



Boletín Médico del Hospital Infantil de México

www.elsevier.es/bmhim



SALUD PÚBLICA

Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica



Catalina González-Forteza^a, Alicia Edith Hermsillo de la Torre^b,
María de los Ángeles Vacio-Muro^b, Robert Peralta^c y Fernando A. Wagner^{d,*}

^a Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales, Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente, México D.F., México

^b Departamento de Psicología, Universidad Autónoma de Aguascalientes, Aguascalientes, México

^c The University of Akron. Department of Sociology. Akron, Ohio, USA

^d Morgan State University. Prevention Sciences Research Center & School of Community Health and Policy. Baltimore, Maryland, USA

Recibido el 18 de marzo de 2015; aceptado el 9 de abril de 2015

Disponible en Internet el 3 de julio de 2015

PALABRAS CLAVE

Adolescentes;
Depresión;
Epidemiología;
Prevención;
Salud pública

Resumen La depresión constituye un grave problema de salud pública que requiere mayor y mejor atención. En el presente ensayo revisamos el panorama epidemiológico de la depresión en adolescentes de México y discutimos algunas estrategias para su detección temprana y atención oportuna.

La sintomatología depresiva es prevalente en jóvenes y adultos en México, como en muchos otros países, con una mayor proporción de casos entre las mujeres. Los jóvenes en condiciones socio-urbanas más conflictivas muestran tasas más elevadas de depresión.

Si bien los trastornos depresivos son más prevalentes en las mujeres, en los hombres sus consecuencias pueden tener repercusiones de gravedad aún mayores que en las mujeres. El estigma hacia la depresión en los hombres puede conducir a que se intente enmascarar los síntomas mediante conductas de alto riesgo. Las mujeres tienen mayores tasas de intento de suicidio, pero en los hombres los intentos son más letales. Las tasas de suicidio consumado en varones son más altas en la mayoría de los países del mundo, y México no es la excepción. Pese a las barreras y escasos recursos en las instituciones de salud y educación, será necesario continuar desarrollando alternativas que permitan una mejor atención de la problemática de salud mental en la población joven, aun cuando sus necesidades no puedan ser expresadas directamente o que los motivos de consulta sean "otros", frecuentemente enmascarados por conductas problemáticas, como la violencia y las adicciones, entre otras.

© 2015 Publicado por Masson Doyma México S.A. en nombre de Hospital Infantil de México Federico Gómez. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fernando.wagner@morgan.edu (F.A. Wagner).

KEYWORDS

Adolescents;
Depression;
Epidemiology;
Prevention;
Public health

Depression among adolescents. A hidden problem for public health and clinical practice

Abstract Depression is an important public health problem that requires more and better attention. In the present work we review epidemiologic studies of depression among adolescents in Mexico and discuss strategies that may help in earlier identification and referral of potential cases for timely care.

In summary, depressive symptoms are prevalent among adolescents and adults in Mexico as in many other countries, with a higher ratio of female cases. Young people experiencing the most challenging socio-urban situations have higher rates of depression.

Even though depressive disorders are more prevalent among females, consequences may be even worse for males. The authors posit that, among males, stigma attached to depression might lead to attempts to hide depressive symptoms by masking them through high-risk behaviors (e.g., alcohol, drug use, and violence, among others). Women may have higher rates of suicide attempts, but the case-fatality rate of suicide attempts is higher among males.

Despite of barriers and resource scarcity among healthcare and educational institutions, it is necessary to continue to develop alternatives that will lead to better attention of mental health issues among the youth, even when their mental health needs are not expressed directly or their chief complaints are in regard to "other" health issues.

© 2015 Published by Masson Doyma México S.A. on behalf of Hospital Infantil de México Federico Gómez. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

1. ¿Qué es la depresión?

Los trastornos comúnmente denominados depresivos incluyen un conjunto de entidades clínicas relacionadas con problemas de mayor o menor intensidad y duración, tales como el episodio de depresión mayor (EDM) y la distimia (D) que, de acuerdo con el DSM-5, son trastornos del estado de ánimo. Se refieren a síndromes conformados por diferentes patrones comportamentales de significación clínica que no obedecen a respuestas convencionales, y cuya característica singular se centra en una alteración del humor asociada al malestar y discapacidad, así como al riesgo de perder la vida, sufrir dolor o perder la libertad^{1,2}.

De este modo, dichos trastornos se caracterizan por su impacto en el estado de ánimo y el afecto de las personas, ligados con cambios o problemas en otras esferas de la vida, como apetito, fatiga, sueño, dificultades cognitivas, culpa excesiva e ideación suicida, entre otras. Si bien las investigaciones científicas ofrecen nuevos elementos para comprender mejor la etiología de los trastornos depresivos, aún quedan preguntas fundamentales por resolver. Por ejemplo, algunos estudios identifican factores individuales, tales como la carga genética, traumatismos psíquicos y/o accidentes vasculares³⁻⁵, mientras que otros subrayan la importancia de factores psicosociales, como los eventos de vida y las crisis económicas y políticas, entre otros⁶⁻⁹; o bien, la interacción de diversos factores de manera compleja y que difícilmente pueden ser resueltos con abordajes exclusivamente enfocados en el individuo¹⁰⁻¹². Las marcadas diferencias en la incidencia de los trastornos depresivos entre países y regiones hacen ver que estos, como muchos otros problemas de salud, no se distribuyen de manera aleatoria⁹. La relativa escasez de conocimientos no significa que necesariamente el planteamiento sea inadecuado, sino únicamente la necesidad de seguir desarrollando

métodos e investigaciones que permitan refutar o esclarecer la etiología del problema.

Esta discusión es importante, pues impacta de manera específica en lo que se refiere a la identificación y atención de la depresión en la población adolescente. Por ejemplo, un estudio reciente encontró diferencias importantes en los síntomas de depresión entre adolescentes y adultos mayores, con mayores tasas de ideación suicida entre los adolescentes y mayores tasas de síntomas somáticos en los adultos mayores⁵. Sin embargo, más allá de las manifestaciones particulares que todavía están por ser mejor comprendidas, la depresión constituye un grave problema de salud pública por su impacto en las personas y en la sociedad, que requiere mayor y mejor atención. En el presente ensayo se revisa el panorama epidemiológico de la depresión en adolescentes de México y se discuten algunas de sus características e impacto. La literatura tiende a analizar con mayor detalle la depresión entre mujeres adultas y niñas, por lo que en el presente trabajo la atención acerca del problema se centra en los hombres adolescentes y en las diferencias con las mujeres.

2. Determinantes socio-estructurales de la salud

La distribución del ingreso, las políticas públicas, la inversión en educación y salud son ejemplos de factores sociales estructurales que afectan la salud de las poblaciones. La salud y la enfermedad no se distribuyen aleatoriamente entre la población, sino de acuerdo con diversos factores individuales, familiares y sociales¹³. Ahora bien, más allá de la importancia de las conductas individuales orientadas a la protección de la salud y la vida, diversos reportes compilados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) llegaron

a la conclusión de que existen factores estructurales que, en última instancia, determinan la situación de la salud de las poblaciones¹⁴. Aun cuando la higiene personal y los conocimientos en salud tienen una importancia fundamental en el bienestar individual, lo cierto es que los llamados determinantes socio-estructurales de la salud gobiernan la mayor parte de las situaciones en salud en lo que a poblaciones se refiere. Las transiciones epidemiológicas dan cuenta de cómo los factores socio-históricos impactan los perfiles sanitarios de las poblaciones^{15,16}.

Por ejemplo, considérense los datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares que realizó el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en 2010,¹⁷ de los cuales el periodista e investigador Lorenzo Meyer destaca que en México el 20% más rico recibió el 50.1% de todo el ingreso nacional, en tanto que el 20% más pobre recibió únicamente el 5%, o sea, la décima parte. Esta disparidad en la distribución de los ingresos se puede comprender más fácilmente si se considera que en 2009 la parte del ingreso nacional para los asalariados fue el 32.5%, en tanto que las utilidades de las empresas representaron el 68.2%¹⁸. Estas marcadas desigualdades son importantes en sí mismas pues afectan de manera directa las oportunidades y acceso a vivienda, alimentos, educación, así como a los servicios de salud, lo que no solamente impacta a la población adulta sino también a los niños, adolescentes, jóvenes y adultos mayores, y genera un ambiente social inadecuado para las necesidades de la población en general. Por ejemplo, datos reportados por el periodista Ricardo Rocha muestran que más de 7 millones de jóvenes en México ni estudian ni trabajan. Llama la atención el marcado incremento de la tasa de delincuencia juvenil y encarcelamiento en los últimos años, contrastando que "...a nuestros jóvenes les cerramos las escuelas por falta de cupo, pero les abrimos las cárceles pese al sobrecupo"¹⁹.

Este es el contexto macrosocial en el que los trastornos emocionales ocurren en México que, como veremos, tiene consecuencias específicas en todos los ámbitos de la vida.

3. Epidemiología de la depresión en México

Entre 2001 y 2002 se llevó a cabo la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), que es representativa de la población urbana entre 18 y 65 años de edad²⁰. Se le entrevistó en sus hogares con el Composite International Diagnostic Interview (CIDI), el cual es un instrumento diagnóstico computarizado alineado con los criterios de la OMS y de la Asociación Psiquiátrica Americana establecidos en el DSM-IV^{1,21,22}. Los resultados indicaron que la prevalencia del EDM alguna vez en la vida fue del 7.2%, con una proporción de 2 mujeres por cada hombre (9.8% y 4.4%, respectivamente). Los análisis para identificar la edad de inicio de este trastorno mostraron que el 2% de la población adulta mexicana había padecido un EDM durante la infancia y/o la adolescencia, con un predominio mayor de mujeres de casi 3:1 (2.8% y 1.1%, respectivamente). Visto desde otro ángulo, entre toda la población adulta que ha padecido un EDM alguna vez en su vida, el 27.5% lo tuvo antes de los 18 años de edad. Cabe señalar que la probabilidad de tener un siguiente EDM fue 1.8 veces mayor entre quienes iniciaron en la niñez o la adolescencia. Las personas con EDM

temprano tuvieron el doble de episodios a lo largo de su vida en comparación con quienes su inicio fue en la adultez (6.8 vs 3.1 episodios, respectivamente). Es obvio que si las personas recibieran tratamiento en su primer EDM, sería menos probable que padecieran otro. De hecho, los resultados de la ENEP mostraron que la mayor cronicidad de la depresión con inicio temprano se debió a la falta de detección temprana y tratamiento oportuno, y no solo por haberse iniciado en la infancia o la adolescencia.

En 2005 se llevó a cabo la Encuesta de Salud Mental en Adolescentes de la Ciudad de México, con el mismo método que la ENEP. La prevalencia de EDM durante el último año en los adolescentes fue del 4.8%²³, mayor a la reportada por la ENEP en adultos: el 1.1% en hombres y el 2.8% en mujeres. Por otro lado, la prevalencia del conjunto de los trastornos de ánimo (TA) en los adolescentes durante el último año fue del 7.8%²³. Al analizar esta información según la ocupación de los adolescentes (estudia y/o trabaja, o ninguna¹⁰), se observó que la prevalencia de los TA fue menor en quienes solo estudiaban (5.5%), y fue aumentando en quienes estudiaban y trabajaban (10.1%), en quienes solo trabajaban (11.3%), y aún mayor entre quienes no estudiaban ni trabajaban (13.3%).

Como se ha observado, los datos hasta aquí reportados han derivado del instrumento diagnóstico CIDI, cuyo modo de aplicación es mediante una entrevista en formato computarizado, y cuyo personal requiere haber sido capacitado y certificado previamente. Ello elimina ciertos sesgos que afectaron investigaciones previas.

A continuación se presenta una revisión de los resultados obtenidos en una población de adolescentes en México con la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)²⁴. Este es un instrumento de tamizaje originalmente diseñado para detectar probables casos de depresión en población adulta, que actualmente es utilizado en diversas poblaciones de varias partes del mundo. Como instrumento de tamizaje es económico en material y tiempo de aplicación (consta de 20 reactivos) y es autoadministrable, además de que permite detectar sintomatología depresiva elevada o malestar depresivo.

Un primer estudio realizado en México, en 1999, con estudiantes de secundaria de 12 a 15 años de edad, aplicando la CES-D²⁴, permitió identificar una prevalencia del 16.3% de sintomatología depresiva elevada ('malestar depresivo', de acuerdo con la definición conceptual de Angold⁶, y cuyo punto de corte se establece para cada sexo de acuerdo con la media más desviación estándar), con una proporción ligeramente mayor en las mujeres (18.2%), que en los varones (14.4%)²⁵.

Posteriormente, se realizaron otros estudios con dos cohortes (2002 y 2006), también con estudiantes de secundaria entre 12 y 15 años de edad en el Centro Histórico de la Ciudad de México, aplicando la versión revisada de la CES-D (CES-D-R²⁶), otro instrumento de tamizaje que incorporó 15 reactivos adicionales a la versión original de la CES-D y extendió el tiempo de evaluación a dos semanas, a fin de evaluar conforme a los criterios diagnósticos del EDM establecidos en el DSM-IV mediante un algoritmo computarizado. Los resultados obtenidos indicaron que el 8.2% de los estudiantes cursaba con un probable EDM, con predominio de las mujeres en proporción de 5 a 1 (13.5% y 3.8%, respectivamente). Las categorías de "altamente probable EDM" y

“probable EDM” conjuntaron el 12.3% global, con una proporción cercana a 1:1 entre mujeres y hombres (12.9% y 11.7%, respectivamente). La categoría de “depresión subclínica” se identificó en casi la tercera parte de la población escolar, en el 31.5%, y una prevalencia del 36.6% para las mujeres y del 27.3% en los varones. Esto puso de manifiesto síntomas notorios de depresión que no rebasaron el umbral clínico necesario para establecer un diagnóstico de EDM, pero que indicaron la presencia de problemas emocionales de importancia que requieren prevención.

Al analizar, en conjunto, la información de estudiantes de secundaria en planteles distribuidos por el estado de Michoacán y del Centro Histórico de la Ciudad de México, se observó que la prevalencia de síntomas clínicos de EDM fue del 12.4%, con predominio en las mujeres del 17.8% y en los hombres del 7.7%. La prevalencia de estudiantes con síntomas en el umbral subclínico que requirieron un tipo de atención preventiva fue de poco más de la cuarta parte de la población escolar (con el 27.3%), y en proporción cercana de 1:1 entre hombres y mujeres (con el 28.5% y el 25.9%, respectivamente)²⁷.

En una encuesta con estudiantes de bachillerato, en el estado de Sonora, se identificó una prevalencia de malestar depresivo del 10.5%, con una proporción de 2 mujeres por cada varón (13.6% y 6.4%, respectivamente)²⁸.

Para abundar en los datos, la [Tabla 1](#) ofrece una síntesis de las características y resultados de diversos estudios mediante el uso de la CIDI y del CES-D/CES-D-R. En resumen, la problemática depresiva se presenta en jóvenes y adultos, y en México, como en muchos otros países, con una mayor proporción de casos entre las mujeres. Los jóvenes en condiciones socio-urbanas más conflictivas muestran tasas más elevadas de depresión.

4. Implicaciones de la depresión entre los adolescentes

El EDM puede presentarse con otros trastornos. Quienes lo padecieron en la niñez y/o adolescencia tuvieron mayor probabilidad de presentar agorafobia, fobia social, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y dependencia a las drogas, en comparación con los deprimidos con inicio en la etapa adulta. Además, quienes padecieron depresión desde edades tempranas, tuvieron el 50% más probabilidades de haber intentado suicidarse²⁹.

Ahora bien, es importante entender las diferencias en las tasas de depresión por sexo. El sexo, en sentido biológico, es distinto que el género, que corresponde más bien a la socialización del rol y se refiere a las conductas, actitudes, emociones, conocimientos y valores socialmente definidos y, en ese sentido, a los estereotipos que definen la masculinidad y la femineidad. Por ejemplo, el rol social masculino se asocia con conductas instrumentales (expresar enojo, pero no tristeza) mientras que en las mujeres se asocia con aspectos emocionales (expresar tristeza, pero no enojo). Una de las áreas de gran interés contemporáneo es cómo se intersectan las características de sexo biológico con el rol socializado de género, ya sea exacerbando o mitigando el riesgo de depresión y sus síntomas asociados.

Al respecto, el marco conceptual desarrollado por Raffaelli y Ontai³⁰, en el que incluyen nociones como

familismo, machismo y marianismo, podría resultar productivo para comprender el impacto de la intersección entre sexo biológico y género en el estudio de la depresión. El diferenciar los aspectos adaptativos de los maladaptativos con respecto al rol de género socializado podría ayudar a prevenir y tratar la sintomatología depresiva, ya que los aspectos ligados al rol de género son mucho más maleables que el sexo biológico. Por ejemplo, si bien los trastornos depresivos son más prevalentes en las mujeres, en los hombres sus consecuencias pueden tener repercusiones de gravedad aún mayor que en las mujeres. Considérese, entre otros factores, que el estigma hacia la depresión en hombres puede conducir a que se intenten ocultar o enmascarar los síntomas mediante conductas de alto riesgo, como involucrarse en actos violentos, temerarios, o de intento de suicidio, que si bien legitiman su ‘masculinidad’, lo hacen a un elevado costo. Es cierto que las mujeres tienen mayores tasas de intento de suicidio, pero también que en los hombres los intentos son más letales³¹.

La evidencia empírica señala, con relativa amplitud, que el sexo femenino es afectado de mayor manera por la depresión en cualquiera de sus manifestaciones. No obstante, vale la pena reflexionar si esta marcada diferencia se debe a cómo están contruidos los instrumentos de evaluación, tamizaje y diagnóstico. Es probable que la forma en la que se evalúan algunos de los componentes de la depresión lleve a subestimar las respuestas depresivas más típicas del género masculino. Un trabajo mostró que, ajustando por nivel de depresión, los adultos mayores tenían menos probabilidad de reportar síntomas de tristeza que las mujeres de la misma edad, aun por nivel de depresión³². Sin embargo, un trabajo más reciente no encontró evidencia de que la diferencia en las tasas de depresión por sexo fuesen debidas a que los hombres en general (no solo los adultos mayores) tengan menor probabilidad de reportar síntomas depresivos cuando los tienen³³. ¿Será que los hombres sienten menos tristeza? ¿Es que la depresión se expresa distinta por género, o que, como “buenos machos”, los hombres niegan sus dolores y se les dificulta reconocer su tristeza?

El hallazgo de que los trastornos del estado de ánimo son más frecuentes entre los adolescentes que no estudian ni trabajan subraya que la pertenencia a un rol ocupacional conlleva implicaciones en el estado emocional. Tomando en cuenta que en estas edades la ocupación de estudiante es la más predominante en zonas urbanas como la Ciudad de México, y que la condición adicional de trabajar o solo trabajar está estrechamente relacionada con la falta de recursos económicos, resulta que, en este orden de ideas, no estudiar ni trabajar pone en evidencia una problemática social que permea a lo emocional. Por ello, la responsabilidad corresponde tanto al sector salud como a los otros sectores que modulan también el desarrollo de los jóvenes y su entorno: el educativo, el de los medios masivos de comunicación, el laboral, y el legal, entre otros. Enfocar el problema desde múltiples sectores puede permitir ‘ver el panorama completo’ y con ello, los esfuerzos pueden resultar más fructíferos.

Mientras los adolescentes y jóvenes aún sean estudiantes, el sistema escolar se configura como un espacio de oportunidad para la promoción del bienestar, la detección temprana de los problemas de salud mental y su referencia oportuna a tratamiento. Sin embargo, resulta imprescindible la

Tabla 1 Estudios sobre depresión en adolescentes y estudiantes en México

Referencia	Población	Lugar	Año	Instrumento	Prevalencia		
González-Forteza y colaboradores, 2001 ²⁵	Estudiantes de secundaria	Centro Histórico de la Ciudad de México	1999	CES-D	Global	Hombres	Mujeres
					16.3%	14.4%	18.2%
Benjet y colaboradores, 2004 ²⁰	Adultos (18 a 65 años)	Población urbana nacional	2001-2002	CIDI	EDM: inicio en la adolescencia		
					Global	Hombres	Mujeres
					2.0%	1.1%	2.8%
González-Forteza y colaboradores, 2008 ²⁶	Estudiantes de secundaria	Centro Histórico de la Ciudad de México	2002 y 2006	CES-D-R	EDM		
					Global	Hombres	Mujeres
					8.2%	3.8%	13.5%
					Altamente probable EDM		
					8.0%	6.8%	9.4%
					Probable EDM		
					4.3%	4.9%	3.5%
					Depresión subclínica		
					31.5%	27.3%	36.6%
					No Depresión		
					48.0%	57.2%	37.0%
Benjet y colaboradores, 2009 ²³	Adolescentes (12 a 17 años)	Ciudad de México	2005	CIDI	Global últimos 12 meses		
					EDM		
					4.8%		
					Distimia		0.5%
					Bipolar		2.5%
					Cualquier TA		7.8%
Benjet y colaboradores, 2012 ¹⁰	Adolescentes (12 a 17 años)	Ciudad de México	2005	CIDI	Global últimos 12 meses		
					Cualquier TA		
					No estudia ni trabaja		
					13.3%		
					Solo trabaja		
					11.3%		
					Estudia y trabaja		
					10.1%		
					Solo estudia		
					5.5%		
Villatoro-Velázquez y colaboradores, 2010 ³⁵	Estudiantes de secundaria y bachillerato	Ciudad de México	2009	CES-D	Global	Hombres	Mujeres
					17.0%	12.5%	21.6%
					Secundaria	Bachillerato	
					16.6%	17.6%	
Cubillas-Rodríguez y colaboradores, 2012 ²⁸	Estudiantes de bachillerato	Estado de Sonora	2011	CES-D-R	Global	Hombres	Mujeres
					10.5%	6.4%	13.6%
González-Forteza y colaboradores, 2015 ²⁷	Estudiantes de secundaria	Estado de Michoacán y Ciudad de México	2010	CES-D-R	Sx Clín EDM		
					Global	Hombres	Mujeres
					12.4%	7.7%	17.8%
					Depresión subclínica		
					27.3%	28.5%	25.9%
					No depresión		
					60.3%	63.8%	56.3%

CES-D: Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos; CES-D-R: versión revisada de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos; CIDI: Composite International Diagnostic Interview; EDM: episodio depresivo mayor; Alt Prob EDM: Altamente Probable Episodio Depresivo Mayor; Prob EDM: Probable Episodio Depresivo Mayor; Depr Sub Clín: Depresión Subclínica; No Depr: No Depresión; Cualq T Ánimo: Cualquier Trastorno de Ánimo; Sx Clín EDM: Síntomas clínicos de Episodio Depresivo Mayor

conjunción de esfuerzos del sistema educativo y del sistema de salud para optimizar la calidad de vida de los estudiantes³⁴, al menos en una de las perspectivas, pues las escuelas insertas en su contexto social no pueden solas, y requieren del apoyo de los recursos responsables de la salvaguarda de las zonas circundantes y de la calidad socioeconómica de sus habitantes.

Cabe señalar que los niños y adolescentes no suelen buscar ayuda por sí mismos. En México, es requisito que estén acompañados de, al menos, el padre/madre o tutor(a) adulto para recibir atención en problemas de la salud, incluidos los emocionales. A diferencia de los trastornos de la

conducta o del déficit de atención con hiperactividad, que suelen provocar molestias a los padres de familia y/o a los maestros, los niños y adolescentes con trastornos depresivos muchas veces pasan desapercibidos. El reto es establecer sistemas de vigilancia epidemiológica para el monitoreo temprano de las necesidades de salud mental, y establecer campañas de atención oportuna y promoción y mantenimiento de la salud mental. Existe evidencia suficiente para considerar la pertinencia del uso de la CES-D para detectar sintomatología depresiva elevada/malestar depresivo, así como la CES-D-R como herramienta de tamizaje diagnóstico para la detección de probables casos de EDM dada

su adecuación y efectividad, además de ser instrumentos prácticos, económicos y de fácil aplicación.

También cabe considerar la pertinencia de incorporar cambios en algunas políticas de salud, para ampliar y facilitar el acceso inmediato a los hospitales, el seguimiento de casos, centros comunitarios, entre otros, para recibir tratamiento eficaz. Es aquí donde la colaboración multidisciplinaria y el trabajo interinstitucional podrán rendir los mayores frutos.

Como se mencionó anteriormente, las investigaciones epidemiológicas demuestran la presencia del problema en la población general. Es conocido también que la prevalencia es mayor en poblaciones con situaciones psicosociales desfavorables y entre los usuarios de los servicios de salud. Es decir, la problemática de la depresión se presenta en la práctica clínica en organizaciones como hospitales infantiles o clínicas de generales de salud. Pese a las tradicionales barreras y escasos recursos, será necesario continuar desarrollando alternativas que permitan una mejor atención de la problemática de salud mental en los pacientes, incluso cuando las necesidades no puedan ser expresadas directamente por ellos o que los motivos originales de consulta médica hayan sido otros, por ejemplo de tipo somático.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación

National Institute for Minority Health and Health Disparities de los Estados Unidos al Dr. Fernando A. Wagner por medio del *grant* R24 MD002803.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Al National Institute for Minority Health and Health Disparities de los Estados Unidos.

Referencias

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
- Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry*. 2010;197:378–85. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.110.080499>.
- Cruz-Fuentes CS, Benjet C, Martínez-Levy GA, Pérez-Molina A, Briones-Velasco M, Suárez-González J. BDNF Met66 modulates the cumulative effect of psychosocial childhood adversities on major depression in adolescents. *Brain Behav*. 2014;4:290–7. <http://dx.doi.org/10.1002/brb3.220>.
- Sánchez-García S, Juárez-Cedillo T, Gallegos-Carrillo K, Gallo JJ, Wagner FA, García-Peña C. Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la Ciudad de México. *Salud Ment*. 2012;35:71–7.
- Angold A. Childhood and adolescent depression. I. Epidemiological and aetiological aspects. *Br J Psychiatry*. 1988;152:601–17.
- Wang Y, Browne DC, Petras H, Stuart EA, Wagner FA, Lambert SF, et al. Depressed mood and the effect of two universal first grade preventive interventions on survival to the first tobacco cigarette smoked among urban youth. *Drug Alcohol Depend*. 2009;100:194–203. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2008.08.020>.
- Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, De Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*. 2007;6:168–76.
- Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, de Girolamo G, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med*. 2011;9:1–16.
- Benjet C, Hernández-Montoya D, Borges G, Méndez E, Medina-Mora ME, Aguilar-Gaxiola S. Youth who neither study nor work: mental health, education and employment. *Salud Publica Mex*. 2012;54:410–7.
- Wagner FA, González-Forteza C, Sánchez-García S, García-Peña C, Gallo JJ. Approaching depression as a public mental health problem in Mexico. *Salud Mental*. 2012;35:3–10.
- Berenzon S, Lara MA, Robles R, Medina-Mora ME. Depression: state of the art and the need for public policy and action plans in Mexico. *Salud Publica Mex*. 2013;55:74–80.
- Bronfenbrenner U. Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. *Dev Psychol*. 1986;22:723–42.
- World Health Organization. *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Geneva: World Health Organization; 2000.
- Omran AR. *The epidemiologic transition in the Americas*. Washington, DC: Pan American Health Organization; 1996. ID: pah-23068.
- Caselli G, Meslé F, Vallin J. Epidemiologic transition theory exceptions. *Genus*. 2002;58:9–51.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2010*. (acceso 10-02-2015). Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/36>
- Meyer L. En los detalles está el diablo... o Dios. *El Siglo de Torreón, Agenda Ciudadana*. México; febrero 21, 2013. (acceso 15-03-2015). Disponible en: <http://www.elsiglodetorreon.com.mx/noticia/842460.en-los-detalles-esta-el-diablo-o-dios.html>
- Rocha R. *Juvenicidio masivo*. El Universal, Editorial. México; septiembre 21, 2011.
- Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Zambrano-Ruiz J. Early onset depression: prevalence, course, and treatment seeking delay. *Salud Publica Mex*. 2004;46:417–24.
- Wittchen HU, Robins LN, Cottler LB, Sartorius N, Burke JD, Regier D. Cross-cultural feasibility, reliability and sources of

- variance in the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). The Multicentre WHO/ADAMHA Field Trials. *Br J Psychiatry*. 1991;159:645-53.
22. Andrews G, Peters L. The psychometric properties of the Composite International Diagnostic Interview. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1998;33:80-8.
 23. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Zambrano J, Aguilar-Gaxiola S. Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *J Child Psychol Psychiatry*. 2009;50:386-95.
 24. Radloff LS. The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas*. 1977;1:385-401.
 25. González-Forteza C, Ramos L, Vignau LE, Ramírez C. El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Salud Ment*. 2001;24:16-25.
 26. González-Forteza C, Jiménez-Tapia JA, Ramos-Lira L, Wagner FA. Application of the revised version of the Center of Epidemiological Studies Depression Scale in adolescent students from Mexico City. *Salud Publica Mex*. 2008;50:292-9.
 27. González-Forteza C, Rivera-Heredia ME, Jiménez-Tapia A, Wagner F. Depresión en estudiantes de la Ciudad de México y del Estado de Michoacán, usando la versión revisada de la CES-D. *Salud Ment*. 2015; (en prensa).
 28. Cubillas-Rodríguez MJ, Román-Pérez R, Valdez EA, Galaviz-Barreras AL. Depresión y comportamiento suicida en estudiantes de educación media superior en Sonora. *Salud Ment*. 2012;35:45-50.
 29. Borges G, Nock MK, Medina-Mora ME, Hwang I, Kessler RC. Psychiatric disorders, comorbidity, and suicidality in Mexico. *J Affect Disord*. 2010;124(1-2):98-107.
 30. Raffaelli M, Ontai LL. Gender socialization in Latino/a families: results from two retrospective studies. *Sex Roles*. 2004;50:287-99.
 31. Maris RW. Suicide. *Lancet*. 2002;360:319-26.
 32. Gallo JJ, Anthony JC, Muthén BO. Age differences in the symptoms of depression: a latent trait analysis. *J Gerontol*. 1994;49:251-64.
 33. Bogner HR, Gallo JJ. Are higher rates of depression in women accounted for by differential symptom reporting. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;39:126-32.
 34. González-Forteza C, Arana-Quezadas DS, Jiménez-Tapia JA. Problemática suicida en adolescentes y el contexto escolar: vinculación autogestiva con los servicios de salud mental. *Salud Ment*. 2008;31:23-7.
 35. Villatoro-Velázquez JA, Gaytán-Flores F, Moreno-López M, Gutiérrez-López ML, Oliva-Robles N, Bretón-Cirett M, et al. Tendencias del uso de drogas en la Ciudad de México: encuesta de estudiantes del 2009. *Salud Ment*. 2011;34:81-94.