

Comorbilidad del trastorno depresivo mayor en los adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial

Francisco de la Peña*, **

Rosa E. Ulloa[†]

Francisco Paez**

(*Salud Mental*, Número especial, 1999 - Instituto Mexicano de Psiquiatría)

Summary

Major depressive disorder (MDD) is the main diagnostic category in adolescents. MDD has been related to great comorbidity with several other psychiatric disorders, such as: attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD), behaviour disorder (CD), dysthymic disorders (DD) and others. The psychosocial functioning and the severity of the symptoms seem to be directly related to comorbidity. The goals of this investigation were to determine the prevalence and the comorbidity patterns of MDD and its relation to psychosocial functioning and to the severity of the illness evaluated with the LIFE-MEX and Birlson Scales, respectively. Using the Adolescents Semistructured Interview, 129 adolescents were evaluated: 50 (38 %) manifested MDD. The most important comorbidity was with ADHD (54 %) and DD (40 %). We found larger comorbidity in males ($P < 0.01$). Comorbid adolescents with DD showed a worst psychosocial functioning ($P = 0.04$) and more severe depression symptoms ($P = 0.004$). Comorbidity of MDD is very common; almost 90 % of the adolescents suffer from other psychiatric disorder. This comorbidity represents a decrease in psychosocial functioning and an increase in the severity of the symptoms.

Key words: Comorbidity, depression, adolescent, psychosocial functioning.

Resumen

El trastorno depresivo mayor (TDM) en la adolescencia es la principal categoría diagnóstica encontrada en esta edad. Se relaciona con una elevada comorbilidad con otros padecimientos como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), el trastorno distímico (TD) y el trastorno de conducta (TC), entre otros. El funcionamiento psicosocial y la mayor severidad del TDM parecen ser elementos relacionados directamente con la comorbilidad. Los objetivos de esta investigación fueron determinar la prevalencia del TDM, su comorbilidad y su relación con el funcionamiento psicosocial y la severidad del TDM, con las escalas de LIFE-MEX y Birlson, respectivamente. Se evaluaron 129 adolescentes utilizando la Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA); de éstos, 50 (38 %) presentaron TDM. La mayor comorbilidad se obtuvo con el TDAH y con el TD, con 54 % y 40 %, respectivamente. Se encontró una mayor comorbilidad con el TDAH en los hombres ($P < 0.01$). Los adolescentes comórbidos con TD presentaron peor funcionamiento psicosocial ($P = 0.04$) y mayor severidad de los

síntomas depresivos ($P = 0.004$). La comorbilidad en el TDM de los adolescentes es hasta del 90 % y repercute en la severidad del mismo y en el funcionamiento psicosocial.

Palabras clave: Comorbilidad, depresión, adolescente, funcionamiento psicosocial.

Introducción

Los adolescentes no están exentos de psicopatología, se sabe que la presencia de un trastorno psiquiátrico en edades tempranas puede ser un gran tropiezo para el desarrollo del individuo. En la población abierta, hasta el 20 % de los adolescentes presentan por lo menos un trastorno psiquiátrico. Entre los más comunes se encuentran: el trastorno de conducta (TC), el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), los trastornos de ansiedad (TA) y los trastornos depresivos, como el trastorno distímico (TD) y el trastorno depresivo mayor (TDM) (16). El TDM es particularmente importante, ya que puede convertirse en crónico o recurrente, afectando el funcionamiento y las relaciones interpersonales del individuo, o ser precursor de otros trastornos efectivos, como el trastorno bipolar (TB) (8,12,22).

Diferentes estudios epidemiológicos han descrito una prevalencia del TDM de 0.4 % a 8.3 % entre los adolescentes (9) y en poblaciones clínicas se ha encontrado entre el 27% y el 40% (7). De acuerdo al sexo, la frecuencia es similar en los niños, y cambia en los adolescentes en una relación de 2:1 con mayor prevalencia en las mujeres.

Entre las posibles causas de la aparición del TDM en los adolescentes se encuentran los factores biológicos (adrenarquia), los psicológicos (baja autoestima) y los ambientales (mal ambiente familiar) (9).

En cuanto a su presentación clínica, aunque la taxonomía actual considera que el TDM en los adolescentes se asemeja por sus síntomas al que presentan los adultos, la comorbilidad es mucho más frecuente en los adolescentes, y se asocia con un mayor número de episodios depresivos, más búsqueda de tratamiento y mayor frecuencia de intentos suicidas (29). La comorbilidad tiene una presentación diferente de acuerdo al sexo de los adolescentes; se ha encontrado mayor comorbilidad con trastornos internalizados, como el TD y los TA en mujeres, mientras que en los hombres, la comorbilidad es mayor con trastornos externalizados como el TDAH, el trastorno desafiante oposicionista (TDO) y el TC. La presencia de TDM

*Clínica de Adolescentes. Instituto Mexicano de Psiquiatría, Calz. México-Xochimilco 101 San Lorenzo Huipulco. México, D.F. adolesc@imp.edu.mx

** Investigador Asociado. Instituto Mexicano de Psiquiatría.

[†] Research Fellow, Division of Child's Adolescent Psychiatry. University of Pittsburgh, PA. USA.

sin comorbilidad es más frecuente en mujeres (25). La comorbilidad aumenta la severidad del TDM y deteriora el funcionamiento familiar, escolar y social del adolescente, influyendo también en una menor respuesta al tratamiento farmacológico.

La determinación de la prevalencia del TDM y de sus patrones de comorbilidad permite conocer los factores que inciden en la severidad y en el funcionamiento del individuo, y nos orienta sobre las mejores opciones terapéuticas para el adolescente. La presencia de un trastorno psiquiátrico comórbido en los adolescentes deprimidos parece ser más la regla que la excepción para esta población.

Los objetivos de este estudio fueron determinar la prevalencia del TDM en una población clínica de adolescentes por medio de una entrevista semiestructurada; además establecer el número y tipo de trastornos psiquiátricos comórbidos y determinar la relación entre la severidad de la sintomatología, el deterioro del funcionamiento psicosocial y los diferentes tipos de comorbilidad del TDM.

Método

Características de la muestra

La muestra estuvo compuesta por adolescentes de 13 a 19 años, provenientes de una población urbana, nivel socioeconómico medio y bajo en su mayoría, cuyo promedio de edad era de 16.5 (± 1.8) años y la escolaridad promedio de 10 (± 1.5) años; todos hablaban fluidamente el español. Fueron enviados a la Clínica de Adolescentes del Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP) durante el período de marzo de 1997 a enero de 1998; todos fueron evaluados por medio de una entrevista diagnóstica semiestructurada (N=129), y se evaluó también el funcionamiento psicosocial y la severidad de los síntomas depresivos.

Instrumentos

Los diagnósticos psiquiátricos se integraron utilizando la Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA) (14). Esta entrevista se construyó de acuerdo con los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana en su cuarta edición (DSM IV). La ESA está integrada por cuatro partes: la primera corresponde a los datos de identificación general del adolescente y su padecimiento actual; en la segunda, se explora propositivamente síntoma por síntoma de las diferentes psicopatologías, en la tercera se interroga al padre sobre los antecedentes generales del paciente, y en la cuarta se abordan los apartados de desarrollo sexual, abuso físico o sexual, consumo de alcohol y drogas y evaluación del funcionamiento psicosocial. La ESA abarca 17 categorías diagnósticas entre las que se incluyen los principales diagnósticos internalizados y externalizados, además de otros padecimientos, como la esquizofrenia, el trastorno bipolar, los

tics, etc. Los coeficientes Kappa para la confiabilidad interevaluador de las principales categorías diagnósticas con este instrumento son: TDM 0.92, TD 0.81, TDAH 0.75, TC 0.97 y abuso de alcohol y drogas (AAD) 0.90. Los coeficientes de correlación Kappa para la confiabilidad temporal de las principales categorías diagnósticas son: TDM 0.59, TD 0.40, TDAH 0.78, TC 0.85 y AAD 0.65.

El funcionamiento psicosocial se evaluó por medio de la versión traducida y adaptada de la subescala de funcionamiento del *Longitudinal Interval Follow-Up Evaluation* (LIFE) (17,26), llamada LIFE-MEX. Este instrumento comprende 12 reactivos que indican la valoración que el paciente refiere al momento de la entrevista en áreas como trabajo, relaciones interpersonales dentro y fuera de la familia, funcionamiento sexual, recreación, y satisfacción global. Los reactivos pueden ser calificados del 1 al 5, considerándose la calificación inferior como buen funcionamiento y la superior como malo. Se indica el promedio de las puntuaciones de los reactivos aplicables y se obtiene un índice LIFE-MEX (14).

La severidad de los síntomas depresivos fue evaluada por medio de la Escala de Birlson para el TDM en la Adolescencia. Esta escala se diseñó para medir la depresión de moderada a severa en niños de 8 a 14 años, y es un instrumento confiable para usarlo en adolescentes (13). Está construida como una escala autoaplicable tipo Lickert que consta de dieciocho reactivos que puntúan del 0 al 2 o del 2 al 0; la máxima calificación que se obtiene es de treinta y seis. La Escala de Birlson discrimina en forma significativa a los sujetos deprimidos de los no deprimidos, considerando 14 como punto de corte con máxima estabilidad para la especificidad y sensibilidad (13).

El procedimiento de evaluación

Los pacientes fueron enviados del servicio de preconsulta a la Clínica de Adolescentes, en la consulta externa del IMP. La aplicación de la ESA la llevaron a cabo evaluadores previamente entrenados, que no eran familiares de los pacientes y eran ciegos a los diagnósticos que se les habían asignado en su valoración preliminar de preconsulta. Los diagnósticos de la ESA se consideraban positivos cuando reunían los criterios diagnósticos del DSM-IV en forma inequívoca. Para cada diagnóstico se registró la edad de inicio y la duración de los síntomas, el número de episodios y el tratamiento establecido. Los padres confirmaban o ampliaban la información dada por los adolescentes cuando así se requería; también aportaban datos demográficos, perinatales y del desarrollo, así como los antecedentes patológicos de los pacientes o de sus familiares. El mismo día de la entrevista los pacientes contestaban la Escala de Birlson, la cual calificó el mismo clínico que aplicó la ESA.

Análisis estadístico

Se utilizó la prueba T de Student para establecer las diferencias entre las variables continuas, y la prueba Chi cuadrada para

las variables categóricas, así como el análisis de varianza univariado para grupos independientes, y la correlación bivariada para las variables continuas. Los valores se consideraban significativos cuando eran <0.05 .

Resultados

Características de la población

La prevalencia del TDM como diagnóstico principal fue del 38%, ya que estuvo presente en 50 de los 129 pacientes. De esta muestra de cincuenta adolescentes, 27 (54%) eran mujeres y 23 (46%) hombres. La calificación promedio en la Escala de Birleson fue de 17.58 (± 5.3) puntos, correspondiendo a la depresión de moderada a grave, y la de la Escala LIFE-MEX de 2.97 (± 0.6), considerándose como funcionamiento regular.

Diagnósticos comórbidos

En el cuadro 1 se presentan el número y el porcentaje de pacientes que mostraron trastornos comórbidos, incluyendo a aquellos que sólo fueron diagnosticados con TDM. El 90% de los adolescentes deprimidos presentó por lo menos un diagnóstico comórbido y 70% presentó dos o más diagnósticos comórbidos.

CUADRO 1
Número de diagnósticos comórbidos

Número de diagnósticos comórbidos	Frecuencia N (%)
Sin comorbilidad	5 (10)
Un diagnóstico comórbido	45 (90)
Dos diagnósticos comórbidos	35 (70)
Tres diagnósticos comórbidos	20 (40)
Cuatro diagnósticos comórbidos	10 (20)
Cinco diagnósticos comórbidos	3 (6)

Como se observa en la cuadro 2, el TDAH fue el diagnóstico comórbido encontrado con más frecuencia ($N = 27$, 54%), con un claro predominio entre los hombres, ya que se encontró en 19 hombres y 8 mujeres; esta diferencia de género fue estadísticamente significativa ($p = .0001$).

La comparación entre los grupos diagnósticos y su nivel de escolaridad mostró que los sujetos comórbidos con TDAH presentaban menor escolaridad ($t = 2.22$, $gi = 68$, $p = .03$).

CUADRO 2
Diagnósticos comórbidos por frecuencia

Diagnóstico	Frecuencia N (%)
TDAH	27 (54)
TD	20 (40)
TC	19 (38)
TDO	9 (18)
Tx por crisis de angustia	6 (12)
Tx de ansiedad por separación	1 (2)
Abuso de sustancias	2 (4)
Dependencia de sustancias	2 (4)
Tx por tics	1 (2)
Enuresis	1 (2)

Como se muestra en el cuadro 3, la severidad del TDM aumentó en forma significativa en los pacientes comórbidos con TD, calificada por medio de la Escala de Birleson (20.15, $t = 3.06$, $gi = 46$, $p = 0.004$). Estos pacientes también presentaron puntuaciones mayores en el LIFE-MEX (3.16, $t = 2.10$, $gi = 48.0$, $p = 0.04$), lo que significa que tenían peor funcionamiento psicosocial, como se muestra en el cuadro 4.

CUADRO 3
Calificación del Birleson en los diferentes diagnósticos comórbidos

Diagnóstico comórbido	N	Calificación de Birleson	t	p
TD	2	20.15	-3.06	0.004
TC	19	17.77	-0.19	0.847
TDO	9	15.75	1.07	0.292
DAH	27	17.96	-0.51	0.615
Tx de ansiedad por separación	11	19.2	-1.08	0.286
Tx por crisis de angustia	6	20.3	-1.36	0.180

CUADRO 4
Calificación del LIFE en los diferentes
diagnósticos comórbidos

<i>Diagnóstico comórbido</i>	<i>N</i>	<i>Calificación de LIFE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
D	20	3.16	-2.10	0.04
TC	19	3.10	-1.40	0.168
TDO	9	2.72	1.45	0.155
TDAH	27	2.91	0.66	0.514
Tx por ansiedad de separación	11	2.92	0.27	0.789
Tx por crisis de angustia	6	2.94	0.10	0.919

Discusión

La prevalencia encontrada del TDM 38% fue muy similar al 40% reportado por otros estudios en poblaciones clínicas (7). En general, estos pacientes presentaban depresión leve a moderada, pero su funcionamiento psicosocial, de acuerdo con las apreciaciones que ellos mismos hacían para cada área, y que se reflejó en la calificación promedio del LIFE-MEX, no era bueno. Esto pudiera reflejar el impacto del TDM sobre el funcionamiento, como lo mencionan Rohde y colaboradores (28).

Nuestros resultados señalan al TDM como un padecimiento con una alta comorbilidad, ya que solamente 10% de la muestra de sujetos deprimidos tenían un sólo diagnóstico, es decir, no tenían comorbilidad con otra psicopatología. Estos datos corroboran los existentes en la bibliografía, en la que 90% de los pacientes estudiados presentaba por lo menos un trastorno comórbido (7,21).

En forma similar a otros estudios (7,21), los trastornos comórbidos más frecuentes en nuestra población fueron el

TDAH, el TD, el TC, el TDO y los TA. Los individuos comórbidos con TDAH tenían menor escolaridad que el resto de la población, lo que podría ser un indicador indirecto del funcionamiento escolar. Resulta interesante destacar que en la bibliografía internacional, la comorbilidad que más se menciona para el TDM son los trastornos externalizados, que van del 15% al 75% en poblaciones cultural y regionalmente diferentes de esta muestra clínica de la Ciudad de México.

En cuanto al impacto de la comorbilidad sobre la severidad del TDM, aunque algunos autores no encontraron que fuera mayor la severidad del TDM comórbido (29), nuestros hallazgos confirman lo descrito por Lewinsohn y Kovacs (19, 24), ya que en nuestra muestr.-a la presencia de la llamada «depresión doble» (TDM + TD) empeoró la severidad del TDM y el funcionamiento psicosocial de los adolescentes. Aunque no fue estadísticamente significativa la existencia de una correlación positiva entre la calificación de la Escala de Birleson y la del LIFE-MEX, sugiere que la severidad empeora el funcionamiento de los sujetos comórbidos con TD. Los estudios naturalísticos de Kovacs han demostrado que la recuperación de un TD sólo ocurre después de varios años (22), por lo que esta cronicidad podría relacionarse con el mal funcionamiento general de los sujetos.

En futuros estudios longitudinales para nuestra población podrá evaluarse si un diagnóstico constituye un factor de riesgo para que aparezca otro, se podrá comparar el funcionamiento con el de los pacientes no deprimidos, así como establecer las diferencias debidas a la presencia del TDM.

En conclusión, la presencia del TDM en adolescentes está asociada a otro trastorno psiquiátrico, que debe buscarse y tratarse al mismo tiempo a fin de evitar que se deteriore el funcionamiento del sujeto o se exponga a padecer trastornos depresivos recurrentes que alteren en forma definitiva su desarrollo. La comorbilidad con el TD presenta síntomas depresivos más severos y peor funcionamiento psicosocial.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Tercera edición revisada (DSMIII-R). Washington, 1994.
2. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Cuarta edición. Washington, 1994.
3. ANGOLD A: Childhood and adolescent depression II: Research in clinical populations. *Br J Psychiatry*, 153:476-492, 1988.
4. ANGOLD A, COSTELLO E: Depressive comorbidity in children and adolescents: Empirical, theoretical, and methodological issues. *Am J Psychiatry*, 150:1779-1791, 1993.
5. BIEDERMAN J, FARAONE S, MICK E, MOORE y cols.: Child behavior checklist findings further support comorbidity between ADHD and major depression in a referred sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35:734-742, 1996.
6. BIEDERMAN J, NEWCORN J, SPRICH S: Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *Am J Psychiatry*, 148:564-577, 1991.
7. BIEDERMAN J, FARAONE S, MICK E, LELON E: Psychiatric comorbidity among referred juveniles with major depression: Fact or artifact? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34:570-590 1995.
8. BIEDERMAN J, MILBERGER S, FARAONE SV y cols.: Impact of adversity on functioning and comorbidity in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34:1495-1503, 1995.
9. BIRMAHER B, RYAN N, WILLIAMSON D y cols.: Childhood and adolescent/depression: A review of the past 10 years.

- Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35:1427-1439, 1996.
10. BOULOS C, KUTCHER S, MARTON y cols.: Response to desipramine treatment in adolescent major depression. *Psychopharmacology Bull*, 27:59-65, 1991.
 11. CHAMBERS WJ, PUIG-ANTICH J, HIRSCH M y cols.: The assessment of affective disorders in children and adolescents by semistructured interview. *Arch Gen Psychiatry*, 42:696-702, 1985.
 12. COFFEY B: *Psychopharmacology for Childhood Affective - Disorders*. Psychiatric & Mental Health Congress, Los Angeles, 1996.
 13. DE LA PEÑA F y cols.: Traducción al español y validez de la Escala de Birlson para el Trastorno Depresivo Mayor en la Adolescencia. *Salud Mental*, 16 (supl oct): 17-23, 1996.
 14. DE LA PEÑA F, BERLANGA C, LARA C, PATIÑO M, ULLOA RE, CRUZ E: Confiabilidad Interevaluador de una Entrevista Diagnóstica para Adolescentes. *Rev Fac Med, UNAM*, 39(supl I):16, 1996.
 15. DUPAUL G, BARKLEY R, McMURRAY M: Response of children with ADHD to methylphenidate: interaction with internalizing symptoms. *J Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33: 894-903, 1994.
 16. KASHANI J, BECK N, HOEPNER E y cols.: Psychiatric disorders in a community sample of adolescents. *Am J Psychiatry*, 144:584-589, 1987.
 17. KELLER D, LAVORI P, FRI TD, MAN B y cols.: The longitudinal interval follow-up evaluation: A comprehensive method for assessing outcome in prospective longitudinal studies. *Arch Gen Psychiatry*, 44:540-548, 1987.
 18. KOUTCHER S, BOULOS C, WARD B y cols.: Response to desipramine treatment in adolescent depression: a fixed dose, placebo-controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33:686-694, 1994.
 19. KOVACS M, FEINBERG TL, CROUSE-NOVAC MA y cols. Depressive disorders in Childhood II. A longitudinal study of the risk for a subsequent major depression. *Arch Gen Psychiatry*, 41:643-649, 1984.
 20. KOVACS M, FEINBERG TL, CROUSE-NOVAC MA y cols.: Depressive disorders in Childhood I: A longitudinal prospective study of characteristics and recovery. *Arch Gen Psychiatry*, 41:229-237, 1984.
 21. KOVACS M, GATSONIS C, PAULASKAS SL y cols.: Depressive disorders in Childhood IV. A longitudinal study of comorbidity with and risk for anxiety disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 46:776-782, 1989.
 22. KOVACS M, AKISKAL S, GATSONIS C y cols.: Childhood-onset dysthymic disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 51:365374, 1994.
 23. LEVY J, DEYKIN E: Suicidality, depression, and substance abuse in adolescence. *Am J Psychiatry*, 146:1462-1467, 1989.
 24. LEWINSOHN PM, ROHDE P y cols.: Comorbidity of unipolar depression: I major depression with dysthymia. *J Abnormal Psychol*, 100:205-213, 1991.
 25. LEWINSOHN PM, ROHDE P, SEELEY J: Adolescent psychopathology III; The clinical consequences of comorbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34:510519, 1995.
 26. RAO U, RYAN N, BIRMAHER B y cols.: Unipolar depression in adolescents: clinical outcome in adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34:566-578 1995.
 27. REY J, MORRIS-YATES A, SINGH M y cols.: Continuities between psychiatric disorders in adolescents and personality disorders in young adults. *Am J Psychiatry*, 152:895-900, 1995.
 28. ROHDE P, LEWINSOHN P, SEELEY J: Are adolescents changed by an episode of major depression? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33:1289-1298, 1994.
 29. ROHDE P, LEWINSOHN P, SEELEY J: Comorbidity of unipolar depression: II. Comorbidity with other mental disorders in adolescents and adults. *J Abnormal Psychology*, 100:214-222, 1991.
 30. RUSSELL S, TANNOCK R: Test of four hypotheses for the comorbidity of attention-deficit hyperactivity disorder and conduct disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34:639-648, 1995.
 31. WELLER E, WELLER D: *Mood Disorders. Lewis Child and Adolescent Psychiatry*. A Comprehensive Textbook, Baltimore, 1991.