (TC) voluntario a todos los alumnos presentes los días programados durante los periodos regulares de clase, por miembros del equipo de la investigación que contestaron dudas sobre cómo completar el TC.

A todos los alumnos y sus padres cuyo TC resultó positivo se les contactó vía telefónica, hasta en tres ocasiones, ofreciendo cita de evaluación para la Entrevista Clínica (EC). La EC fue aplicada dentro de la Clínica de Adolescentes (CA) del INPRFM por un psiquiatra certificado por el Consejo Mexicano de Psiquiatría, con experiencia mayor de cinco años y entrenado para la aplicación de la EC, ciego a los resultados del TC. Todos los alumnos con diagnóstico activo recibieron tratamiento gratuito en la CA del INPRFM durante un año.

Sujetos

De un total de 1991 alumnos de siete escuelas secundarias, participaron 1474 adolescentes hombres y mujeres de primero y segundo grado de secundarias públicas (N=752) y privadas (N=722) que respondieron el TC. El TC se consideró positivo en 419 adolescentes, 231 de secundarias públicas y 188 de secundarias privadas. Se obtuvo el asentimiento y consentimiento informado de los adolescentes y padres, respectivamente, para la realización de la Entrevista Clínica (EC) en 319 alumnos, 184 de escuelas públicas y 135 de escuelas privadas.

Instrumentos

A. Tamizaje clínico (TC)

El TC fue un instrumento diseñado especialmente para identificar problemas de salud mental y consumo de alcohol y sustancias en adolescentes. El TC se integra de cinco sub-escalas:

1. La evaluación de consumo de alcohol y drogas (*Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers*, POSIT).¹⁸⁻²⁰
2. La evaluación de síntomas de ansiedad (*Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders*, SCARED).²¹⁻²³

3. La evaluación de síntomas depresivos (*Depression Self Rating Scale*, DSRS).^{24,25}
4. El listado de síntomas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) (DSM-IV).^{26,27}
5. La evaluación dimensional de psicopatología para adolescentes (EDPA).²⁸

El TC se consideró positivo para cada sujeto cuando al menos una de las subescalas fue mayor a 1.5 desviación estándar del valor del mismo grupo.

1. POSIT

Fue desarrollado por el Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA por sus siglas en inglés) en Estados Unidos, en el año de 1991. El NIDA, con el objetivo de validar transnacional y transculturalmente el instrumento, promovió su castellanización y, posteriormente, en nuestro país se adaptó a la población mexicana. Es un instrumento autoaplicable, que originalmente contenía las siguientes áreas: a) Uso y abuso de sustancias, b) Salud física, c) Salud mental, d) Relaciones familiares, e) Relaciones con amigos, f) Nivel educativo, g) Interés vocacional, h) Hábitos sociales, i) Entretenimiento y recreación, j) Conducta delictiva o agresiva. El estudio de confiabilidad del instrumento en inglés reportó un alfa de Cronbach de .70; los coeficientes de correlación intraclase reportaron rangos de $r=0.72$ a 0.88 ; la confiabilidad temporal reportó rangos de $K=0.42$ a 0.73 .¹⁸ La muestra mexicana se compuso de 310 casos en 22 centros de tratamiento. De los 139 reactivos originales, la versión mexicana se integró con 81 y obtuvo un alfa de Cronbach de 0.9057 .²⁰

2. SCARED

El SCARED es un instrumento que fue originalmente desarrollado en inglés y cuenta con dos versiones, una para niños y otra para padres. El análisis de validez del constructo de la versión norteamericana reportó cinco factores: somático/pánico, ansiedad generalizada, ansiedad de separación, fobia social y fobia escolar; el alfa de Cronbach se reportó de 0.74 a 0.93 ; los coeficientes de correlación intraclase se reportaron en un rango de 0.70 a 0.90 .²¹ La versión mexicana se tradujo, se adaptó y se estudió en una población de adolescentes que acudían a escuelas; los instrumentos fueron proporcionados a los adolescentes y sus padres; 179 fueron debidamente contestadas tanto por los adolescentes como por sus padres. El análisis del constructo de esta versión arrojó los mismos cinco factores, tanto para los padres como para los adolescentes, que la versión norteamericana. La consistencia interna general de los 41 reactivos en la versión de adolescentes arrojó un valor alfa de 0.90 .²³

3. Escala de Birlson

Este instrumento ha sido utilizado internacionalmente para evaluar la sintomatología depresiva en niños y adolescentes.²⁴ Esta escala ha sido traducida y se han estudiado sus propiedades clinimétricas en la Ciudad de México, en una

población de adolescentes; el alfa de Cronbach para la población clínica fue de 0.85 y de 0.77 para la población abierta. El punto de corte en 14 obtuvo la mayor estabilidad entre la sensibilidad y la especificidad, de 87 y 74, respectivamente.²⁵

4. Escala de TDAH

Este instrumento es un listado de los síntomas del TDAH propuestos en el DSM-IV que consta de 18 reactivos donde el análisis de constructo arrojó dos factores: inatención e hiperactividad/impulsividad.²⁶ Las propiedades psicométricas de este instrumento han sido validadas en 14 países, incluyendo algunos hispanoparlantes. La consistencia interna se reportó con un alfa de Cronbach de 0.795 y la confiabilidad temporal del instrumento obtuvo una correlación de $r=0.84$ con un rango de 0.82 a 0.87.²⁷

5. Escala EDPA

La EDPA es un instrumento que incluye la evaluación dimensional de la psicopatología para adolescentes. Fue diseñado por la Clínica de Adolescentes del INPRFM y cuenta con dos versiones, una para padres y otra para adolescentes. Se incluyó en el TC la versión para adolescentes integrada por 66 reactivos que se responden en una escala tipo Likert. El estudio de validez en la población clínica de adolescentes demostró una consistencia interna global, con un alfa de Cronbach de 0.92. Sin embargo hubo una diferenciación entre los valores alfa para sintomatología internalizada y externalizada, con 0.89 y 0.85, respectivamente. La confiabilidad temporal del instrumento, tanto en la versión de padres como en la de adolescentes, fue de $r=0.87$.²⁸

B. Entrevista clínica (EC)

La EC utilizada fue la Entrevista Semi-estructurada para Adolescentes (ESA), que es una entrevista que permite establecer las principales categorías diagnósticas señaladas dentro del DSM-IV, además de interrogar de una manera estructurada las características de vida y adversidad social relacionadas con la familia, la vivienda, la escuela y el trabajo. La disfunción familiar se codifica como "presente" cuando existen al menos dos de los elementos de: familia monoparental, psicopatología parental y dificultades económicas. Esta entrevista cubre los principales padecimientos externalizados e internalizados. Permite establecer diagnóstico en el momento actual, a lo largo de la vida o bien la identificación de síntomas como rasgos en el paciente. Los coeficientes de correlación Kappa (K) en el estudio de confiabilidad interevaluador al diagnóstico actual fueron: trastorno depresivo mayor (TDM), 0.92; trastorno distímico (TD), 0.81; trastorno de ansiedad por separación (TAS), 0.74; trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), 0.75; trastorno de conducta (TC), 0.97 y trastorno desafiante oposicionista (TDO), 0.92. Los coeficientes de correlación Kappa (K) en el estudio de confiabilidad temporal (test-retest) fueron: TDM 0.59, TD 0.40, TAS 0.58, TDAH 0.78, TC 0.85, TDO 0.51. Los coeficientes de correlación K intereva-

luador para las principales categorías diagnósticas obtuvieron un rango de 0.74 a 0.97 con media de 0.85. Estos resultados son muy similares a los que otros investigadores han reportados con diferentes entrevistas semiestructuradas como el Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS) que reporta un rango de 0.65 a 0.96 con una media de 0.87; el Interview Schedule for Children (ISC) reporta un rango de 0.64 a 1 con una media de 0.85.²⁹ La ESA integra la evaluación del funcionamiento global a través de la escala de funcionamiento general (*General Assessment Function*, GAF). El GAF es una escala numérica (0-100), utilizada para evaluar el nivel del funcionamiento social, ocupacional y psicológico;³⁰ las calificaciones más bajas indican mayor disfunción y se considera una disfunción severa cuando la puntuación es ≤ 30 .³¹

Análisis estadístico

Se utilizaron medidas de tendencia central para la descripción de variables demográficas, los porcentajes fueron contrastados mediante pruebas χ^2 ; las correlaciones se establecieron mediante coeficientes r de Pearson, el valor de significancia se estableció con $P<0.05$. El TC fue sometido a prueba diagnóstica contra los resultados de la EC y obtuvo los siguientes valores: sensibilidad=0.83; especificidad=0.80; valor predictivo positivo=0.96 y valor predictivo negativo=0.45

RESULTADOS

De los 319 alumnos citados, acudieron a la EC 117; 70 (59.8%) pertenecían a escuelas públicas y 47 (40.2%) a escuelas privadas. Noventa y ocho (83.8%) fueron casos con al menos un diagnóstico, hubo mayor porcentaje de casos identificados por la EC entre los estudiantes de las escuelas públicas que entre aquellos provenientes de privadas 64 (91%) vs. 34 (71%), ($\chi^2=7.85$; $P=0.005$) respectivamente. Solamente dos casos (1.7%) no aceptaron tratamiento posteriormente a la realización de la EC. Del total de los 117 alumnos, 50 (42.7%) fueron mujeres y 67 (57.3%) hombres, hubo una tendencia a mayor número de mujeres de las escuelas públicas que en las privadas 35 (50%) vs. 15 (30%), ($\chi^2=3.75$; $P=0.053$), respectivamente. La edad promedio fue de 13.39 años (DE=0.98).

Adversidad social

La disfunción familiar se encontró en 57 (48.71%) de los 117 adolescentes. El funcionamiento general fue evaluado mediante el GAF y la puntuación media de todos los alumnos fue de 65.48 (DE=11.68).

Trastornos psiquiátricos

El diagnóstico internalizado más frecuente fue el TDM, presente en 57 (48.7%) del total de la muestra evaluada. Las ideas

Cuadro 1. Comparación de diagnóstico y adversidades sociales entre alumnos de secundarias públicas vs. privadas

	Secundarias				χ^2	P
	públicas (N=70)		privadas (N=47)			
	N	%	N	%		
TDM	41	58.6	16	34.0	6.77	0.008
APF	6	8.6	0	0.0	4.24	0.040
DFF	41	58.6	16	34.0	6.77	0.008

TDM = Trastorno depresivo mayor; APF = Abuso psicológico y físico; DFF = Disfunción familiar.

y conductas suicidas se presentaron en cinco (4.3%) sujetos. El diagnóstico ansioso más frecuente fue la fobia específica: 20 (17.1%). El diagnóstico externalizado más frecuente fue el TND: 34 (29.1%); sólo en tres (2.6%) se encontró consumo de alcohol y/o sustancias. El TDAH se presentó en 70 (59.8%).

Comparación de adversidades sociales y trastornos psiquiátricos

Al comparar todos los diagnósticos, sólo el TDM se presentó significativamente más en los alumnos de las escuelas públicas; en las adversidades sociales, el abuso psicológico y físico así como la disfunción familiar se presentaron significativamente más en los alumnos de escuelas públicas. Los detalles se muestran en el cuadro 1. Sólo el TND presentó una tendencia a ser más frecuente en los alumnos de escuelas públicas: 34.3% vs. 21.3%, ($\chi^2=2.3$, $p=0.09$). Al realizar un análisis comparativo por género se encontró que las fobias específicas se presentaron más en las mujeres: 26% vs. 10.4% ($\chi^2=4.8$; $p=0.02$); y el TDAH, en los hombres: 70.1% vs. 46% ($\chi^2=6.94$; $p=0.008$). La correlación entre disfunción familiar y el TDM obtuvo una $r=0.418$, $p<0.0001$. La puntuación media del GAF para los alumnos de escuelas públicas fue significativamente menor que la reportada por los alumnos de las escuelas privadas: 63.2 vs. 68.8 ($t=2.64$; $gl=115$, $P=0.009$).

DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación demuestran que la disfunción familiar y los trastornos psiquiátricos se encuentran presentes tanto en alumnos de secundarias públicas como de privadas; la mitad de los adolescentes entrevistados de ambos grupos de escuelas reportaron disfunción familiar y TDM; sin embargo el TDM, la disfunción familiar y el abuso físico y psicológico fueron más frecuentes en los alumnos de las escuelas públicas y la disfunción familiar se correlacionó significativamente con el TDM.

De los 1474 alumnos de las siete escuelas que contestaron el TC, 419 fueron positivos. De éstos, sólo se presentaron a EC 117 y fueron 98 (83.8%) los positivos en la EC con al menos un diagnóstico. Llama la atención que sólo 117

(27.92%) de los 419 probables casos finalmente acudieran a la EC. Algunos estudios epidemiológicos han mostrado que sólo el 25% de los padres de sujetos con síntomas de trastornos de conducta o del afecto consideraban que sus hijos necesitaban atención médica, y de ellos, solamente el 13% acudió a los servicios de salud mental.³² La búsqueda de atención especializada se ha asociado con una mayor intensidad del trastorno y con un mayor nivel educativo de los padres.^{33,34} Pese a que probablemente los padres de los alumnos de las escuelas privadas tendrían mayor nivel educativo, no encontramos mayor interés en ellos para la búsqueda de atención.

Un estudio australiano prospectivo por 14 años en estudiantes de secundaria, determinó que hasta el 29% de los hombres y el 54% de las mujeres cursaban con un trastorno psiquiátrico a lo largo de la adolescencia y de éstos, el 60% presentaba continuidad en la vida adulta joven. Los adolescentes de familias monoparentales (padres separados o divorciados) tuvieron 1.6 veces mayor riesgo de continuar con los padecimientos psiquiátricos que aquellos con familias biparentales.³⁵ A pesar de la diferencia de nuestra observación transversal con esta longitudinal, resalta la alta prevalencia de trastornos psiquiátricos entre sujetos aparentemente sanos que acuden a la escuela; la adversidad social de una familia monoparental confiere un mayor riesgo en la continuidad de los trastornos.

Es relevante el hecho de haber encontrado mayor número de casos de alumnos con trastornos psiquiátricos en los estudiantes de escuelas públicas donde acuden adolescentes con mayores niveles de adversidad económica y disfunción familiar. Esta interacción de la transmisión inter-generacional de riesgos para la aparición de trastornos psiquiátricos ha sido previamente descrita² y plantea un reto para la participación de las escuelas, principalmente públicas, en el reconocimiento temprano de la adversidad social y síntomas de trastornos psiquiátricos en sus alumnos.⁹ El funcionamiento global de estos adolescentes no fue bueno, el valor del GAF promedio de todos los alumnos fue de 65.48, el rango entre 61-70 señala: "Algunos síntomas leves: estado de ánimo deprimido o insomnio leve, o dificultades en las actividades sociales, laborales o escolares, irse de pinta o robar en casa; aunque en general el funcionamiento es bastante bueno y el sujeto tiene relaciones interpersonales significativas";³⁰ este nivel de funcionamiento general deja atrás las posibilidades de un óptimo desempeño integral en los adolescentes el cual debería ubicarse por encima de 80. La diferencia de los valores del funcionamiento entre los alumnos de las escuelas fue significativamente menor para las públicas, sin embargo seis de cien puntos en la evaluación global, hacen esta diferencia estocástica.

Los principales diagnósticos encontrados fueron el TDM, el TDAH y el TND: 50%, 60% y 30%, respectivamente. Los problemas ansiosos fueron más frecuentes en las mujeres y el TDAH se presentó más en los hombres. Estos

hallazgos coinciden con los reportes establecidos en la encuesta de psicopatología de adolescentes de la Ciudad de México; esta encuesta se integró con una muestra probabilística estratificada de 3005 sujetos representativa de dos millones de adolescentes residentes de la ciudad, donde se contó con la participación de 2847 adolescentes y al menos uno de los padres, los diagnósticos más frecuentes para las mujeres fueron los afectivos-ansiosos y para los hombres los del control de los impulsos y la conducta disruptiva.⁷ Se ha reportado cómo el TDM y el TDAH explican la mayor parte de la varianza de los trastornos psiquiátricos asociados al abandono escolar en adolescentes de secundarias públicas de la zona urbana de la Ciudad de México.³⁶ El reconocimiento temprano de estos padecimientos, de la adversidad social asociada y la intervención oportuna podrían disminuir los abandonos escolares y mejorarían la calidad de vida en los adolescentes y sus familias. Sin embargo es necesario trabajar en la accesibilidad a los servicios de salud mental ya que se limita al 30% de la población general en América Latina.³⁷ Los problemas de adversidad económica, familia monoparental, psicopatología en los padres y abuso psicológico y físico como elementos medio-ambientales interactúan con el adolescente y su biología³⁸ y se manifiestan con mayor psicopatología en los alumnos de secundarias públicas.

Una de las fortalezas de esta investigación es la relacionada con la evaluación en dos etapas (TC y EC) y con la certeza del diagnóstico establecido. Fue una debilidad que la selección de las escuelas fuera por conveniencia, pues sólo participaron aquellas escuelas donde la directiva aceptó.

CONCLUSIONES

Existen problemas de salud mental en estudiantes regulares de secundarias públicas y privadas. En las primeras identificamos mayores índices de TDM, abuso psicológico y físico y disfunción familiar. La elevada adversidad social se correlacionó significativamente con la depresión, lo cual nos indica la necesidad de vincular los problemas de salud mental con el bienestar social y el esfuerzo de coordinación de las escuelas entre el alumno, los padres de familia y los profesores.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece el apoyo económico de fondos SEP/CONACYT (SEP-2003-C01-8).

REFERENCIAS

1. Raposa EB, Hammen CL, Brennan PA, O'Callaghan F, Naiman JM. Early adversity and health outcomes in young adulthood: the role of ongoing stress. *Health Psychol* 2014;33(5):410-418.
2. Bifulco A, Moran PM, Ball C, Jacobs C et al. Childhood adversity, parental vulnerability and disorder: examining inter-generational transmission of risk. *J Child Psychol Psychiatry* 2002;43(8):1075-1086.

3. Dunn Valerie, Abbott Rsemary A, Goudace Tim et al. Profiles of family focused adverse experience through childhood and early adolescence: The ROOTS project a community investigation of adolescent mental health. *BMC Psychiatry* 2011;11:109-125.
4. Biederman J, Milberger S, Faraone SV, Kiely K et al. Family environmental risk factor for attention deficit hyperactivity disorder. A test of Rutter's indicators of adversity. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52(6):464-470.
5. Turner HA, Finkelhor D, Ormrod R. The effect of lifetime victimization on the mental health of children and adolescents. *Social Science Medicine* 2006;62(1):13-27. DOI: 10.1016/j.socscimed.2005.05.030.
6. Fleitlich B, Goodman R. Social factors associated with child mental health problems in Brazil: cross sectional survey. *BMJ* 2001;323:599-600.
7. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME et al. Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental* 2009;31:155-163.
8. Benjet C, Borges G, Medina-Mora MA, Zambran J et al. Descriptive epidemiology of chronic adversity in Mexican adolescents. *J Adolesc Health* 2009;45:483-489.
9. Burns JM, Andrews G, Szabo M. Depression in young people: what causes it and can we prevent it? *Med J Aust* 2002;177(Supl):S93-S96.
10. Medina-Mora ME, Cravioto P, Villatoro J et al. Consumo de drogas entre adolescentes: resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 1998. *Salud Pública* 2003;45(S1):S16-S26.
11. González Forteza C, Jimenez Tapia JA, Ramos Lira L, Wagner FA. Aplicación de la escala de depresión del Center of Epidemiological Studies en adolescentes de la ciudad de México. *Salud Pública* 2008;50:292-299.
12. De la Peña F, Estrada A, Almeida L, Páez F. Prevalencia de los trastornos depresivos y su relación con el bajo aprovechamiento escolar en estudiantes de secundaria. *Salud Mental* 1999;22:9-13.
13. Galicia Modeya IX, Sanchez Velasco A, Robles Ojeda FJ. Factores asociados a la depresión en adolescentes: Rendimiento escolar y dinámica familiar. *Anales Psicología* 2009;25:227-240.
14. Veytia López M, González NI, López Fuentes A et al. Depresión en adolescentes: papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud Mental* 2012;35:37-43.
15. González Forteza C, Ramos Lira L, Vignau LE et al. El abuso sexual y el intento suicida asociado con el malestar depresivo y la idea suicida de los adolescentes. *Salud Mental* 2001;24:16-26.
16. Cervini R. Diferencias de resultados cognitivos y no cognitivos entre estudiantes de escuelas públicas y privadas en la educación secundaria de Argentina, análisis multinivel. *Education Policy Analysis Arch* 2003;11:5-15.
17. Perez MV, Urquijo S. Depression en adolescentes. Relaciones con el desempeño académico. *Psic Esc Educ* 2001;5:49-58.
18. Knight JR, Goodman E, Pulerwitz T, Du Rant RH. Reliability of the problems oriented screening instrument for teenagers (POSIT) in adolescent medical practice. *J Adolesc Health* 2001;29(2):125-130.
19. Latimer WW, O'Brien MS, McDouall J, Tousova O et al. Screening for "substance abuse" among school-based youth in Mexico using the Problem Oriented Screening Instrument (POSIT) for teenagers. *Substance Use Misuse* 2004;39(2):307-329 (doi: 10.1081/JA-120028492).
20. Mariño M et al. Validación de un cuestionario para detectar adolescentes con problemas por el uso de drogas POSIT. *Salud Mental* 1998;21(1):27-36.
21. Birmaher B, Khetarphal S, Brent D et al. The screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36(4):545-549.
22. Birmaher B, Brent DA, Chiappetta L, Bridge J et al. Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders Scale (SCARED): a replication study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:1230-1236.
23. Lopez J. Validez y confiabilidad de la Escala de Ansiedad (SCARED) para Niños y Adolescentes en Población Abierta. Tesis de subespecialidad.

- lidad en psiquiatría de adolescentes. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2005.
24. Birlerson P, Hudson I. Clinical evaluation of a self rating scale for depression disorder in childhood. *J Child Psychol Psychiatry* 1987;28:43-60.
 25. De la Peña FR, Lara MC et al. Traducción al español y validez de la Escala de Birlerson (DSRS) para el Trastorno Depresivo Mayor en la Adolescencia. *Salud Mental* 1996;19(S2):24-29.
 26. Du Paul GJ, Powr TJ, Anastopoulos AD, Reid R. ADHD Rating Scale-IV: Checklists, norms, and clinical interpretation. New York, NY: Guilford Press; 1998.
 27. Zhang S, Faries DE, Vowles M, Michelson D. ADHD rating scale IV: psychometric properties from a multinational study as a clinician administered instrument. *Int J Method Psychiatry Res* 2005;14(4):186-201.
 28. Suarez A. Diseño y validez de la Escala Dimensional de Psicopatología para Adolescents (EDPA). Tesis de subespecialidad en psiquiatría de adolescentes México: Universidad Nacional Autónoma de México; 1999.
 29. De la Peña F, Patiño M, Mendizábal A et al. La entrevista semiestructurada para adolescentes (ESA). Características del instrumento y estudio de confiabilidad interevaluador y temporal. *Salud Mental* 1998;21:11-18.
 30. Oliver P, Cooray S, Tyrer P, Cicchetti D. Use of the global assessment of function scale in learning disability. *B J Psych* 2003;182:s32-s35.
 31. Hammen C, Brennan PA. Severity, chronicity and timing of maternal depression and risk for adolescent offspring diagnoses in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:253-268.
 32. Caraveo-Anduaga J, Colmenares-Bermúdez E, Martínez-Vélez N. Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Publica Mex* 2002;44:492-498.
 33. Benjet C, Borges G, Medina-Mora M, Blanco J 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; 2009.
 34. Medina-Mora M, Borges G, Lara C, Benjet C 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;35:1773-1783.
 35. Patton GC, Coffey C, Romaniu H, Mackinnon A et al. The prognosis of common mental disorders in adolescents a 14-year prospective cohort study. *Lancet* 2014;383:1404-1411.
 36. Chalita PJ, Palacios L, Cortes JF, Landeros-Weinsenberger AL et al. Relationship of dropout and psychopathology in a high school sample in Mexico. *Frontiers Psychiatry* 2012;3:20-24.
 37. Acuña C, Bolis M. La estigmatización y el acceso a la atención de salud en América Latina: Amenazas y perspectivas 2005. Available at: <http://www.paho.org/Project.asp?SEL=TP&LNG=ENG&ID=216> 24 de agosto de 2014.
 38. Rutter M, Moffitt TE, Caspi A. Gene-environment interplay and psychopathology: multiple varieties but real effects. *J Child Psychol Psychiatry* 2006;47:226-261.

Artículo sin conflicto de intereses

**RESPUESTAS DE LA SECCION
AVANCES EN LA PSIQUIATRIA
Autoevaluación**

1. A
2. B
3. A
4. B
5. C
6. D
7. A
8. B
9. B
10. A
11. C
12. D
13. B
14. D
15. D
16. B
17. D
18. C
19. C