

# La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento

Corina Benjet, Dra en Psicol,<sup>(1)</sup> Guilherme Borges, Dr en C,<sup>(2)</sup>  
Ma Elena Medina-Mora, Dra en Psicol Soc,<sup>(1)</sup> Clara Fleiz-Bautista, Psicol,<sup>(1)</sup> Joaquín Zambrano-Ruiz, Actuario.<sup>(1)</sup>

Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME,  
Fleiz-Bautista C, Zambrano-Ruiz J.  
La depresión con inicio temprano: prevalencia,  
curso natural y latencia para buscar tratamiento.  
Salud Publica Mex 2004;46:417-424.  
El texto completo en inglés de este artículo está  
disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME,  
Fleiz-Bautista C, Zambrano-Ruiz J.  
Early onset depression: Prevalence,  
course, and treatment latency.  
Salud Publica Mex 2004;46:417-424.  
The English version of this paper  
is available at: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

## Resumen

**Objetivo.** Conocer, en la población mexicana, la prevalencia de la depresión con inicio temprano, y comparar el curso natural, la comorbilidad y la latencia para buscar tratamiento entre los deprimidos con inicio temprano y aquellos con inicio en la edad adulta. **Material y métodos.** La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica es representativa de la población nacional urbana, de entre 18 a 65 años de edad. Se realizó en México, entre 2001 y 2002, con el instrumento diagnóstico de la versión computarizada de la Entrevista Internacional Compuesta de Diagnóstico. Los análisis toman en cuenta el diseño complejo de la muestra multietápica, estratificada y ponderada utilizando análisis descriptivo y regresiones logísticas. **Resultados.** El 2.0% de la población ha padecido depresión en la infancia o adolescencia con un promedio de siete episodios a lo largo de la vida (comparado con tres para los de inicio en la adultez), el primero persiste por unos 31 meses (comparado con 16 meses), durante los cuales generalmente no reciben tratamiento. **Conclusiones.** La mayor duración del primer episodio y el mayor número de episodios en la vida de aquellos con depresión de inicio temprano se debe a la falta de detección y tratamiento oportuno en jóvenes. El texto completo en inglés de este artículo está disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

Palabras clave: depresión; adolescencia; niño; epidemiología; utilización de servicios; México

## Abstract

**Objective.** To estimate the prevalence of early onset depression in the Mexican population and compare its natural history, comorbidity and treatment latency between early onset and adult onset depression. **Material and Methods.** The National Survey of Psychiatric Epidemiology (ENEP) is representative of the Mexican urban population aged 18 to 65. The diagnostic instrument is the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Statistical analysis was performed with descriptive and logistic regression analyses, considering the multistage, stratified and weighted sample design of the survey. **Results.** Two percent of the Mexican population has suffered from depression as children or adolescents, with an average 7 episodes during their lifetime (compared with 3 episodes for adult onset); the first episode lasted a mean of 31 months (compared with 16 for adult onset) and generally did not receive any treatment. **Conclusions.** The longer duration of the first episode and the greater number of lifetime episodes for subjects with early onset is attributed to the lack of early detection and of timely treatment of depression in Mexican youth. The English version of this paper is available at: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

Key words: depression, adolescence; child; epidemiology; services utilization; Mexico

En México, los datos fueron recabados con el apoyo financiero del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, proyecto No.4280, del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, proyecto No. G30544-H, de la Organización Panamericana de la Salud y de Pfizer México.

(1) Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México, DF, México.

(2) Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. México, DF, México.

**Fecha de recibido:** 16 de marzo de 2004 • **Fecha de aprobado:** 3 de agosto de 2004

Solicitud de sobretiros: Dra. Corina Benjet, Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Calzada México-Xochimilco 101, colonia San Lorenzo Huipulco 14370, México, DF, México.  
Correo electrónico: cbenjet@imp.edu.mx.

Hace casi una década el estudio de la carga global de la enfermedad<sup>1</sup> resaltó la importancia de los trastornos mentales como un problema prioritario de salud pública mundial. Anteriormente, las prioridades de salud se estimaron utilizando solamente indicadores de mortalidad. Incluyendo el número de días vividos con discapacidad, las enfermedades neuropsiquiátricas se colocaron entre las que más carga representan a escala mundial. Se atribuyó a estas enfermedades 10% de la carga global de la enfermedad (estimando que aumentará hasta 15% para 2020). La depresión unipolar destacó por ocupar el cuarto lugar mundial en la carga de la enfermedad, y se estimó que para el año 2020 ocupará el segundo lugar y el primero en países en desarrollo.

En México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP)<sup>2</sup> proporcionó las primeras estimaciones nacionales de la prevalencia de los trastornos mentales. Se estimó que 8.4% de la población ha sufrido, según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV, por sus siglas en inglés),<sup>3</sup> un episodio de depresión mayor alguna vez en la vida con una mediana de edad de inicio de 24 años.\* Estas edades tempranas de inicio implican muchos años de sufrimiento y interrupciones en diferentes ámbitos de la vida como la educación, el empleo y el escoger la pareja. Algunos estudios en otros países sugieren que la edad de inicio para la depresión mayor está disminuyendo en cohortes recientes.<sup>4,5</sup>

Aunque por mucho tiempo se consideraba que la depresión no existía en niños y que era normativa en la adolescencia, en los últimos 30 años se empezó a reconocer la depresión mayor como un trastorno que también padecen los niños y adolescentes. Debido a la mayor comorbilidad y mayor agrupación familiar de la depresión en los individuos en quienes ésta se inicia tempranamente, se considera la posibilidad de que aquella que se inicia en la infancia o la adolescencia sea una forma más severa del trastorno.<sup>6</sup>

Puesto que México es un país de población joven, con una edad mediana de 22 años, y que 34% de la población es menor a 15 años, según el censo del año 2000,<sup>7</sup> el estudio de la depresión que se inicia en la infancia o adolescencia es particularmente relevante. En estudios realizados en otros países, como Estados Uni-

dos de América (EUA), se estima una prevalencia de depresión mayor entre niños de 9 a 17 años de edad de alrededor de 5% en los últimos seis meses.<sup>8</sup> En México, si bien se cuenta con estudios realizados en población escolar éstos se han hecho con instrumentos que miden la sintomatología y no el diagnóstico, y tienen una cobertura limitada.<sup>9,10</sup> Este es el primer artículo que muestra resultados de un estudio nacional que utiliza entrevistas diagnósticas, estandarizadas transculturalmente.

Particularmente importante es estudiar la depresión en la infancia y la adolescencia no sólo por el sufrimiento que representa para los jóvenes, sino también por las implicaciones que pueda tener para el funcionamiento en la vida adulta. El tener un episodio de depresión durante una etapa que sobresale por definir la formación académica, el inicio de la vida profesional u ocupacional, el comienzo de la vida sexual y la elección de pareja tiene consecuencias a largo plazo en muchos ámbitos de la vida, mucho más allá del ámbito de la salud. Kandel y Davies<sup>11</sup> sugieren que a las personas que padecen depresión en la infancia o la adolescencia les queda una vulnerabilidad, la cual implica una vida adulta con menos amistades, menos redes de apoyo, mayor estrés y menor alcance educacional, ocupacional y económico.

Como una primera aproximación para conocer la magnitud de la depresión con inicio temprano (aquella que ocurre antes de los 18 años de edad) en la población mexicana, se pretende utilizar los datos retrospectivos de la ENEP para estimar la prevalencia de dicha depresión, el curso natural y el tiempo transcurrido antes de iniciar el tratamiento. La ENEP, realizada bajo la coordinación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, forma parte de la iniciativa internacional de Encuestas Mundiales de Salud Mental, de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para conocer la prevalencia de los trastornos mentales en diferentes países con diferentes niveles de desarrollo, determinar las necesidades de atención y guiar las políticas de salud pública.

En este artículo se presentan datos específicos sobre la depresión con inicio temprano.<sup>2</sup> Específicamente, se reporta la prevalencia de por vida de la depresión que se inicia antes de los 18 años de edad en la población general y se compara la duración del primer episodio, el número de episodios en la vida, el número de años con al menos un episodio, la comorbilidad con otros trastornos, y la conducta suicida y la latencia para iniciar el tratamiento entre deprimidos con inicio temprano y deprimidos con inicio en la edad adulta.

\* Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C *et al*. Prevalence, age of onset, and demographic correlates of DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: Results from the Mexican Psychiatric Survey. En prensa.

## Material y métodos

### Muestra

La ENEP se basa en un diseño probabilístico, multietápico y estratificado, representativo de la población no institucionalizada, que tiene un hogar fijo, de 18 a 65 años de edad y que vive en áreas urbanas del país (definidas como localidades con una población de más de 2 500 habitantes). La población urbana nacional, así definida, comprende aproximadamente 75% del total nacional. El trabajo de campo se llevó a cabo en dos fases: la primera, de septiembre a diciembre de 2001, y la segunda, de enero a mayo de 2002. La segunda fase se desarrolló con el objetivo de incrementar el número de viviendas participantes y entrevistas individuales, ya que el tiempo programado para las entrevistas en cada localidad fue insuficiente y los encuestadores tuvieron que regresar a varias partes del país. Se emplearon cuatro etapas de selección para encuestar una muestra blanco de 10 000 hogares en seis estratos geográficos. En todos los estratos las unidades primarias de muestreo fueron las Áreas Geográficas Estadísticas Básicas (AGEB), o grupos de ellas, cartográficamente definidas, en 1994, por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). En total, se seleccionaron 200 AGEB, distribuidas con afijación proporcional a la población de cada una de las regiones. Al interior de cada AGEB, se seleccionaron cinco unidades secundarias de muestreo (USM) conformadas por manzanas, o grupos de ellas, también con probabilidad proporcional a una medida de tamaño para cada USM dentro de la AGEB seleccionada. Para cada USM seleccionada las viviendas se dividieron en segmentos compactos de alrededor de 10 viviendas. Finalmente, entre los miembros de cada hogar, se seleccionó una sola persona para ser entrevistada. Esta persona fue seleccionada al azar entre los miembros elegibles del hogar, según el método de Kish.<sup>12</sup> Las personas elegibles se definieron como los miembros del hogar que hablan español, que normalmente comen, duermen, preparan los alimentos y se alojan en dicho hogar y que tenían entre 18 y 65 años de edad al momento de la entrevista.

Durante la primera fase de la encuesta se visitaron 10 377 viviendas. No se ofreció ningún tipo de incentivo económico durante ninguna fase de la encuesta. Se lograron 5 826 entrevistas completas. El cálculo de la tasa de respuesta, tanto en términos de los hogares como en los del individuo, tomó en consideración el diseño complejo de la encuesta y este proceso de revisita. Los hogares y los individuos participantes en la segunda fase recibieron un peso proporcional al inverso de la probabilidad de ser seleccionados para la segunda

fase. La tasa ponderada de respuesta individual fue de 76.6%. El motivo principal para la no participación del individuo fue "ausente al momento de la entrevista" (7.8% de los individuos listados). El rechazo directo fue infrecuente (6.2% de los individuos listados).

### Evaluación diagnóstica

El instrumento diagnóstico utilizado fue la versión computarizada de la Entrevista Internacional Compuesta de Diagnóstico (WHO-CIDI, por sus siglas en inglés, versión 15 certificada).<sup>13</sup> Es una entrevista estructurada, instalada en una computadora portátil y aplicada en entrevista cara a cara por entrevistadores legos. Proporciona diagnósticos de por vida en los últimos 12 meses y los últimos 30 días, según criterios del DSM-IV<sup>3</sup> para 17 diagnósticos principales y seis secundarios [también proporciona diagnósticos, según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud en su décima revisión (CIE-10); sin embargo, en este trabajo no se presentan estos diagnósticos].<sup>2</sup> Para cumplir con el diagnóstico de un episodio de depresión mayor el sujeto debe haber presentado un periodo mínimo de dos semanas durante el cual haya tenido un estado de ánimo depresivo o pérdida de interés la mayor parte del tiempo, casi todos los días, además de cuatro de los siguientes síntomas la mayor parte del tiempo: cambio de peso (mayor a 5% del peso corporal en un mes) o cambio del apetito, insomnio o hipersomnia, agitación o retardo psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos excesivos de inutilidad o de culpa, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, y pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida o un intento de suicidio. Estos síntomas deben representar un cambio respecto al funcionamiento previo y deben provocar deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de funcionamiento. Se excluyen del diagnóstico aquellos que cumplen los criterios para un episodio mixto, cuando se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica o, más claramente, por la presencia de un duelo después de la pérdida reciente (últimos dos meses) de un ser querido.

La traducción de este instrumento al español se hizo por un panel de expertos, siguiendo las normas de la OMS.<sup>2</sup> Las versiones antecedentes del CIDI han mostrado tener confiabilidad entre entrevistadores,<sup>14,15</sup> confiabilidad test-retest<sup>16</sup> y validez<sup>17,18</sup> adecuadas. Las propiedades psicométricas del CIDI, han sido notificadas en artículos previos.<sup>19</sup>

Con el fin de maximizar la información obtenida y de minimizar el tiempo de la entrevista, algunos contestaron una versión extensa del instrumento con to-

das las secciones y otros, una versión resumida con base en sus respuestas a las preguntas de tamizaje (preguntas que indican la probabilidad de que el diagnóstico esté presente) y en una selección aleatoria con probabilidad proporcional al número de sujetos que habitaban la vivienda. El tiempo de administración varió de 20 a 40 minutos para la versión resumida. La versión extensa se aplicó, en promedio, en unas dos horas y media. Sin embargo, según el número de trastornos presentes, requirió hasta nueve horas, en cuatro sesiones, para aplicarla.

## Procedimiento

El trabajo de campo fue llevado a cabo por 34 entrevistadores con amplia experiencia en el levantamiento de encuestas. Recibieron una capacitación inicial de cinco días, proporcionada por profesionales certificados por la OMS. Una serie de actividades fueron diseñadas, con el fin de asegurar el control de calidad de la información que, entre otras, incluyó una extensa supervisión de campo, la elaboración de manuales de campo, y la implantación de programas computarizados de control de calidad para detectar posibles errores en la consistencia de los datos (consistencia de las edades, primera y última fecha de utilización de servicios, etcétera), así como posibles respuestas faltantes para introducir los valores correctos cuando esto era posible. El nivel de error fue mínimo y la calidad de la base de datos fue certificada por el equipo coordinador internacional.

A todos los entrevistados se les informó que su participación era voluntaria, que podían dejar de contestar en cuanto así lo desearan, y que la información proporcionada sería confidencial. Al terminar se en-

tregó a los encuestados una lista de las instituciones de salud en donde podían acudir si deseaban hablar más de los temas tratados en la entrevista.

## Análisis

Los análisis de los datos toman en cuenta el diseño complejo de la muestra multietápica, estratificada y ponderada. Los datos fueron ponderados de forma compleja, (descrita con más detalle en otra publicación)<sup>2</sup> para ajustar las diferentes probabilidades de selección y de no respuesta, y para representar a la población mexicana, según el censo de 2000, por edad y sexo. Para estimar las prevalencias y obtener estadísticas descriptivas tomando en cuenta este diseño complejo se efectuaron los análisis utilizando los comandos *svymean* y *svyprop* del paquete estadístico STATA.<sup>20</sup> Además de los análisis descriptivos, para comparar el curso natural, la comorbilidad y la latencia para iniciar el tratamiento entre los deprimidos con inicio temprano y los deprimidos con inicio en la edad adulta, se realizaron regresiones logísticas, controlando por el tiempo desde el inicio del trastorno hasta la fecha de la entrevista. En algunos casos también se controló por haber recibido tratamiento para el primer episodio. Se utilizó el método de Kaplan-Meier, con el fin de establecer las curvas de latencia para iniciar el tratamiento.

## Resultados

### Prevalencia

El cuadro I presenta la prevalencia alguna vez en la vida de un episodio de depresión mayor con inicio temprano y con inicio en la edad adulta para mujeres, para

**Cuadro I**  
**PREVALENCIA DE UN EPISODIO DE DEPRESIÓN MAYOR CON INICIO TEMPRANO Y CON INICIO DURANTE LA ETAPA ADULTA.**  
**ENCUESTA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA. MÉXICO, 2001-2002**

|                                                                   | % de mujeres | EE  | % de hombres | EE  | % de población | EE  |
|-------------------------------------------------------------------|--------------|-----|--------------|-----|----------------|-----|
| Episodio de depresión mayor                                       |              |     |              |     |                |     |
| Inicio temprano                                                   | 2.8          | 0.4 | 1.1          | 0.2 | 2.0            | 0.3 |
| Inicio en la adultez                                              | 7.0          | 0.6 | 3.3          | 0.5 | 5.2            | 0.4 |
| Sin depresión                                                     | 90.3         | 0.9 | 95.6         | 0.6 | 92.8           | 0.6 |
| Episodio de depresión excluyendo a aquellos con trastorno bipolar |              |     |              |     |                |     |
| Inicio temprano                                                   | 2.4          | 0.4 | 1.0          | 0.2 | 1.7            | 0.2 |
| Inicio en la adultez                                              | 6.7          | 0.6 | 2.9          | 0.4 | 4.9            | 0.4 |
| Sin depresión                                                     | 91.0         | 0.8 | 96.1         | 0.5 | 93.4           | 0.5 |

EE: error estándar

hombres y para la población total. Las estimaciones que se presentan en la parte superior corresponden a las de un episodio de depresión que incluye personas con un trastorno bipolar, mientras que las estimaciones presentadas en la parte inferior excluyen a estas personas de la prevalencia. Se observa que 2% de la población mexicana, lo cual representa dos millones de personas, ha padecido un episodio de depresión mayor antes de los 18 años de edad.

Entre todos los que han padecido un episodio de depresión mayor alguna vez en su vida, 27.5% (EE= 2.5) tuvo su primer episodio en la infancia o adolescencia. Si se excluyen a los que han padecido un episodio de manía, la proporción es 26.0% (EE= 2.7).

### Curso natural

**Reincidencia.** El 64% (EE= 5.6) de aquellos con inicio temprano y 41% (EE= 4.0) de aquellos con inicio en la edad adulta dijeron haber tenido uno o más episodios de depresión subsiguientes. Sin embargo, por ser posible que la proporción mayor de episodios subsiguientes de aquellos con inicio temprano se debe al mayor tiempo transcurrido entre el comienzo del primer episodio y la entrevista, se realizó una regresión logística, controlando el tiempo desde el primer episodio hasta la entrevista. Tomando en cuenta este factor, la probabilidad de tener un episodio subsiguiente es 1.8 veces mayor para aquellos con inicio temprano que para aquellos con inicio en la adultez, aunque la asociación no es estadísticamente significativa (IC 95% 1.0-3.3,  $p= 0.070$ ).

**Duración del primer episodio.** El primer episodio de inicio temprano duró en promedio 31 meses (IC 95% 3.8-58.5) mientras que el primero de inicio en la adultez duró en promedio 16 meses (IC 95% 12.0-20.5). Cuando se controló por haber recibido tratamiento para este primer episodio no hubo diferencias en la duración entre ambos grupos.

**Número de episodios.** Los sujetos con inicio temprano notificaron un promedio de 6.8 (IC 95% 3.0-10.6) episodios a lo largo de la vida mientras que aquellos con inicio durante la adultez reportaron un promedio de 3.1 episodios (IC 95% 2.0-4.1). Sin embargo, cuando se controla por el tiempo desde la aparición del primer episodio y el recibir tratamiento para el primero esta diferencia no es significativa. Aquellos con inicio temprano reportaron un promedio de 10.3 años con al menos un episodio (IC 95% 4.9-15.6) mientras que quienes iniciaron en la adultez informaron 4.1 años con al menos un episodio (IC 95% 3.1-5.0). Nuevamente, al controlar por el tiempo desde el primer episodio y el haber recibido tratamiento para el primer episodio, esta diferencia no es significativa.

**Comorbilidad.** Las razones de momios para tener trastornos adicionales a la depresión, según la edad de inicio se presentan en el cuadro II ajustado por el tiempo desde el primer episodio. En cuanto a otros trastornos afectivos hay 2.5 veces mayor probabilidad de manía, aunque esto no es significativo (IC 95% 0.7-8.5,  $p= 0.141$ ). En cuanto a los trastornos de ansiedad, los deprimidos con inicio temprano tienen casi cuatro veces la probabilidad de desarrollar agorafobia, en comparación con los deprimidos que iniciaron cuando adultos (IC 95% 1.3-11.7,  $p= 0.018$ ) y 2.2 veces la probabilidad de fobia social (IC 95% 1.0-4.8,  $p= 0.044$ ). En relación con los trastornos de inicio en la infancia, los deprimidos con inicio temprano tienen 7.0 y 5.0 veces la probabilidad de haber tenido también un trastorno negativista desafiante y un trastorno disocial, respectivamente, (IC 95% 2.6-19.1,  $p= 0.000$ ; IC 95% 1.9-12.9,  $p= 0.001$ ). De los trastornos por uso de sustancias, aquellos con inicio temprano tienen 18.3 veces la probabilidad de dependencia a drogas (IC 95% 1.9-176.5,  $p= 0.013$ ). No hubo asociaciones significativas para los demás trastornos.

**Conducta suicida.** Los individuos con inicio temprano tuvieron 50% mayor probabilidad de haber cometido un intento de suicidio, controlando por el tiempo desde el primer episodio (RM 1.5, IC 95% 0.7-3.5,  $p= 0.296$ ). Tampoco hay diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos con inicio temprano e inicio en la edad adulta respecto de ideación suicida (RM 1.4, IC 95% 0.7-3.0,  $p= 0.313$ ) ni de la realización de un plan para suicidarse (RM 1.3, IC 95% 0.7-2.5,  $p= 0.340$ ).

### Tratamiento

El 29% de personas con un episodio de depresión alguna vez en la vida ha consultado alguna vez a algún tipo de profesional por su depresión (EE= 2.8). Este porcentaje no varía por la edad de inicio del trastorno. Sin embargo, el consultar para el primer episodio o para un episodio subsiguiente y la latencia para buscar tratamiento sí varía con la edad de inicio. La figura 1 presenta la curva de latencia para buscar tratamiento por parte de los deprimidos con inicio temprano y aquellos con inicio cuando ya son adultos. Entre quienes consultaron a un profesional para sus problemas de depresión, aquellos con inicio temprano reportaron haber tardado más para buscar atención que quienes iniciaron cuando eran adultos ( $t= 4.9$ ,  $p= 0.00$ ). Los sujetos con depresión de inicio temprano tardaron en promedio 10.6 años (IC 95% 5.9-15.4) desde el inicio del primer episodio hasta buscar atención, mientras que aquellos con inicio durante la adultez tardaron en promedio 1.8 años (IC 95% 1.1-2.4). Hay considerable-



**Cuadro II**  
**REGRESIONES LOGÍSTICAS PARA LA ASOCIACIÓN ENTRE EL INICIO TEMPRANO DE LA DEPRESIÓN**  
**Y DIFERENTES TRASTORNOS COMÓRBIDOS, AJUSTADO POR EL TIEMPO ENTRE EL PRIMER EPISODIO Y LA ENTREVISTA.**  
**ENCUESTA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA PSIQUÁTRICA. MÉXICO, 2001-2002**

|                                    | RM  | IC 95%   | p     |                                         | RM   | IC 95%    | p     |
|------------------------------------|-----|----------|-------|-----------------------------------------|------|-----------|-------|
| <b>Manía</b>                       |     |          |       | <b>Fobia específica</b>                 |      |           |       |
| Depresión con inicio temprano      | 2.5 | 0.7-8.5  | 0.141 | Depresión con inicio temprano           | 1.2  | 0.7-2.1   | 0.569 |
| Depresión con inicio en la adultez | 1.0 |          |       | Depresión con inicio en la adultez      | 1.0  |           |       |
| <b>Distimia</b>                    |     |          |       | <b>Ansiedad de separación</b>           |      |           |       |
| Depresión con inicio temprano      | 1.1 | 0.3-3.9  | 9.842 | Depresión con inicio temprano           | 1.7  | 0.7-4.4   | 0.232 |
| Depresión con inicio en la adultez | 1.0 |          |       | Depresión con inicio en la adultez      | 1.0  |           |       |
| <b>Agorafobia</b>                  |     |          |       | <b>Depresión negativista desafiante</b> |      |           |       |
| Depresión con inicio temprano      | 3.9 | 1.3-11.7 | 0.018 | Depresión con inicio temprano           | 7.0  | 2.6-19.1  | 0.000 |
| Depresión con inicio en la adultez | 1.0 |          |       | Depresión con inicio en la adultez      | 1.0  |           |       |
| <b>Ansiedad generalizada</b>       |     |          |       | <b>Trastorno disocial</b>               |      |           |       |
| Depresión con inicio temprano      | 0.3 | 0.0-2.5  | 0.262 | Depresión con inicio temprano           | 5.0  | 1.9-12.9  | 0.001 |
| Depresión con inicio en la adultez | 1.0 |          |       | Depresión con inicio en la adultez      | 1.0  |           |       |
| <b>Pánico</b>                      |     |          |       | <b>Déficit de atención</b>              |      |           |       |
| Depresión con inicio temprano      | 2.3 | 0.8-6.5  | 0.106 | Depresión con inicio temprano           | 2.1  | 0.5-8.6   | 0.293 |
| Depresión con inicio en la adultez | 1.0 |          |       | Depresión con inicio en la adultez      | 1.0  |           |       |
| <b>Estrés postraumático</b>        |     |          |       | <b>Dependencia al alcohol</b>           |      |           |       |
| Depresión con inicio temprano      | 0.7 | 0.3-1.6  | 0.405 | Depresión con inicio temprano           | 0.7  | 0.2-2.0   | 0.504 |
| Depresión con inicio en la adultez | 1.0 |          |       | Depresión con inicio en la adultez      | 1.0  |           |       |
| <b>Fobia social</b>                |     |          |       | <b>Dependencia a drogas</b>             |      |           |       |
| Depresión con inicio temprano      | 2.2 | 1.0-4.8  | 0.044 | Depresión con inicio temprano           | 18.3 | 1.9-176.5 | 0.013 |
| Depresión con inicio en la adultez | 1.0 |          |       | Depresión con inicio en la adultez      | 1.0  |           |       |

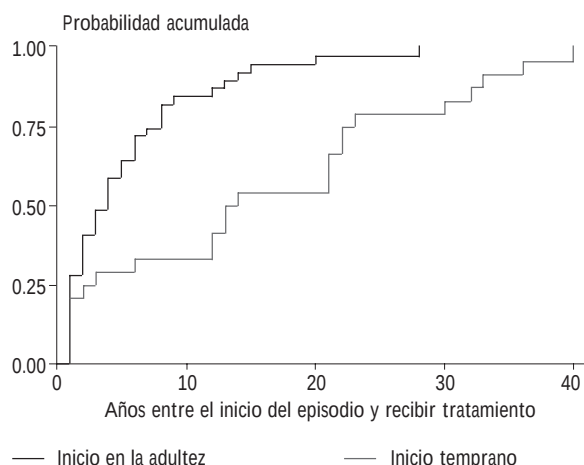
RM= razón de momios

mente mayor variabilidad de latencia para buscar atención entre aquellos con inicio temprano. No obstante, no se puede deducir de la latencia entre el primer episodio y el buscar tratamiento si la atención que se buscó fue para atender al primer episodio o por algún episodio subsiguiente a una remisión espontánea del primero. Los deprimidos con inicio en la adultez tendieron a buscar atención para su primer episodio y aquellos con inicio temprano, para un episodio subsiguiente (RM 4.6, IC 95% 1.6-13.6,  $p=0.008$ ). Los que recibieron tratamiento para su primer episodio tienen menos probabilidad de tener un episodio subsiguiente (RM 0.23, IC 95% 0.1-0.6,  $p=0.005$ ). Es decir, los primeros episo-

dios entre aquellos con inicio temprano no suelen ser atendidos y, como consecuencia, tienen mayor probabilidad de reincidir.

## Discusión

La encuesta estima que dos millones de mexicanos han padecido un episodio de depresión durante su infancia o adolescencia, casi una cuarta parte de los 7.3 millones que han padecido un episodio de depresión alguna vez en su vida. Los que padecen un episodio de depresión antes de los 18 años de edad tienen en promedio siete episodios a lo largo de su vida; el primero, con



**FIGURA 1. CURVAS DE KAPLAN-MEIER PARA LA LATENCIA PARA RECIBIR TRATAMIENTO, SEGÚN INICIO DE LA DEPRESIÓN. ENCUESTA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA. MÉXICO, 2001-2002**

una duración promedio de 31 meses, o dos años y medio, lapso durante el cual generalmente no reciben tratamiento.

Se ha observado, en estudios anteriores, mayor comorbilidad en niños y adolescentes que en adultos.<sup>6</sup> En un estudio con adolescentes de una población clínica, 90% de ellos con depresión mayor experimentó algún trastorno comórbido.<sup>21</sup> Los hallazgos de esta encuesta para la depresión con inicio temprano señalan mayor comorbilidad únicamente para ciertos trastornos. Los deprimidos con inicio temprano tuvieron mayor probabilidad de presentar agorafobia, fobia social, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y dependencia a drogas, que los deprimidos con inicio en la etapa adulta. No hubo diferencias para la ideación suicida, la realización de un plan o para un intento de suicidio entre aquellos de inicio temprano e inicio en la adultez, una vez que se controló por el tiempo desde el primer episodio.

La prevalencia de depresión con inicio temprano en México es menos de la mitad de la que se observa en otros países como EUA, donde se estima en 5%.<sup>8</sup> Sin embargo, es preocupante la menor proporción de jóvenes necesitados que reciben servicios, la larga espera para buscar atención de los que sí recibieron tratamiento y el impacto que eso tiene en la duración del primer episodio y la reincidencia de episodios.

Aunque los datos sugieren una mayor duración del primer episodio y un mayor número de episodios

en la vida y años con al menos uno para aquellos con depresión de inicio temprano, estas diferencias desaparecen cuando se toma en cuenta el haber recibido atención. Las personas que reciben tratamiento para su primer episodio son menos propensas a tener otro. Sin embargo, los jóvenes con depresión tienden a no recibir tratamiento para su primer episodio, lo cual los condena a una mayor duración de este episodio, a una mayor probabilidad de tener otro y a presentar un mayor número de episodios en la vida y un mayor número de años vividos con algún episodio. En este sentido, el hallazgo más relevante de este estudio fue encontrar que la mayor cronicidad de la depresión con inicio temprano se debe a la falta de detección y tratamiento oportuno, y no por haberse iniciado en edad joven.

Los niños y adolescentes no suelen buscar ayuda por sí mismos. El reto de hacer llegar la atención necesaria a los menores de edad debe incluir una mejor campaña educativa para padres de familia y maestros, con el fin de que puedan identificar cuándo es necesario buscar atención para sus hijos o alumnos. A diferencia de los trastornos de la conducta o el déficit de atención con hiperactividad que suelen provocar molestias en los padres de familia y los maestros en los salones de clase, el menor de edad con depresión muchas veces pasa desapercibido. El primer paso para aumentar el uso de servicios para la depresión con inicio temprano, y disminuir el impacto negativo que tiene en diversos ámbitos de la vida de los jóvenes, es conocer las necesidades de atención en estas edades menos protegidas. Este trabajo contribuye a dar una primera aproximación para conocer estas necesidades a través de una encuesta retrospectiva con adultos. Sin embargo, el siguiente paso es realizar una encuesta representativa con jóvenes mexicanos en esta etapa de su vida.

### Agradecimientos

Los datos provienen de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica la cual forma parte de la Iniciativa de Encuestas Mundiales de Salud Mental 2000 de la OMS. Los autores desean agradecer a los coordinadores internacionales de la iniciativa, los doctores R Kessler y B Unstun, al coordinador del proyecto para América Latina y El Caribe, el doctor S Aguilar Gaxiola y a todos los colaboradores del World Mental Health Survey Consortium, sin cuyo apoyo este proyecto no hubiera sido posible.

Del equipo mexicano, agradecemos la importante contribución de las psicólogas Estela Rojas y Leticia Casanova en la supervisión del trabajo de campo; a la

doctora Carmen Lara, por su apoyo en la traducción y preparación del instrumento, y al ingeniero Jerónimo Blanco y al maestro Jorge Villatoro, por la preparación del instrumento en versión computarizada.

## Referencias

1. Murray C, López A. Alternative projections of mortality and disability by cause, 1990-2020: Global burden of disease study. *Lancet* 1997;349:1498-1504.
2. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C *et al*. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Ment* 2003;26:1-16.
3. American Psychiatric Association. DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4<sup>th</sup> edition. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
4. Sandanger I, Nygard JF, Ingebrigtsen G, Sorensen T, Dalgard OS. Prevalence, incidence and age at onset of psychiatric disorders in Norway. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999;34:570-579.
5. Kessler RC, McGonagle KA, Nelson CB, Hughes M, Swartz M, Blazer DG. Sex and depression in the National Comorbidity Survey II: Cohort effects. *J Affect Disord* 1994;30:15-26.
6. Harrington R, Rutter M, Weissman M, Fudge H, Groothues C, Bredenkamp D *et al*. Psychiatric disorders in the relatives of depressed probands I. Comparison of prepubertal, adolescent and early adult onset cases. *J Affect Disord* 1997;42:9-22.
7. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. México, DF: INEGI; 2002.
8. Shaffer D, Fisher P, Dulcan MK, Davies M, Piacentini J, Schwab-Stone ME *et al*. The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Versión 2.3 (DISC.2.3): Description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA Study. *Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders Study*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:865-877.
9. González-Forteza C, Ramos Lira L, Caballero-Gutiérrez MA, Wagner-Echeagarray FA. Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema* 2003;15: 524-532.
10. Medina-Mora ME, Cravioto P, Villatoro J, Fleiz C, Galván CE, Tapia-Conyer R. Consumo de drogas entre adolescentes: Resultados de la Encuesta Nacional de 1998. *Salud Publica Mex* 2003;45:S16-S25.
11. Kandel DB, Davis M. Adult sequelae of adolescent depressive symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:255-262.
12. Kish L. Survey Sampling. Nueva York: John Wiley; 1965.
13. World Health Organization. Composite International Diagnostic Interview (CIDI), version 1.5. Ginebra, Suiza: WHO; 2001.
14. Cotler LB, Robins LN, Grant BF, Blaine J, Towle LH, Wittchen HU *et al*. Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance in the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Br J Psychiatry* 1991;159:645-653.
15. Wittchen HU, Robins LN, Cottler LB, Sartorius N, Burke JD, Regier DA *et al*. The CIDI-core substance abuse and dependence questions: Cross-cultural and nosological issues. *Br J Psychiatry* 1991;159:645-653.
16. Wacker HR, Battagay R, Mulleijans R, Schlosser C. Using the CIDI-C in the general population. En: Stefanis CN, Rabavilas AD, Soldatos CR, ed. *Psychiatry: A World Perspective*. Amsterdam, The Netherlands: Elsevier Science Publishers; 1990:138-143.
17. Farmer AE, Katz R, McGuffin P, Bebbington P. A comparison between the Present State Examination and the Composite International Diagnostic Interview. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:1064-1068.
18. Janca A, Robins LN, Cottler LB, Early TS. Clinical observation of CIDI assessments: An analysis of the CIDI field trials-wave II at the St. Louis site. *Br J Psychiatry* 1992;160:815-818.
19. Andrews G, Peters L. The psychometric properties of the Composite International Diagnostic Interview. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33:80-88.
20. STATA Corp. *Stata Statistical Software. Release 7.0. Reference Manual*. Texas: Stat Press; 2001.
21. De la Peña F, Ulloa RE, Páez F. Comorbilidad del trastorno depresivo mayor en los adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial. *Salud Ment* 1999;22:88-92.