

11241

Tesis de especialidad en psiquiatría

Título

Estudio comparativo de la historia de las relaciones intrafamiliares y sociales tempranas, hasta antes de los 15 años, en sujetos distímicos *versus* sujetos sanos en la población de la Ciudad de México.

Presenta:

Alejandro SánchezHidalgo Hernández

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de esta tesis de especialidad.
NOMBRE: Alejandro Sánchez Hidalgo Hernández
FECHA: 11/08/03

Tutores

Dr. Jorge Caraveo-Anduaga.

Dr. Francisco de la Peña O.

Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente"

Departamento de Salud Mental, Facultad de Medicina

Universidad Nacional Autónoma de México

2003



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Indice

• Introducción	3
• Antecedentes	3
• Planteamiento del problema	13
• Justificación	13
• Hipótesis	15
• Objetivos	15
• Tipo de estudio	15
• Metodología	16
• Definición de variables	19
• Resultados	26
• Discusión	28
• Conclusión	32
• Bibliografía	33

Introducción

El trastorno distímico junto con el episodio depresivo son los trastornos afectivos con mayor importancia en la salud pública. En la búsqueda de la solución a estas patologías el campo de la salud mental se ha visto beneficiado en las últimas décadas por los avances en las áreas de investigación básica en lo relacionado a la etiología de los trastornos afectivos, específicamente la genética y la farmacología. Sin embargo, aún no es posible distinguir con claridad el origen exacto de este tipo de patología, y todavía existen muchas hipótesis posibles. Entre ellas la de considerar a los trastornos mentales, en especial la distimia y la depresión, como el producto de una interrelación de factores biopsicosociales que a lo largo de la vida van constituyendo a un individuo.

Antecedentes

La distimia forma parte de los trastornos del estado de ánimo y comparte síntomas clínicos principalmente con el episodio depresivo. Su prevalencia a lo largo de la vida varía desde 4.4 (8) en población abierta hasta 7.3 en poblaciones seleccionadas (13). Prevalencia que es mayor para mujeres que hombres en una razón de 2.6 : 1 (9). El efecto socioeconómico de esta patología se refleja en que el 7% de la población estudiada (10) manifestó haber estado incapacitada debido a trastornos psiquiátricos, específicamente en relación con la distimia.

Catalogar a la distimia como entidad nosológica independiente ha resultado un reto para la investigación clínica y existen registros que señalan un primer intento en la descripción hipocrática del humor melancólico. Esta dificultad radica, en parte, en la manera de abordar su estudio. La distinción actual entre distimia y depresión mayor emerge de la clasificación de depresión neurótica / depresión endógena (47), sin embargo, no abarca la totalidad de las presentaciones clínicas. Algunos investigadores consideran a las variables biológicas sobre las variables clínicas (1) para resolver su heterogeneidad, mientras que otros (3) estudian la

posibilidad de una clasificación nosológica, considerando a la distimia como una probable depresión caracterológica, por sus diferencias clínicas, de historia familiar, de los hallazgos poligráficos de sueño y de su curso longitudinal. Los subtipos actuales de depresión crónica, como la distimia, no representan entidades distintas, pero es importante identificar los factores y el proceso que contribuye a las variaciones en su presentación y curso clínico, debido a que los trastornos depresivos crónicos difieren más en sus características del curso temporal que en los aspectos de presentación sintomática, historia familiar y respuesta al tratamiento (6,39). La presentación clínica heterogénea de síntomas depresivos permite encontrar que el 72% de los cuadros distímicos tienen un inicio temprano, lo que señala un origen heterogéneo entre la distimia y la depresión mayor (31). De entre todas las posibilidades anteriores surge el concepto de “diagnóstico del espectro depresivo”, construido con diferentes combinaciones de los criterios diagnósticos actuales que son paralelos como características clave en la depresión, incluyendo la frecuencia, duración, recurrencia y cronicidad de los síntomas (2) dentro de un continuo patológico dependiente del tiempo. Es probable que el trastorno distímico ocurra como una complicación secundaria de un trastorno preexistente, es decir como un epifenomeno de los trastornos afectivos, o como la entidad primaria que predispone al desarrollo de la sintomatología depresiva comorbida (37). La evolución temporal del trastorno y la manera en que se relacionan sus distintos factores, conjuntamente con la regulación del estrés, es uno de los objetivos fundamentales de las investigaciones actuales, ya que algunos factores de riesgo pueden tener diferente importancia en el desarrollo de la distimia, como el estrés cuando aparece antes de los primeros episodios sintomáticos (13). La generación de estrés y el estrés crónico parecen ser mecanismos subyacentes a la ansiedad y la distimia, sea en la aparición o recaída comorbida de los episodios clínicos, como en la respuesta al tratamiento (22,24).

Así la probabilidad de presentar un cuadro depresivo es 80% más alto cuando se asocia directamente a eventos de la vida estresantes (29).

El estrés como factor primordial

En la vida el efecto de la edad sobre las características de la distimia es determinante, se ha observado que en los adultos jóvenes la sintomatología aparece asociada con anomalías de la personalidad mientras que en etapas posteriores de la vida se asocia a condiciones médicas concomitantes o una historia reciente de eventos estresantes de vida (4,33). Cada etapa vital muestra características distintas para la regulación del estrés y su efecto sobre la psicopatología tiene diferente magnitud. Por ejemplo, el estrés del parentaje, el temperamento, la competencia escolar (para los niños) y los eventos estresantes de la vida (para las niñas) parecen ser los principales objetivos de prevención e intervención (25, 38) durante la pubertad. Los adolescentes deprimidos con una comorbilidad de trastornos de conducta presentan una evaluación mucho más negativa de la capacidad de relación y adecuación a su medio social, además de expresar una visión negativa del clima familiar (43). Es necesario entender el desarrollo de los cuadros afectivos depresivos como la existencia de una relación bidireccional entre el estado de ánimo (factores neurobiológicos) y los aspectos generales de la personalidad, donde la resultante es la conformación y expresión de la psicopatología (19). En la distimia pura se involucran primariamente las funciones emocionales/cognitivas y sociales/motivacionales, por lo que los substratos adjudicados a la distimia parecen extenderse a los sistemas noradrenérgico, serotoninérgico y dopaminérgico (48). La presentación de muchos síntomas de depresión y ansiedad son resultado de factores ambientales, mientras que la influencia genética en la presentación de los mismos es inespecífica. Esto es, que los genes dan lugar a una vulnerabilidad a presentar síntomas de estrés psiquiátrico pero no codifican la especificidad de los mismos

(28). Una visión evolucionista – naturalista explica los mecanismos depresivo generadores como el resultado de una adaptación propia del proceso evolutivo de la especie humana. Mecanismos que varían desde la posibilidad de que la depresión o el ánimo bajo, e incluso la depresión severa, tengan como función una adaptación específica, hasta llegar a reconocerlos como enfermedades médicas resultantes de múltiples vías neuropatológicas (41). La distimia de mediana intensidad, como mecanismo adaptativo, puede servir al propósito de llevar a la gente a desistir y abandonar acciones al momento de enfrentar un inminente estrés como el dolor en un ambiente hostil o el fracaso en alcanzar las metas propuestas, i.e. en los casos donde los individuos con rasgos depresivos pueden tener dificultades para adaptarse y evolucionan a un prolongado cuadro clínico de distimia (42). A pesar de la presencia del ánimo bajo y los estados afectivos negativos al parecer están diseñados para permitir a los organismos enfrentar condiciones contrarias se hace necesario dejar claro que constituyen estados mentales de enfermedad en algunos momentos ocasionados por alteraciones en los mismos mecanismos de control del afecto (41).

Estructuración de personalidad y medio ambiente social

La afectividad se considera como la base en la construcción de la personalidad, sin desligarse de los conceptos exhibidos con anterioridad y dando una dimensión de interrelación a la psicobiológico con lo social, inscribiendo a los trastornos afectivos en un modelo dinámico donde el self, como esfera del sí mismo, ocupa el lugar central y es resultado de los procesos dinámicos del temperamento y el carácter en un juego constante con el ambiente descrito como el resto de los otros, el grupo social (7,26,27). El modelo psicobiológico para explicar el desarrollo de la personalidad (14), entendida como la fusión de carácter y temperamento, se define como la organización dinámica propia del individuo y de sus sistemas psicofísicos que determinan su particular ajuste al medio ambiente.

Estructura donde el aprendizaje es pieza clave para el modelado de la conducta como resultado último de la experiencia individual. Las diferencias individuales de los sistemas adaptativos, que sostienen la experiencia individual, involucran la recepción, el procesamiento y el almacenamiento de información con origen dentro y fuera del organismo. Proceso que da lugar a los distintos tipos de memoria que conforman la experiencia consciente y la inconsciente, entendiendo como la memoria consciente a la de conceptos, mientras que la inconsciente es guiada por la percepción sensorial. Las dimensiones del temperamento se definen en términos de la diferencia individual del aprendizaje asociativo y las respuestas a la novedad, peligro, castigo y recompensa. Se consideran aspectos del temperamento pues son heredables, se manifiestan a edades tempranas y aparentemente se relacionan con las bases preconceptual o inconsciente del aprendizaje. Esto da lugar, en etapas posteriores, al aprendizaje conceptual o mediado por introspección (insight). Las variaciones entre individuos en estas dimensiones se observan mejor durante la infancia temprana y permiten predecir moderadamente la conducta en la adolescencia y la edad adulta. El desarrollo del carácter se estructura por la reorganización del auto concepto mediado por el aprendizaje conceptual, el cual involucra la organización de la percepción y se define como la interiorización de las relaciones interpersonales. El aprendizaje conceptual permite desarrollar nuevas respuestas adaptativas como resultado de la reorganización conceptual de la experiencia, se define al carácter en la medida de su capacidad de respuesta ante los diferentes conceptos del sí mismo. El desarrollo de la personalidad es el resultado epigenético iterativo en donde los factores heredables del temperamento en un inicio motivan el aprendizaje del entorno social mediato, que a su vez modifica la significancia y las características de los estímulos percibidos ante los cuales responde. Constituyendo un modelo de retroalimentación entre el temperamento y el

carácter; donde la personalidad se refiere a la permanencia de modelos de pensamiento (cognoscitivo), motivación, regulación de la emoción (afecto), del impulso y funcionamiento interpersonal, los cuales se encuentran alterados en los trastornos de personalidad.

El apego y las relaciones interpersonales

Desde los puntos de vista teórico y empírico se podría esperar una relación entre la organización del apego y la psicopatología (40), en particular cuando se involucra el funcionamiento interpersonal y la regulación del afecto. El apego se modifica en tipos significativos de asociación con las experiencias del desarrollo, como la separación de un cuidador primario, abuso sexual o físico e inestabilidad familiar. El apego normal funciona (18) como una liga entre la madre y el hijo permitiendo que el niño explore libremente cuando no hay amenaza, pero propicia que el niño regrese a donde está la madre cuando hay peligro. Esta reacción sigue a la activación de un sistema de afecto hipotético, biológicamente condicionado, que acciona las conductas de buscar la proximidad. La expresión de la conducta materna esta gobernada por eventos tempranos e implica una aparente reorganización hipotalámica y de los circuitos límbicos que están involucrados en la homeostasis fisiológica y hedonista así como de la respuesta al estrés (34). Las estrategias de maternidad establecen una diferencia entre padres competentes e ineficaces y los resultados del intercambio en la maternidad son entendibles en términos de las condiciones operantes tanto en la madre como en el hijo (18). La diferencia en las características del apego se encuentran tanto en los padres como en los hijos, la conducta del maternaje puede tener un afecto mayor en la personalidad que la conducta del paternaje (44) y las mujeres pueden verse más afectadas por eventos sufridos por otras personas debido a que desarrollan relaciones interpersonales más íntimas. Esto en relación a que las hembras

mejor “protegidas” son aquellas que tienen un apego seguro a sus padres, tienen habilidades de afrontamiento instrumental y que no tienen un temperamento extremadamente ansioso o inhibido (15). Un medio ambiente estresante como la disfunción familiar y la falta de una relación confiable con la madre son mecanismos que favorecen la persistencia de la psicopatología (23). Para explicar lo anterior es necesario considerar que la teoría del apego tiene importancia central para el entendimiento del desarrollo normal de la personalidad.

El medio ambiente familiar

Tomando en cuenta al apego como el vínculo emocional primario duradero de una persona (o animal) con otra, siendo comúnmente manifestado en los esfuerzos por buscar contacto y proximidad especialmente cuando el individuo se encuentra bajo estrés. Por lo que, dependiendo de las características del vínculo será la respuesta que el individuo pueda tener ante eventos o situaciones estresantes a lo largo de la vida. El apego es descrito como un modelo de trabajo interno (internalizado) donde las representaciones cognoscitivo/afectivas ayudan a organizar y moldear las experiencias afectivas y sociales no solo inmediatas, sino las relaciones interpersonales futuras. Existen actualmente diversas vertientes de investigación del desarrollo normal donde se observan diferencias significativas entre los grupos sociales marcando con ello modalidades distintas de apego. Para lo cual se estudia al apego (seguro o inseguro) en tres fases que son antecedentes, estabilidad y secuelas. Observándose que cuando los antecedentes son poco favorables pueden mantenerse conductas adaptativas “negativas” (afectivo - motivacional) que en ocasiones desembocan en psicopatología. Sin embargo, no siempre ocurre de esta manera, pero en los casos donde la distimia es diagnóstico clínico se puede inferir que el apego en el desarrollo de la personalidad tuvo características “negativas”. Una vía probable para el desarrollo de los síntomas depresivos esta en relación con el desarrollo de la personalidad, donde el parentaje

disfuncional actúa directamente (12) y esta en relación con altos índices de trastornos de personalidad. Lo que sugiere que la personalidad y su disfuncionalidad pueden ser la variable intermedia entre las anomalías en el parentaje y la psicopatología adulta. Encontrar una posible relación entre la historia familiar, como el nicho ecológico donde se desarrolla la personalidad del individuo y en ello el apego, con la distimia lo hace valiéndose de las asociaciones encontradas en torno a la dimensión cognoscitivo/afectivo y social/motivacional. Las experiencias del individuo en el seno familiar son decisivas para el desarrollo de la personalidad y la aparición o no de trastornos psiquiátricos (9). Un modelo teórico para explicar la persistencia del fracaso en las funciones sociales/motivacionales y afectivas/cognoscitivas es un juego dinámico, mediado por el estrés, entre la capacidad de autosuficiencia y los síntomas de la depresión que opera a través del tiempo (36). El ciclo comienza con un evento de vida estresante, sea independiente o dependiente de la conducta del individuo, disparando la depresión en alguien con pobre autosuficiencia. Este episodio de depresión hace al individuo vulnerable a experimentar de manera subsecuente eventos de vida estresantes con afección directa sobre su autosuficiencia, lo que mina el desarrollo de la misma. En consecuencia lo hace vulnerable a una depresión subsecuente que le predispone a adicionales eventos de vida directamente estresantes que perpetúan el deterioro. La depresión en los jóvenes frecuentemente se acompaña por aislamiento social y por irritabilidad, por tanto, a los jóvenes deprimidos se les dificultará más vincularse y mantener relaciones sociales (23).

El curso sintomático de la depresión parece ser maleable, y los síntomas de depresión mayor, distimia y depresión menor alternan con el tiempo en los mismos pacientes en quienes la persistencia de los síntomas sea por debajo del umbral clínico. La pérdida de concentración y el retraso psicomotor pueden interferir con el proceso de aprendizaje, lo

que podría provocar, a su vez, una baja autoestima, menor sentido de competencia académica y fracaso académico posterior. También el desarrollo de una incapacidad para entablar relaciones sanas con coetáneos se asocia con la persistencia de depresión donde el aislamiento social y la ausencia de una relación de apoyo pueden reflejar selección y causalidad social. La aparición de cuadros depresivos antes de los 20 años se asocia con medios familiares donde los padres que padecen cuadros depresivos se expresan con sentimientos de desesperanza, y los hijos muestran síntomas depresivos (9,35). Una alta significancia en la agregación familiar se asocia con episodios depresivos en adolescentes(25, 32). Las características familiares permiten predecir con cierta exactitud los problemas externalizados en adolescentes, en quienes los externalizados son síntomas cardinales durante las etapas de desarrollo (46). Datos que sugieren una relación entre la evolución de estos síntomas en cuadros sindrómicos depresivos en los adolescentes, con una importante tendencia a una estructura de personalidad depresiva, específicamente pacientes con diagnósticos de distimia. La aparición de cuadros distímicos y depresivos en pacientes con familiares distímicos tiene una asociación con significación estadística (30). La comorbilidad entre pacientes y familiares con distimia de inicio temprano y trastornos de personalidad del grupo B según el DSM-IV (límitrofe, antisocial, narcisista e histriónico) se debe en mayor medida a los factores etiológicos que comparten con sus familiares (17,45,47). Los trastornos del eje II presentaron una elevada incidencia para los familiares de los pacientes distímicos y deprimidos, lo que manifiesta un posible factor etiológico común que puede contribuir al desarrollo de una variedad más amplia de formas clínicas del ánimo y de los trastornos de personalidad. Datos que orientan a considerar la probable influencia del medio familiar (genético y/o ambiental) como factor de peso para la predisposición y presentación de cuadros distímicos en personas susceptibles. Es posible identificar rasgos

de personalidad premorbida en adolescentes hasta 10 años antes de su diagnóstico, pues pueden ser clasificados en la infancia como problemas emocionales o de la conducta, como problemas de conducta, síntomas depresivos, inmadurez y ansiedad/miedo, que al evolucionar y ser identificados se clasifican en los grupos de trastornos de personalidad según DSM IV, y que se agrupan dependiendo de la sintomatología predominante durante la infancia (5). La frecuencia reportada de los trastornos de personalidad entre los sujetos con depresión mayor es de 41% y de 70% en la distimia (20) y es significativamente mayor cuando la distimia tiene un inicio temprano. La psicopatología en el eje II del grupo de pacientes con distimia con principalmente: trastorno límite, histriónico, evitativo y dependiente de la personalidad. La presencia de un trastorno de personalidad se asocia con una mayor severidad de la sintomatología depresiva y menor capacidad de funcionamiento. El papel de la familia es un importante agente socializador que incide en el desarrollo sano y maduro del individuo, o bien, inhibe o desvía su crecimiento (50). Los adolescentes tienden a desajustarse cuando perciben que en su familia hay muchos conflictos y demasiado control. La separación entre los miembros de la familia, en la percepción del adolescente, se caracteriza por una falta de acercamiento entre los miembros del sistema familiar, que crea un ambiente molesto, lo que facilita la hostilidad y el rechazo entre ellos. Una comunicación eficaz en la familia es un determinante crucial para su bienestar. El apoyo social y, en particular, el apoyo familiar durante la adolescencia temprana contribuye al bienestar emocional y al establecimiento de la identidad psicosexual (21). La importancia que tiene la congruencia armónica entre las funciones del padre y de la madre, en particular, el establecimiento de lazos afectivos que contribuyan y faciliten la comunicación con sus hijos adolescentes. Las relaciones entre padres e hijos dentro del ambiente familiar dependen de una congruencia de la actitud paternal adoptada por los padres adultos y los

hijos, en especial los adolescentes, sin embargo, este entendimiento común no siempre se logra (49). La razón aparente de esta incongruencia es el peso que tiene el papel asignado culturalmente tanto para los padres como para los hijos, en cuanto a su género, forma de relacionarse entre sí, lugar dentro de la estructura familiar y la manera en que esto guía el desarrollo psicosocial el individuo.

Planteamiento del problema

La distimia como patología que resulta de una interacción temporal del aparato psíquico de la personalidad bio-social, se ve afectada de manera importante por factores de la historia de las relaciones intrafamiliares y sociales tempranas hasta antes de los 15 años. En especial de las relaciones altamente estresantes como son las relaciones negativas con las figuras parentales, el conflicto y la tensión dentro del matrimonio de las figuras parentales, las relaciones negativas con los pares y un medio ambiente socioeconómico desventajoso. El estudio de estos factores en la población general de la Ciudad de México se ofrece como oportunidad inigualable para aportar información que ayude a desenredar la pluralidad de los factores causales de la distimia.

Justificación

En México la prevalencia de la distimia entre la población general constituye un problema con un impacto negativo cada día mayor en la salud pública. Las investigaciones dirigidas a

esclarecer su psicopatología permitirán delinear estrategias de intervención para su prevención y tratamiento. El estado actual del conocimiento acerca de cómo los factores psicosociales intervienen en la manifestación clínica de la distimia contempla grandes aspectos económicos, demográficos y culturales en permanente interacción con los factores biológicos del aparato psíquico. A pesar de ello, aún no es posible tener un modelo único que de sustento causal a la psicopatología de la distimia, pero entre los factores sociales que condicionan su aparición y desarrollo se encuentran las características de la historia de las relaciones intrafamiliares y sociales tempranas hasta antes de los 15 años. Hoy día un modelo psicobiológico, que se adecua al conocimiento actual sobre la distimia, describe la interacción entre el carácter y el temperamento en el desarrollo de la personalidad, permitiendo con ello una posible vinculación con el medio ambiente social. La lectura retrospectiva en el tiempo de la vivencia dentro de la familia y del entorno social mediato, tiene la capacidad de favorecer el estudio de la experiencia individual en el núcleo social original de la personalidad, ontogénica y filogenéticamente, donde el estrés juega un papel fundamental. Al momento se entiende la participación del estrés en los procesos biológicos como un posible regulador del estado de ánimo y al medio ambiente social como uno de los principales generadores de estrés exógeno. Por tanto, el estudio de las relaciones interpersonales y sociales tempranas abre una ventana para entender la causa de la distimia y el efecto que sobre ella tiene la experiencia individual - como conocimiento del sí mismo - al analizar las situaciones estresantes dentro del medio ambiente inmediato y mediato de los sujetos.

Hipótesis

- Sí la distimia como una patología del afecto tiene una importante relación con la personalidad, entonces los factores que inciden sobre la personalidad entran en contacto causal con la distimia.
- Sí la personalidad esta construida por una sistema donde se conjugan temperamento y carácter y este último esta en íntima relación con el medio ambiente social, entonces la relación entre el medio ambiente social y el carácter incide sobre el temperamento y con ello sobre la personalidad.
- Sí la relación entre el carácter y el estado de ánimo se ve regulado por el estrés, entonces el estrés psicosocial incide sobre el carácter y con ello sobre el estado de ánimo.

Objetivo

1. Establecer sí la historia de las relaciones intrafamiliares y sociales tempranas influye como factor de riesgo en el desarrollo del trastorno distímico.
 - 1.1 Establecer la fuerza de asociación de diferentes factores de la historia de las relaciones intrafamiliares y sociales tempranas en el desarrollo del trastorno distímico.

Tipo de estudio

Transversal y retrospectivo (casos y controles)

Metodología

Población estudiada

El estudio parte de la información recabada en 1995 mediante una encuesta de hogares en una muestra representativa de la población general de la Ciudad de México. Los detalles del procedimiento y del instrumento ya han sido publicados (11): Se trató de una encuesta de hogares restringida al ámbito de la ciudad de México, excluyendo la zona conurbada. La población blanco fueron las personas entre 18 a 65 años que vivían permanentemente o de manera temporal en los hogares de las 16 Delegaciones políticas de la ciudad. Se utilizó un diseño de muestra probabilístico de vivienda auto-ponderado a nivel dominio (para la encuesta se definieron dos dominios de acuerdo a la infraestructura en servicios de salud mental con que contaban las delegaciones políticas: 8 Delegaciones con servicios de Salud Mental y 8 sin ellos), esto es, cada vivienda dentro de un dominio de estudio tuvo la misma probabilidad de ser seleccionada. El esquema de muestreo fue multietápico y por conglomerados.

La unidad primaria de muestreo correspondió al Area Geoestadística Básica (AGEB) definida para el XI Censo General de Población y Vivienda de 1990. En cada dominio se seleccionaron 48 AGEB's elegidos con probabilidad proporcional de acuerdo al tamaño definido en términos del número de viviendas de cada AGEB, haciendo un total de 96 AGEB's urbanas.

La unidad secundaria de muestreo la constituyeron las manzanas dentro de las AGEB's seleccionadas. Se seleccionaron 6 manzanas por AGEB dando un total de 576 manzanas seleccionadas. De las manzanas seleccionadas se listaron todas las viviendas, las cuales fueron agrupadas en "segmentos compactados" de alrededor de 7 viviendas. Estos

segmentos constituyeron la unidad de selección de la tercera etapa. En total, en ambos dominios se seleccionaron 576 segmentos compactados, así la probabilidad de selección en la tercera etapa resultó en una muestra auto-ponderada de segmentos al interior de cada dominio. En cada una de estas viviendas se aplicaron cuestionarios de hogar que incluían datos tales como: dirección, nombre del informante, personas que normalmente habitan la casa, de las cuales se obtuvo la edad, sexo, escolaridad y si trabaja o no, y finalmente preguntas de aspectos de la vivienda para determinar el nivel socioeconómico de la misma.

La última etapa de muestreo fue un sujeto adulto en cada hogar, cuidando que la muestra final incluyese igual número de hombres y mujeres. Los valores de los factores de expansión se obtuvieron al final de la etapa de campo del proyecto.

En virtud de que se planteó obtener igual número de entrevistados por sexo y siendo los sujetos masculinos difíciles de localizar en horas hábiles durante la semana, se propuso trabajar durante los fines de semana, pudiéndose establecer citas especiales a partir de esa primera visita.

El instrumento básico de investigación fue el CIDI 1.1 versión reformada por la Universidad de California en Fresno (10), el cual fue aplicado por legos, esto es, personal sin formación clínica pero con capacidad de empatía y habilidad para realizar encuestas en la comunidad. El personal seleccionado cursaba estudios superiores o era pasante y fue capacitado durante dos semanas en el manejo del instrumento, haciéndose una selección final de acuerdo a la evaluación de su desempeño. Durante el trabajo de campo, la labor de estos encuestadores estuvo bajo la supervisión de clínicos entrenados.

La información de la encuesta fue sometida de manera independiente a doble captura, asegurando así la solidez de los datos. Los algoritmos para cada entidad

diagnóstica en el adulto fueron elaborados utilizando el programa SPSS versión 7.5 y siguiendo los criterios de investigación de la CIE-10 (WHO 1993).

El tamaño final de la muestra fue de 1932 sujetos adultos entre 18 a 65 años de edad, representando una tasa de respuesta de 60.4% aunque sólo 8% de las personas rehusaron abiertamente participar en el estudio. Los factores de expansión fueron obtenidos al final de la etapa de campo, representando un total de 2,625 883 habitantes adultos entre 18 a 65 años en la Ciudad de México.

Para este estudio, se incluyeron a todos los casos diagnosticados con distimia a lo largo de la vida (n=104), que representan el 4.4 de la muestra (tabla 1), y como controles a todos los sujetos que no reunieron criterios para algún otro diagnóstico psiquiátrico a lo largo de la vida (n= 1348) de los considerados en el estudio.

Tabla 1

N = 1932	
Prevalencia de los trastornos mentales en la Ciudad de México	
Diagnósticos CIE-10	<i>En la vida</i>
Agorafobia	2.5
Agorafobia simple	2.1
Fobia específica	2.8
Fobia social	2.6
Ansiedad generalizada	3.4
Pánico	1.9
T. obsesivo compulsivo	1.4
E. Depresivo	7.9
Distimia	4.4
Manía	0.7
Hipomanía	0.9
Dependencia al alcohol	5.1
Dependencia a otras sustancias	0.7
Abuso de alcohol	8.4
Abuso de otras sustancias	0.5

Las variables acerca de la historia de las relaciones intrafamiliares y sociales tempranas se establecieron a partir de las respuestas dadas por los sujetos en la sección correspondiente a esta área en la encuesta (sección X) (10).

Para determinar la fuerza de asociación entre las variables de la historia de las relaciones intrafamiliares y sociales tempranas de los sujetos y su probable contribución para el desarrollo de la Distimia, se utilizó la razón de momios (Odds Ratio) con intervalos de confianza del 95%. Los análisis en este trabajo fueron univariados empleando el programa EPI Info, versión 5.01 (16).

Definición de variables

Variable dependiente:

Distimia (CIE-10, OMS).

Criterios diagnósticos de investigación:

- a) Presencia de un periodo de al menos dos años de estado de ánimo deprimido de forma continua o constantemente recurrente. Los periodos intermedios de ánimo normal raramente duran más de unas pocas semanas y no existen episodios de hipomanía.
- b) Ninguno, o casi ninguno, de los episodios de depresión durante este periodo de al menos dos años tiene la gravedad o duración suficiente como para satisfacer los criterios de trastorno depresivo recurrente leve.
- c) Por lo menos en alguno de los periodos de depresión deben hallarse presentes tres o más de los siguientes síntomas:

1. una disminución de la vitalidad o de la actividad,
2. insomnio,
3. pérdida de confianza en sí mismo o sentimientos de inferioridad,
4. dificultad para concentrarse,
5. llanto fácil,
6. pérdida de interés o satisfacción por actividades sexuales u otras placenteras,
7. sentimientos de desesperanza o desesperación,
8. sentimientos de incapacidad para enfrentarse con la responsabilidad de la vida diaria,
9. pesimismo sobre el futuro o cavilaciones sobre el pasado,
10. aislamiento social,
11. menor locuacidad de lo habitual en el sujeto.

Nota: si es necesario, puede especificarse si el trastorno es de comienzo precoz (en la adolescencia tardía o en la segunda década) o tardío (generalmente en la segunda o tercera tras un episodio del trastorno del humor).

Variables independientes:

Nota:

- a) Todas las variables se consideran como “positivas” o “negativas” de acuerdo a si favorecen o no favorecen el desarrollo psicosocial del individuo con base en la teoría de apego (vínculo) de Bowlby y de las relaciones objetales de O. F. Kernberg.
- b) Se considera como “madre” o “padre” a la figura reportada como aquella que desempeñó el papel correspondiente durante el crecimiento del sujeto hasta antes de los 15 años.

A) Evaluación del *vínculo primario*; la acción de cualificar la “*experiencia vivencial*” por el sujeto del “sí mismo” en relación con sus figuras parentales, es decir aquellas que funcionaron como la “madre” y el “padre”, y que son la base de las relaciones objetales.

1. Variable *relma* = **relación con la madre**. Variable construida con los reactivos x74 a x81 mediante los cuales se valora las características cualitativas del vínculo y del aprendizaje afectivo en la relación objetal.

	mucho (1)	algo (2)	poco (3)	nada (4)
x74 ¿Qué tanto comprendía ella sus problemas y preocupaciones?				
x75 ¿Qué tanto podía confiarle usted las cosas que le preocupaban o molestaban?				
x76 ¿Era ella muy sobreprotectora?				
x77 ¿Qué tanto lo(a) mimaban o consentían?				
x78 ¿Qué tanto se esforzó para vigilar y asegurarse de que usted estuviese teniendo un buen desarrollo?				
x79 ¿Qué tanto le impedía o le impidió hacer cosas que a otros niños de su edad se les permitía?				
x80 ¿Qué tan estricta era al aplicar la disciplina con usted?				
x81 ¿Qué tan rígida era acerca de la disciplina?				

2. Variable *relpa* = **relación con el padre**. Variable construida con los reactivos x84 a x91 mediante los cuales se valora las características cualitativas del vínculo y del aprendizaje afectivo en la relación objetal.

	mucho (1)	algo (2)	poco (3)	nada (4)
x84 ¿Qué tanto comprendía el sus problemas y preocupaciones?				
x85 ¿Qué tanto podía confiarle usted las cosas que le preocupaban o molestaban?				
x86 ¿Era el muy sobreprotector?				
x87 ¿Qué tanto lo(a) mimaban o consentían?				
x88 ¿Qué tanto se esforzó para vigilar y asegurarse de que usted estuviese teniendo un buen desarrollo?				
x89 ¿Qué tanto le impedía o le impidió hacer cosas que a otros niños de su edad se les permitía?				
x90 ¿Qué tan estricto era al aplicar la disciplina con usted?				
x91 ¿Qué tan rígido era acerca de la disciplina?				

Las variables *relma* y *relpa* tienen un valor mínimo de 8 y un máximo de 32. El valor máximo (32) es el “menos favorable” para el desarrollo psicosocial y el valor mínimo (8) el “más favorable”.

Nota: Para las variables *relación con madre* y *relación con el padre*; se dividió este grupo de preguntas en 3 dominios: x74, x84 y x75, x85 para cualificar “afecto y atención”; x76, x86, x77, x87 y x78, x88 para cualificar “cuidado”; y x79, x89, x80, x90 y x81, x91 para cualificar “disciplina y moral”. Al analizar estos tres dominios se observa que el tercero de estos dominios tiene una dirección contraria a

los dos precedentes, motivo por el cual se invierte la escala de estos ítems dando lugar a variables x79i, x89i, x80i, x90i y x81i, x91i.

B) Evaluación del *entorno social mediato*; la acción de cualificar la “*experiencia vivencial*” por el sujeto del “sí mismo” dentro de una situación social mediata como la familia y el grupo de pares;

1. Variable *familia* = **Relación entre padres**. Evaluación de la cualidad del conflicto y la tensión como *experiencia vivencial* en el *entorno familiar*, considerado como la evaluación de la relación entre las figuras parentales observada por el sujeto.

	mucho (1)	algo (2)	poco(3)	nada (4)
x68 ¿Había mucho conflicto y tensión en su hogar mientras usted estaba creciendo?				

La variable *familia* tiene un valor mínimo de 1 y un máximo de 4 tomando este último valor como “más favorable” para el desarrollo psicosocial y 1 como “menos favorable”. Variable donde “mucho = 1” representa el riesgo y “nada = 4” la protección por lo cual se invierte y se da el valor de “4 = mucho” y “1 = nada”. Equiparando así la dirección con las demás variables.

2. Variables *relsol* = **contar y confiar en pares** y *vulner* = **sensible o vulnerable a situaciones sociales estresantes**. Evaluación de la cualidad de la *experiencia vivencial* por el sujeto del “sí mismo” *con sus pares*.

i. Variable *relsol*: Evaluación de la cualidad de “confiar y contar con amigos” como una *experiencia vivencial* del “sí mismo” de las *relaciones interpersonales* dentro del grupo social de pares en el cual se desarrolló.

	mucho (1)	algo (2)	poco (3)	nada (4)
x94 Cuando estaba creciendo, ¿qué tanto podía contar con sus amigos (as) cuando las cosas se le ponían difíciles?				
x95 ¿Cuánto podía confiar en ellos (as) para platicarles acerca de sus problemas?				

La variable *resol* tiene un valor mínimo de 2 y un máximo de 8, considerando el valor 2 como “más favorable” para el desarrollo psicosocial y 8 como “menos favorable”.

ii. Variable *vulne*. Evaluación de la cualidad de “sensible ó vulnerable a situaciones sociales estresantes” como una *experiencia vivencial* del “sí mismo” de *ser vulnerable* dentro del grupo social de pares en el cual se desarrolló.

	mucho (1)	algo (2)	poco(3)	nada (4)
x96 Cuando estaba creciendo, ¿qué tan tímido(a) era con otros niños a los que no conocía?				
x97 ¿Qué tan fácilmente herían sus sentimientos las cosas que otros niños le decían o que le hacían?				

La variable *vulne* tiene un valor mínimo de 2 y un máximo de 8 tomando este último valor como “más favorable” para el desarrollo psicosocial y 1 como “menos favorable”. Variable donde “2” representa el riesgo y “8” la protección por lo cual se invierte y se a da el valor de “8” al riesgo y “2” a la protección. Equiparando así la dirección con las demás variables.

C) Evaluación del *entorno socioeconómico*; la acción de cualificar la “*experiencia vivencial*” por el sujeto del “sí mismo” dentro del entorno socioeconómico en el cual se desarrolló;

1. Variables *ppereco* = **percepción pobre** y *mpereco* = **percepción media**. Evaluación de la cualidad de la “*situación socioeconómica*” mediante la *comparación* con su entorno socioeconómico inmediato como una *experiencia vivencial* del “sí mismo” de tener una *media o pobre condición socioeconómica* dentro del grupo social en el cual se desarrolló.

	mejor (1)	más o menos igual (2)	peor (3)
x64 Durante su infancia, en comparación con las familias promedio que vivían en su colonia o en su comunidad, ¿su familia estaba mejor, más o menos igual, o peor, que la mayoría de ellos económicamente?			

Considerando:

- a. *ppereco* **percepción pobre** con el valor 3.
- b. *mpereco* **percepción mediana** con el valor 1 y 2.

y tomando como “más favorable” para el desarrollo a *mpereco* que a *ppereco*.

2. Variables *resfts* = **responsabilidad y trabajo severo** y *resfti* = **responsabilidad y trabajo**.

Evaluación de la necesidad severa o la simple necesidad de participar en la economía familiar como trabajador activo evaluada mediante el *trabajo y responsabilidad de adulto* como una *experiencia vivencial* del “sí mismo” dentro del grupo social en el cual se desarrolló.

	si (1)	no (2)
x65 Antes de que cumpliera 15 años, ¿trabajó para ayudar a sostener a la familia?		
x66 Antes de cumplir los 15 años, tenía algunas otras responsabilidades de adulto que la mayoría de los jóvenes de su edad no tenían?		

Considerando:

- a. *resfts* **responsabilidad y trabajo severo** con valor de respuesta “sí” en ambas preguntas,
- b. *resfti* **responsabilidad y trabajo** con valor de respuesta “sí” para la primera pregunta y “no” para la segunda; y tomando ambas variables como factores en detrimento del desarrollo con la diferencia de que *resfts* se considera como “menos favorable” para el desarrollo que *resfti*.

Las variables *relma*, *relpa*, *relosol*, *vulnei* y *famil_i* son variables continuas. Para poder realizar el análisis estadístico se convirtieron en dicotómicas realizando la división para cada una de ellas tomando en cuenta la distribución de sus valores en la población, y quedando en los siguientes valores: *relma_d*, *relpa_d*, *relosol_d*, *pperec*, *mperec*, *resft*, *resfts*, *vulnedi* y *famil_di*.

- *Relma_d*; sí y solo si *relma* es ≥ 18 y ≤ 32
- *Relpa_d*; sí y solo si *relpa* es ≥ 20 y ≤ 32
- *Reosol_d*; sí y solo si *relosol* ≥ 5
- *Famil_di*; sí y solo si *famil_i* ≥ 4
- *Vulnedi*; sí y solo si *vulnei* ≥ 5

La tabla general de valores numéricos para cada una de las variables independientes es:

VARIABLE	valor numérico	
	protección (más favorable)	riesgo menos favorable
<i>relma</i>	8	32
<i>relpa</i>	8	32
<i>relsol</i>	2	8
<i>pperec</i>	*****	3
<i>mperec</i>	*****	1 y 2
<i>resft</i>	*****	1 y 2
<i>resfts</i>	*****	1 y 1
<i>vulnei</i>	2	8
<i>famil_i</i>	1	4

Resultados

La muestra utilizada en este trabajo fue construida por sujetos distímicos (casos 104) y sujetos sin diagnóstico psiquiátrico (no caso 1348) (tabla 2), la prevalencia de distimia a lo largo de la vida observada en la población general (8) es de 4.4 (tabla 1) y ocupa el cuarto lugar entre los demás trastornos mentales.

En este trabajo los resultados arrojados por el análisis univariado muestran una mayor asociación entre la distimia y la historia de relaciones intrafamiliares y sociales tempranas en las variables que evalúan el entorno y la situación socioeconómica.

Tabla 2

N = 1452	hombres	mujeres	
distimia	27	77	n = 104
no caso	550	798	n = 1348

Los resultados generales y por sexo (tabla 3) muestran que la variable *relación entre los padres*, cuando es vivida como negativa por la tensión y el conflicto existente en ella, es la variable con mayor fuerza de asociación con la distimia (OR 6.02); variable que para los hombres (OR 9.51) tiene casi el doble de fuerza que para las mujeres (OR 4.75).

Los factores *contar y confiar en los pares* y *sensibilidad o vulnerabilidad a situaciones sociales estresantes*, que junto con *relación entre los padres* forman el entorno social mediato, aparentemente tienen un impacto que favorece el desarrollo de la distimia. Es interesante resaltar que en los hombres (OR 3.45) se encontró una mayor fuerza de asociación de la variable *sensibilidad o vulnerabilidad a situaciones sociales estresantes* con la distimia, siendo el doble de lo encontrado en las mujeres (OR 1.56). Mientras que la variable *contar y confiar en los pares*, tiene una fuerza similar para ambos sexos.

Tabla 3

	VARIABLE	OR GENERAL	OR HOMBRES	OR MUJERES
vinculo primario	relación con la madre	1.89 (1.20-2.98)	2.44 (1.51-3.94)	1.58 (0.99-2.52)
	relación con el padre	1.78 (1.12-2.83)	2.44 (1.39-3.74)	1.63 (1.01-2.62)
entorno social mediato	sensibilidad o vulnerabilidad a situaciones sociales estresantes	2.20(1.32-3.72)	3.45 (2.03-5.93)	1.56 (0.92-2.67)
	Relación entre padres	6.02 (3.79-9.56)	9.51 (5.40-16.77)	4.76 (2.94-7.68)
	contar y confiar en los pares	2.22 (1.33-3.70)	2.49 (1.42-4.24)	2.03 (1.21-3.42)
entorno socioeconómico	percepción pobre	2.12 (1.19-3.74)	2.29 (1.22-4.28)	2.04 (1.12-3.70)
	percepción media	0.47 (0.27-0.84)	0.45 (0.24-0.84)	0.49 (0.27-0.89)
	responsabilidad y trabajo	1.61 (1.61-2.56)	1.03 (0.63-1.66)	0.42 (0.26-0.68)
	responsabilidad y trabajo severo	2.39 (1.31-4.29)	2.79 (1.43-5.40)	2.17 (1.17-3.99)

* Valores de p menores a 0.000 en todos los casos excepto para percepción económica media.

Las variables del entorno socioeconómico presentan la peculiaridad de poder agruparse en dos pares. El primero formado por las variables *responsabilidad y trabajo severo* (OR 2.39) y *percepción pobre* (OR 2.12), par que presenta mayor fuerza de asociación; el segundo par integrado por las variables *responsabilidad y trabajo* (OR 1.61) y *percepción media* (OR 0.47) tiene una fuerza de asociación que indica una variable de probable protección, en ambas

variables en el caso de las mujeres (OR 0.42 y 0.49). Para los hombres la variable *responsabilidad y trabajo* (OR 1.03) se encuentra sin una inclinación clara, pero la variable *percepción media* (OR 0.45) es aparentemente de protección. La fuerza de asociación del vínculo primario es importante, sin embargo, en los hombres aparece con mayor fuerza. Existe diferencia entre la variable *relación con la madre* y la *relación con el padre* siendo ligeramente mayor para la madre (OR 1.89), diferencia que se mantiene en el análisis por sexos.

Discusión

Los hallazgos de este estudio corroboran la fuerza de asociación de algunas variables de la historia de las relaciones intrafamiliares y sociales tempranas con el desarrollo del trastorno distímico. Los antecedentes encontrados en la literatura permiten interpretar los resultados como parte de un proceso temporal lineal (14) donde se relacionan íntimamente el desarrollo de la personalidad mediante el apego (18,40) en el seno familiar (9,12,17,20,30,31,32,33,35,45,46,47,50) y dentro del entorno social mediato. Proceso donde la respuesta adaptativa al estrés (13,22,24,28,29,36,42) modula, en retroalimentación constante, la interacción de los sistemas biológicos que dan origen a la afectividad y a las funciones cognoscitivas (7,26,27) del individuo permitiendo una interacción con el medio ambiente familiar (21,43,44,49) y social (23) donde las diferencias de sexo resultan cruciales (15).

Los resultados nos permiten interpretar que cuando la relación entre los padres es referida como “negativa” puede considerarse un evento de vida estresante, lo que pudiera estar en relación con el vínculo primario que en los resultados aparece con mucho menor fuerza de asociación. Esto pudiera responder a un mecanismo de evitación ante la evocación de un recuerdo estresante lo que permite al sujeto restar importancia a su propia experiencia como

participante del vínculo primario. La interacción entre los padres y los hijos en gran medida esta definida por la personalidad de los padres y el contexto sociocultural, lo que podría ocasionar que padres con trastornos de personalidad o trastornos afectivos sean estresantes para los hijos, y si encontramos reforzadores socioculturales al papel de hijo o de padres el resultado puede ser la psicopatología en el infante.

La tabla 5 permite visualizar las variables y el lugar que ocupa cada uno en el impacto sobre la psicopatología de la distimia.

Tabla 5

OR	<i>general</i>	<i>Hombres</i>	<i>mujeres</i>
1º.	Relación entre los padres	Relación entre los padres	Relación entre los padres
2º.	responsabilidad y trabajo severo	sensible o vulnerable a situaciones sociales estresantes	responsabilidad y trabajo severo
3º.	contar y confiar en los pares	responsabilidad y trabajo severo	percepción pobre
4º.	sensible o vulnerable a situaciones sociales estresantes	contar y confiar en los pares	contar y confiar en los pares
5º.	percepción pobre	percepción pobre	relación con el padre
6º.	relación con la madre	relación con la madre	relación con la madre
7º.	relación con el padre	relación con el padre	sensible o vulnerable a situaciones sociales estresantes
8º.	responsabilidad y trabajo	responsabilidad y trabajo	Percepción media
9º.	Percepción media	Percepción media	responsabilidad y trabajo

Al revisar las demás variables que definen el entorno social mediato encontramos resultados que corresponden a lo reportado en la literatura. La dificultad para entablar relaciones sociales seguras y reconfortantes genera estrés y esto favorece una labilidad a situaciones sociales que tengan una gran carga de estrés, provocando un circuito de retroalimentación negativa entre las relaciones sociales, el estrés y la labilidad. Situación que puede derivar en una "manera de ser" que en la literatura revisada se podría catalogar como la parte caracterológica de la distimia.

Los resultados observados en las variables de responsabilidad y trabajo severo y la percepción pobre de la situación económica pueden ser considerados como estresantes, pues la vivencia es de desventaja social lo que constituye una amenaza constante a la supervivencia. Lo cual habrá de analizarse más puntualmente en investigaciones posteriores pues la calidad de "severo" y "pobre" es subjetiva, y aunque válida, puede estar en relación a las características cognoscitivo / afectivo y social / motivacional y de la tolerancia al estrés característico de la distimia. Resaltando que la responsabilidad y trabajo así como una percepción media en lo económico parecería brindar una de protección al permitir cierta participación grupal y una pertenencia social lo cual podría interpretarse como no estresante.

Conviene remarcar las diferencias entre sexos encontradas en el presente trabajo pues encuentran eco en la literatura revisada. La fuerza de asociación de la distimia fue mayor en los hombres en todas las variables estudiadas. Sin embargo, la variable relación entre padres y sensible o vulnerable a situaciones sociales estresantes tienen el doble de fuerza que lo encontrado para las mujeres. Interpretar esto a la luz de la literatura revisada resulta más claro desde la perspectiva de que las mujeres están en menor riesgo que el hombre, pues las características biológicas que les permiten el maternaje moldean las relaciones sociales de las mujeres favoreciendo redes de apoyo más sólidas, afectivamente hablando, que los hombres. En futuras investigaciones se deberá abordar estas diferencias buscando los factores que puedan señalar el tipo de relaciones que se establecen dentro de los grupos de hombres. El que los hombres aparezcan como más sensibles al estrés que las mujeres, al menos hasta antes de los 15 años, es una situación que considerando al estrés como una variable psicobiológica en la génesis de la patología del espectro depresivo hace necesario observarla más detenidamente. En la tabla 3 se reporta que las mujeres tienen una

prevalencia a lo largo de la vida de distimia mayor que los hombres, situación que hablaría de que son más vulnerables al estrés. Datos que son en apariencia contrarios a lo reportado en este trabajo. Sin embargo, al tomar en cuenta el tiempo al que hace referencia la encuesta, surge la pregunta acerca del momento en que las mujeres se tornan más vulnerables al estrés que los varones. Situación que necesariamente exige contemplar dentro del modelo planteado la importancia del desarrollo neuroendócrino y las variaciones que sufre el sistema del estrés (cortisol, CRH, etc..) durante la adolescencia en los varones y en las mujeres, y el como esto modifica las relaciones entre pares en el futuro.

El presente trabajo tiene como particular alcance que la información procede de un estudio epidemiológico en población general, por tanto la información recaba refleja con especial claridad el estado de las cosas. A diferencia de la mayoría de los estudios revisados, donde las muestras proceden de población clínica en este estudio la muestra seleccionada permite que el sesgo por búsqueda especializada de ayuda este minimizado, obteniendo que los casos y los controles proceden de la misma población, además de que la razón entre casos y controles fue de 1:12.6.

La limitación más importante para la interpretación de los resultados es su característica cualitativa y el análisis estadístico realizado tiene pobre eficiencia para medir la intensidad y la temporalidad de la asociación. La interpretación cualitativa de "la experiencia del sí mismo" resulta novedosa pues intenta rescatar de manera retrospectiva y transversal el "recuerdo" de la vivencia, limitando por otro lado la sensibilidad de medir el impacto sobre el desarrollo temporal del cuadro distímico. El recordar implica arriesgar a confundir o imbricar procesos atencionales y afectivo / motivacionales para dar respuesta a una situación social, mecanismo que puede o no estar conciente del mismo lo que dificulta la interpretación de las respuestas. Sin embargo, el sustento teórico de la hipótesis permite

valorar esta interpretación con un grado aceptable de verdad. Los resultados encontrados encuentran eco en el modelo teórico planteado en este trabajo y señala la necesidad de realizar un estudio multivariado para detallar con más exactitud los hallazgos.

Conclusiones

Las relaciones intrafamiliares y sociales tempranas son fundamentales para la estructuración psicosocial del individuo, por tanto la aproximación de éstas a lo "óptimo" permitiría reducir el riesgo de desarrollar psicopatología afectiva como la distimia. La construcción de relaciones intrafamiliares y sociales tempranas menos estresantes pudieran ser sensibles a la participación de los especialistas en el campo de la salud mental al formularse estrategias orientadas a la psicoeducación y a las técnicas de psicoterapia, específicamente sobre aquellos factores detectados como de mayor fuerza de asociación como son la relación entre los padres y con las figuras parentales. La prevención y tratamiento del entorno socioeconómico exige la participación interdisciplinaria con las ciencias económicas y sociopolíticas en busca de una mejora en las políticas de salud pública y distribución de los recursos. De igual manera es necesario ahondar en la investigación que permita detectar con mayor certeza la estructuración del sistema psíquico al describir los elementos biológicos y sociales que en él intervienen, pues como en este trabajo se presenta la personalidad, sana o enferma, es el resultado de la interacción dinámica del individuo con su medio interno y externo en una adaptación constante a los cambios modulados por el estrés que surgen dentro de la realidad.

Bibliografía

1. Anderson R, et. al. The subaffective-character spectrum subtyping distinction in primary early-onset dysthymia: a clinical and family study. *Journal of affective disorders* 38(1996) 13-22.
2. Angst J, Sellaro R, Merkingas KR: Depressive spectrum diagnoses. *Comprehensive Psychiatry*, 2000;41(2)suppl 1:39-47.
3. Akiskal, H, et.al.; Dysthymic disorder: psychopathology of proposed chronic depressive subtypes. *Am J Psychiatry*, 1983;140(1):11-19.
4. Bellino S, et. al. Clinical features of dysthymia and age: a clinical investigation. *Psychiatry Research* 103 (2001) 219-228.
5. Bernstein D, et.al.; Childhood antecedents of adolescents personality disorders. *Am J Psychiatry*, 1996;153(7):907-913.
6. Brunello, N et.al.; Dysthymia: clinical picture, extent of overlap with chronic fatigue syndrome, neuropharmacological considerations, and new therapeutic vistas. *J Afec disor.* 1999;52:275-290.
7. Caraveo AJ. Tesis de especialidad en psicoanálisis. Facultad de Medicina, UNAM. 1992.
8. -----, Colmenares E, Saldivar G. Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México: prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida. *Salud Mental*, 1999 (especial) 22(6):62-67.
9. -----, Medina-Mora M; La depresión en el adulto como factor de riesgo en la salud mental de los niños. *Salud Mental*, 17(2):56-60,1994.
10. -----, Medina-Mora M, et. al.; La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta en México. *Salud Mental*, 13(2):14-21,1996.
11. -----, Martínez N, Rivera E: Un modelo para estudios epidemiológicos sobre la salud mental y morbilidad psiquiátrica. *Salud Mental*, 21(1):48-57,1998.
12. Carter, JD, et.al.; Early deficient parenting in depressed outpatients is associated with personality dysfunction and not with depression subtypes. *J Afec disor.* 1999;54:29-37.
13. Chen L, Eaton W, et.al.; Empirical Examination of current depression categories in population-based study: symptoms, course, and risk factors. *Am J Psychiatry* 2000;157:573-580.

14. Cloninger R, Svrakic D, Przybeck T. A Psychobiological Model of Temperament and Character. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50:975-990.
15. Cyranowski J, et. al. Adolescent Onset of the Gender Difference in Lifetime rates of mayor depression. A theoretical model. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57:21-27.
16. Dean AG, Dean JA, Burton AH, Dicker RC; EPI Info version 5 A word processing data base and stadistics program for epidemiology of microcomputers USD Incorporated Stone Mountain, Georgia, 1990.
17. Flick, S, et.al.; DSM-III-R personality disorders in a mood and anxiety disorders clinic: prevalence, comorbidity, and clinical correlates. *J Afec disor*. 1993;27:71-79.
18. Foreman D. Enfermedad mental de la madre y relaciones madre-hijo. *Avances en psiquiatría* Vol. 4 Num. 3 mayo 1998: 10-16.
19. Freeman, H.; Historical and nosological aspects of dysthymia. *Acta Psychiatr Scan*, 1994;89(suppl. 383):7-11.
20. Garyfallos, G. Trastornos de personalidad en la distimia y en la depresión mayor. *Acta Psychiatr Scand* 1999;99: 332-340.
21. González-Forteza C, Andrade P; La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 18(4):41-48,1995.
22. Harkness K, Luther J. Clinical risk factors for the generation of life events in major depression. *Journal of abnormal psychology* 2001, Vol. 100, No. 4, 564-572.
23. Harrington, R Consecuencias psicosociales de la depresión adolescente, *Psiquiatría y salud integral*. 2001;(2):48-52.
24. Hayden E, Klein D. Outcome of dysthymic disorder at 5-year follow-up: The effect of familiar psychopathology, early adversity, personality, comorbidity, and chronic stress. *Am J Psychiatry* 2001; 156:1864-1870.
25. Jaffee S, et. al. Influence of adult domestic violence on children's internalizing and externalizing problems: an enviromental informative twin study. *J. Am. Acad. Adolesc. Psychiatry*, 41:9, Sep 2002: 1095-1103.

26. Kendler ER. A new intellectual framework for psychiatry. *Am J Psychiatry*. 1998; 155:457-469.
27. -----, Biology and future of psychoanalysis: a new framework for psychiatry revisited. *Am J Psychiatry*. 1999;16:505-524.
28. Kendler K, et. al. Symptoms of anxiety and symptoms of depression. Same genes, different environments?. *Arch Gen Psychiatry* vol. 44, May 1987:451-457.
29. -----, et. al. Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *Am J Psychiatry* 1999; 156:837-841.
30. Klein, D, et.al.; Family study of early-onset dysthymia. Mood and personality disorders in relatives of outpatients with dysthymia and episodic major depression and normal control. *Arch Gen Psychiatry*, 1995;52: 487-496.
31. -----; Early- versus late-onset dysthymic disorder: comparison in out-patients with superimposed major depressive episodes. *J Affect Disor.* 1999;52:187-196.
32. -----, A familial study of major depressive disorder in a community sample of adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58: 13-20.
33. Kovacs, M. Et.al; Childhood-onset Dysthymic disorder. Clinical features and prospective naturalistic outcome. *Arch Gen Psychiatry*, 1994; 22:365-374.
34. Leckman JF, Herman AE. Maternal Behavior and developmental psychopathology. *Biol Psychiatry* 2002;51:27-43.
35. Lieb R, et.al. Parental major depression and the risk of depression and other mental disorders in offspring. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:365-374.
36. Maciejewski PK, et. al. Self-efficacy as a mediator between stressful life events and depressive symptoms. Differences based on history of prior depression; *British journal of psychiatry* (2000), 176, 373-378.
37. Markowitz, J, et.al.; Prevalence and comorbidity of dysthymic disorder among psychiatric outpatients. *J Affect Disor.* 1992;24:63-71.
38. Mesman J, Koot H. Common and specific correlates of preadolescent internalizing and externalizing psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology* 2000. Vol. No. 3; 428-437.

39. McCullough J, et. al. Comparison of DSM-III-R chronic Major Depression and Major Depression Superimposed on Dysthymia (Doble Depression): Validity of the Distinction. *Journal of Abnormal Psychology* 2000. Vol. No. 3; 419-427.
40. Nakash-Eisikoits O, et. al Relationship between attachment patterns and personality pathology in adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 41:9, Sep 2002: 1111-1123.
41. Nesse, R; Is depression an adaptation?; *Arch Gen Psychiatry*, 2000;57:14-20.
42. Niculescu AB, Akiskal HS. Proposed endophenotypes of dysthymia: evolutionary, clinical and pharmacogenomic considerations. *Molecular Psychiatry* 2001;6:363-366.
43. Olsson, GI, et. al.; Adolescent depression: Social network and family climate – A case-control study. *J Child Psychiatry Allied Discip*, 1999;40(2):227-237.
44. Reti I, et.al. Influences of parenting on normal personality traits. *Psychiatry Research* 111 (2002) 55-64.
45. Riso, L. et.al.; Understanding the comorbidity between early-onset dysthymia and cluster B personality disorders: a family study. *Am J Psychiatry*, 1996;153(7):900-907.
46. Ryan, K, et. al.; Psychological consequences of child maltreatment in homeless adolescents: Untangling the unique effects of maltreatment and family environment. *Child Abuse Negl.* 2000;24(3):333-352.
47. Sanderson, W. Et.al.; Prevalence of personality disorders in patients with major depression and dysthymia. *Psychiatry Research*, 1992;42: 93-99.
48. Serreti, A. et.al.; Delineating psychopathologic clusters within dysthymia: a study of 512 out-patients without major depression. *J Affect Disor.* 1999;56:17-25.
49. Solís-Cámara P, Díaz M; La congruencia de las actitudes paternas entre padres e hijos. *Salud Mental*, 19(1):21-26,1996.
50. Villatoro, JA, et. al.; La relación padres-hijos: una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescentes. *Salud Mental*, 20 (2): 21-27,1997.