

320825

16

2oj-



**UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO**

**PLANTEL TLALPAN**

**ESCUELA DE PSICOLOGIA**

**CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**EVENTOS VITALES QUE CONSTITUYEN FACTORES  
DE RIESGO EN LA DEPRESION INFANTIL**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

**P R E S E N T A N :**

**RUTH DONIZ ALVARADO  
MARIA MARTHA MONTOYA REYES**

**DIRECTOR DE TESIS:**

**Lic. José Manuel Pérez y Farfás**

**REVISOR:**

**Lic. Víctor Hugo Dorantes Gutiérrez**

**México, D. F.**

**1992**



## **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 está 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.

## I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION.....	
MARCO TEORICO.....	1
METODOLOGIA	
PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA.....	47
OBJETIVO GENERAL.....	47
HIPOTESIS DE TRABAJO.....	47
HIPOTESIS ALTERNA.....	48
HIPOTESIS NULA.....	48
VARIABLES.....	48
DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE.....	48
DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE DEPENDIENTE.....	49
DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE.....	49
INDICADORES DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE.....	49
DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE DEPENDIENTE.....	50
INDICADORES DE LA VARIABLE DEPENDIENTE.....	50
DISEÑO DE INVESTIGACION.....	53
TIPO DE INVESTIGACION.....	53
POBLACION.....	54

MUESTREO.....	54
TIPO DE MUESTREO.....	55
EQUIPO Y MATERIALES.....	56
ESCENARIO.....	56
INSTRUMENTO.....	56
PROCESO DE RECOLECCION DE DATOS.....	57
FORMA DE ANALISIS DE DATOS.....	62
RESULTADOS.....	63
DISCUSION.....	72
CONCLUSIONES.....	80
ANEXO A .....	
ANEXO B .....	
ANEXO C .....	
ANEXO D .....	
ANEXO E .....	
BIBLIOGRAFIA.....	

## **I N T R O D U C C I O N**

## **INTRODUCCION**

LA DEPRESION ES UN TRASTORNO AFECTIVO QUE SE CARACTERIZA PRINCIPALMENTE POR UNA DISMINUCION PERSISTENTE DEL ESTADO DE ANIMO Y PERDIDA DE INTERES EN LA MAYORIA DE LAS ACTIVIDADES USUALES. (APA, 1987).

LA DEPRESION EN ADULTOS ES UNA ENTIDAD CLINICA ESPECIFICA QUE SE HA ESTUDIADO CON AMPLITUD BAJO DIFERENTES LINEAS DE INVESTIGACION. EN CONTRASTE, LA DEPRESION EN NIÑOS HA RESULTADO ALGO POLEMICO, YA QUE HASTA AHORA LAS INVESTIGACIONES AL RESPECTO SON ESCASAS, EN COMPARACION CON LAS DE LOS ADULTOS, Y EL NUMERO DE ELLAS EN NUESTRO PAIS ES AUN MAS BAJO.

AUNQUE LA INVESTIGACION ACTUAL APOYA LA EXISTENCIA DE LA DEPRESION INFANTIL, UNA DE LAS LIMITACIONES PRINCIPALES FUE, Y CONTINUA SIENDO, EL HECHO DE QUE USUALMENTE SE TIENDE A DIAGNOSTICAR ESTE PADECIMIENTO BAJO LOS PARAMETROS UTILIZADOS PARA ADULTOS; POR ESTA RAZON SE HACE NECESARIO EL DESARROLLO DE TECNICAS DE EVALUACION CLINICA QUE PERMITAN LA IDENTIFICACION DE LA DEPRESION EN NIÑOS.

SABEMOS QUE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES TIENEN UNA ETIOLOGIA MULTIFACTORIAL DONDE INTERVIENEN DIFERENTES ELEMENTOS Y CADA UNO DE ELLOS TIENE UNA PARTICIPACION IMPORTANTE, ES DECIR, LA

PRESENCIA DE UNA ENFERMEDAD DEPENDE DE UNA CONJUGACION ENTRE VARIOS FACTORES.

ACTUALMENTE, EN MEXICO, SE ESTA ELABORANDO UN ESTUDIO QUE PRETENDE DELINEAR LOS ELEMENTOS NECESARIOS PARA LA IDENTIFICACION TEMPRANA DEL TRASTORNO DEPRESIVO Y CONSTRUIR CON ELLO UN INSTRUMENTO DIAGNOSTICO ESPECIFICO PARA LA POBLACION INFANTIL, QUE PERMITA DIFERENCIARLO CLARAMENTE DE OTRAS ENTIDADES NOSOLOGICAS, TOMANDO EN CUENTA LOS SINTOMAS PREDOMINANTES EN NIÑOS, ASI COMO LOS ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES Y LOS EVENTOS PRECIPITANTES DEL CUADRO DEPRESIVO. (MEZQUITA, INEDITO).

A PARTIR DE LO ANTERIOR SURGE EL INTERES -MOTIVO DE LA PRESENTE INVESTIGACION- POR EL ESTUDIO DE LOS EVENTOS VITALES QUE PUEDAN CONSTITUIR UN FACTOR DE RIESGO EN LA DEPRESION INFANTIL. PARA ESTO FUERON SELECCIONADAS DE MANERA INTENCIONAL DOS MUESTRAS INDEPENDIENTES FORMADAS POR PACIENTES DEPRIMIDOS Y NO DEPRIMIDOS DEL HOSPITAL INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO", ENCONTRANDO QUE EXISTEN DETERMINADOS EVENTOS VITALES QUE SE RELACIONAN DE MANERA SIGNIFICATIVA CON ESTE TRASTORNO.

LOS EVENTOS VITALES HAN SIDO UNA LINEA DE INVESTIGACION -EN OTROS PAISES Y PRINCIPALMENTE EN POBLACION ADULTA-, EXPLORADA A PARTIR DE LOS AÑOS SESENTAS, QUE HA GENERADO DESDE ENTONCES NUMEROSOS ESTUDIOS CON LA FINALIDAD DE

EXPLORAR SI EXISTE UNA RELACION SIGNIFICATIVA ENTRE LOS EVENTOS VITALES Y DIVERSAS ENFERMEDADES, VERBIGRACIA, LA DEPRESION.

DENTRO DE LAS INVESTIGACIONES AL RESPECTO, SE ENCUENTRA LA DE ANTONOVSKY Y KATS (1967) EN LA CUAL PROPONEN UNA TECNICA PARA MEDIR "LA HISTORIA DE CRISIS VITALES" QUE PUDIERA SER UTIL EN LAS INVESTIGACIONES EPIDEMIOLOGICAS. ESTOS AUTORES PARTEN DE LA IDEA DE QUE "LA ENFERMEDAD RESULTA DE LA INTERACCION DE VARIOS FACTORES DENTRO DE LOS CUALES EL ESTRES DEBE SER INCLUIDO...". POR SU PARTE, MYERS, LINDENTHAL, PEPPER Y OSTRANDER (1972) REALIZARON UN REPORTE PRELIMINAR DE LA RELACION ENTRE LOS CAMBIOS (INCREMENTOS O DECREMENTOS) OCURRIDOS EN LOS EVENTOS VITALES Y LOS CAMBIOS EN LA SINTOMATOLOGIA PSIQUIATRICA EN UNA MUESTRA DE 720 ADULTOS, COMO PARTE DE UN ESTUDIO LONGITUDINAL CON LA POBLACION DE UN CENTRO DE SALUD EN NEW HAVEN, CONNECTICUT. ENCONTRARON UNA RELACION DIRECTA ENTRE LAS VARIABLES: A UN INCREMENTO EN LOS CAMBIOS DE EVENTOS VITALES, SE PRESENTA UN EMPEORAMIENTO EN LA SINTOMATOLOGIA Y VICEVERSA. BROWN Y BIRLEY (1968), TAMBIEN EN EL CAMPO DE LA PSIQUIATRIA, ESTUDIARON LA ASOCIACION ENTRE LA FRECUENCIA DE CIERTA CLASE DE CRISIS Y CAMBIOS EN LA VIDA Y LOS SINTOMAS MENTALES. EVALUARON A 50 PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA, DURANTE LAS 13 SEMANAS ANTERIORES AL INICIO DE LA ENFERMEDAD Y LOS COMPARARON CON 325 SUJETOS DE LA POBLACION GENERAL. LOS RESULTADOS MOSTRARON QUE EL GRUPO DE PACIENTES TUVO CASI EL

DOBLE DEL NUMERO DE EVENTOS POR PERSONA QUE LA MUESTRA DE POBLACION GENERAL Y QUE EL 46% DE LOS PACIENTES TUVIERON POR LO MENOS UN EVENTO EN EL PERIODO DE LAS 3 SEMANAS PREVIAS AL INICIO DE LA ENFERMEDAD. DE ESTO CONCLUYEN QUE LOS FACTORES AMBIENTALES PUEDEN PRECIPITAR UN ATAQUE DE ESQUIZOFRENIA Y QUE TALES EVENTOS FRECUENTEMENTE SE PRESENTAN EN LAS 3 SEMANAS PREVIAS AL INICIO DE LA ENFERMEDAD.

PAYKEL, MYERS, DIENELT, KLERMAN, LINDENTHAL Y PEPPER (1969) REPORTARON LOS RESULTADOS DE UNA COMPARACION ENTRE LOS EVENTOS VITALES DE PACIENTES DEPRIMIDOS Y LOS EVENTOS VITALES EN UNA MUESTRA DE SUJETOS CONTROL. AMBAS MUESTRAS PERTENECIAN A UNA COMUNIDAD EN LA CUAL SE REALIZO UN ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO. SUS OBJETIVOS ERAN, PRIMERO, EVALUAR SI LOS EVENTOS VITALES ERAN MAS FRECUENTES JUSTO ANTES DEL INICIO DE LA DEPRESION ENTRE LOS PACIENTES QUE EN LA MUESTRA CONTROL; Y, SEGUNDO, SI TODOS LOS EVENTOS VITALES ERAN FRECUENTES O SOLO UN CIERTO TIPO DE ELLOS. EL GRUPO DE LOS DEPRIMIDOS ESTUVO CONSTITUIDO POR 185 SUJETOS, 140 MUJERES Y 45 HOMBRES, CON UN PROMEDIO DE EDAD DE 35.6 AÑOS Y UN RANGO DE 21 A 65 AÑOS. EL GRUPO CONTROL SE INTEGRO CON 185 SUJETOS APAREADOS CADA UNO CON UN SUJETO DEPRIMIDO EN SEXO, EDAD EN DECADAS, ESTADO CIVIL, RAZA Y CLASE SOCIAL. LOS EVENTOS VITALES FUERON TOMADOS DE LA LISTA DE HOLMES Y RAHE PERO CON DIVERSAS MODIFICACIONES, QUEDANDO UNA LISTA TOTAL DE 33 EVENTOS; SE EXPLORARON LOS SEIS MESES ANTERIORES AL INICIO DE LA DEPRESION. SE ENCONTRO QUE LOS PACIENTES DEPRIMIDOS REPORTAN

CASI TRES VECES MAS EVENTOS QUE LOS CONTROLES. DE LA LISTA DE LOS 33 EVENTOS SOLO 8 DE ELLOS TUVIERON UNA FRECUENCIA SIGNIFICATIVAMENTE MAYOR: INCREMENTO DE LAS DISPUTAS CON EL CONYUGE, SEPARACION MARITAL, INICIO DE UN NUEVO TIPO DE TRABAJO, CAMBIO EN LAS CONDICIONES DE TRABAJO, ENFERMEDAD PERSONAL SERIA, MUERTE DE UN MIEMBRO CERCANO DE LA FAMILIA, ENFERMEDAD GRAVE DE UN MIEMBRO CERCANO A LA FAMILIA Y UN MIEMBRO DE LA FAMILIA QUE DEJE LA CASA.

UN ESTUDIO IMPORTANTE EN EL AREA ES EL DE WINOKUR Y SELZER (1975) QUIENES OBTIENEN DATOS QUE PERMITEN EXTENDER LA RELACION QUE ENCONTRARON HOLMES Y RAHE EN 1967 ENTRE LA APARICION DE UNA ENFERMEDAD FISICA Y LOS EVENTOS VITALES AL CAMPO DE LO PSICOLOGICO. ELLOS USARON UNA VERSION MODIFICADA DE LA LISTA ORIGINAL DE EVENTOS VITALES Y OBSERVARON QUE LA ACUMULACION DE ESTOS ESTA RELACIONADA CON PERTURBACIONES EMOCIONALES QUE SE MANIFIESTAN COMO DEPRESION, PENSAMIENTO PARANOIDE, PROPENSION AL SUICIDIO Y ANSIEDAD. LOS AUTORES HICIERON NOTAR QUE ESTA RELACION NO ES CON TODOS LOS EVENTOS VITALES, SINO SOLO CON AQUELLOS NO DESEADOS; ES DECIR, NO ES EL SIMPLE CAMBIO DE VIDA LO QUE CONTRIBUYE A LA PRESENCIA DEL TRASTORNO, COMO SUGERIAN HOLMES Y RAHE, SINO EL IMPACTO NEGATIVO QUE TALES EVENTOS NO DESEADOS PROVOCAN.

**MARCO TEORICO**

## MARCO TEORICO

DENTRO DE LA LINEA DE INVESTIGACION SOBRE LA INFLUENCIA DE LOS EVENTOS VITALES EN LA DEPRESION INFANTIL, TENEMOS QUE MUCHAS DE ESTAS SE HAN REALIZADO EXPLORANDO LA INFANCIA DEL ADULTO DEPRIMIDO; ASI, ORVASCHEL, WEISSMAN Y KIDD (1979) A PARTIR DE UNA REVISION SOBRE ESTE TEMA OBSERVARON QUE LOS ADULTOS DEPRIMIDOS TIENEN MAS PROBABILIDADES DE HABER VIVIDO EN UNA FAMILIA DISFUNCIONAL, DE EXPERIMENTAR UNA POBRE ATENCION DE LOS PADRES, RECHAZO, ABUSO Y, EN GENERAL, UN AMBIENTE NEGATIVO. TAMBIEN ROY (1987) EN UN ESTUDIO CON 300 PACIENTES ADULTOS CON DEPRESION Y 300 CONTROLES DE PERSONAS DESEMPLEADAS CON HISTORIA PREVIA DE DEPRESION, ENCONTRO EN LOS ANTECEDENTES INFANTILES DATOS DE DEPRESION EN LA FAMILIA Y SEPARACION DE ALGUNO DE LOS PADRES DE LOS SUJETOS, POR UN AÑO O MAS, ANTES DE QUE LOS PACIENTES CUMPLIERAN 17 AÑOS DE EDAD. PUCKERING (1989) AL REVISAR DIVERSOS ESTUDIOS REFERENTES A LOS FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA DEPRESION DE MUJERES CON HIJOS ENCONTRO QUE LAS MADRES QUE PODIAN CONSIDERARSE GENETICAMENTE VULNERABLES A ESTE TRASTORNO HABIAN SIDO EXPUESTAS EN ALGUN MOMENTO DE SU VIDA A EXPERIENCIAS ADVERSAS O DESAFORTUNADAS TEMPRANAS (PERDIDA DE ALGUN PADRE POR MUERTE O SEPARACION), PERO LA DEPRESION EN

ELLAS PODIA SER EL RESULTADO DE LA PRESENCIA DE DEPRESION EN GENERACIONES PREVIAS DE SU FAMILIA. EN LA HISTORIA INFANTIL DE MUJERES DEPRIMIDAS, PARKER Y MANICAVASAGAR (1986) ENCONTRARON QUE UN EPISODIO DEPRESIVO DESPUES DE LA MUERTE DE LA MADRE NO ERA UN BUEN PREDICTOR DE DEPRESION POSTERIOR. SIN EMBARGO, TRES VARIABLES FUNCIONARON COMO PREDICTORES DE DEPRESION DESPUES DE LA MUERTE DE LA MADRE: LA CLASE SOCIAL BAJA, UNA MAYOR EDAD DEL SUJETO CUANDO MURIO LA MADRE Y LA MUERTE REPENTINA DE ELLA AUNADA A UN APOYO FAMILIAR DEFICIENTE Y UN SUSTITUTO MATERNO INADECUADO.

OTRO DE LOS EVENTOS VITALES ESTUDIADOS HA SIDO LA DEPRESION PATERNA O MATERNA COMO FACTOR DE RIESGO EN LA DEPRESION INFANTIL; EN ESTE SENTIDO, ORVASCHEL ET AL. (1979) AFIRMAN QUE LA PRESENCIA DE UN PADRE DEPRIMIDO Y/O UNA HISTORIA FAMILIAR POSITIVA DE TRASTORNOS AFECTIVOS ESTA FRECUENTEMENTE ASOCIADA CON LA DEPRESION INFANTIL, "PARTICULARMENTE CUANDO LA DEPRESION ES CRONICA Y NO PARECE TENER UN PRECIPITANTE CLARO". ESTO SE ACENTUA CUANDO EL NIÑO HA INTERNALIZADO AL PADRE, LO CUAL SUCEDE GENERALMENTE DESPUES DE LOS SEIS AÑOS (ROBERTS, 1980). LA INVESTIGACION DE LA ROCHE (1989) REALIZADA DURANTE EL PERIODO DE 1983 A 1988 CON HIJOS DE PADRES CON UN TRASTORNO AFECTIVO MAYOR E HIJOS DE PADRES NORMALES MOSTRO QUE EL RIESGO A PADECER DEPRESION ERA MAS SIGNIFICATIVO EN LOS PRIMEROS QUE EN LOS SEGUNDOS. EN 1990

FENDRICH, WARNER Y WEISSMAN ESTUDIARON LA RELACION ENTRE EL AJUSTE MARITAL DE LOS PADRES, LA RELACION PADRE-HIJO, LA RELACION AFECTUOSA, LA COHESION FAMILIAR, EL DIVORCIO DE LOS PADRES Y EL DIAGNOSTICO DEL MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES III (DSM-III), EN 220 NIÑOS HIJOS DE PADRES QUE PRESENTABAN O NO DEPRESION MAYOR; CONCLUYEN QUE LA DEPRESION DE AMBOS PADRES Y LOS ANTECEDENTES FAMILIARES FUERON PREDICTORES ADECUADOS DE LA PRESENCIA POSTERIOR DE DEPRESION Y OTROS DESORDENES EN LOS NIÑOS. SIN EMBARGO, PUCKERING (1989) ENCONTRO QUE ALGUNOS NIÑOS PUEDEN MOSTRAR PROBLEMAS EMOCIONALES SIMILARES A LOS DE SU MADRE Y OTROS NO, ESPECIALMENTE LA DEPRESION.

SON POCOS LOS ESTUDIOS QUE ABORDAN DE MANERA DIRECTA LA RELACION ENTRE LOS EVENTOS VITALES Y LA DEPRESION REALIZADOS ESPECIFICAMENTE EN POBLACION INFANTIL. ENTRE ESTOS SE ENCUENTRA EL DE REINHERZ, STEWART-BERGHAYER, PAKIZ, FROST ET AL. (1989) QUE LLEVARON A CABO DURANTE 10 AÑOS EN NIÑOS Y NIÑAS ENTRE 13 Y 16 AÑOS, QUE MOSTRABAN NIVELES ALTOS DE SINTOMAS DEPRESIVOS EN EL INVENTARIO INFANTIL DE DEPRESION. LAS MEDICIONES SE EFECTUARON CUANDO LOS SUJETOS TENIAN 5, 9 Y 15 AÑOS DE EDAD. LAS NIÑAS EXPRESARON EL DOBLE DE SINTOMAS DEPRESIVOS QUE LOS VARONES. LOS FACTORES DE RIESGO PARA LOS NIVELES ALTOS DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA INCLUIAN PROBLEMAS ESCOLARES, ANSIEDAD (EXPRESADA POR NIÑOS A LA EDAD DE 9 AÑOS)

Y LA MUERTE DE UN FAMILIAR, EN EL CASO DE LAS NIÑAS. A SU VEZ, McLAREN Y BROWN (1989) REALIZARON UNA REVISION DE LA LITERATURA SOBRE LA CONDUCTA Y EL DESARROLLO DE SIGNOS QUE HAN SIDO REPORTADOS EN LOS CASOS DE ABUSO SEXUAL, DESCUIDO PATERNO Y ABUSO FISICO EN NIÑOS; OBSERVARON QUE LOS NIÑOS MOSTRARON CONDUCTA SUICIDA Y DEPRESION COMO PRODUCTO DEL ABUSO SEXUAL SUFRIDO. CON RESPECTO AL DESCUIDO PATERNO REFIEREN QUE ESTA FRECUENTEMENTE RELACIONADO CON RETRASO MENTAL, MOTOR, DE LENGUAJE Y SOCIAL. ASI MISMO, SUGIEREN QUE DIVERSOS DESORDENES INFANTILES ESTAN ASOCIADOS CON EL ABUSO FISICO MANIFESTANDOSE COMO CONDUCTA AGRESIVA, AJUSTE SOCIAL INADECUADO Y BAJA AUTOESTIMA.

LA DEPRESION ES CONSIDERADA ACTUALMENTE COMO PARTE DE UNA GAMA DE ENFERMEDADES INCLUIDAS BAJO EL RUBRO DE TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO. EN EL MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (DSM-III-R) (1987), SE LE CARACTERIZA COMO UN "ESTADO DE ANIMO DEPRIMIDO [CON SENTIMIENTOS DE MALESTAR, DESESPERANZA Y DESANIMO]... O PERDIDA DE INTERES O DE CAPACIDAD PARA EXPERIMENTAR PLACER EN TODAS O CASI TODAS LAS ACTIVIDADES, CON SINTOMAS ASOCIADOS [ALTERACION DEL APETITO, DEL SUEÑO, DEL PESO, AGITACION O ENLENTECIMIENTO PSICOMOTOR, DISMINUCION DE ENERGIA, SENTIMIENTOS EXCESIVOS E INADECUADOS DE INUTILIDAD O CULPA,

DIFICULTAD DE CONCENTRACION, IDEAS DE MUERTE RECURRENTES, IDEAS O INTENTOS DE SUICIDIO]...RELATIVAMENTE PERSISTENTES".

SIN EMBARGO, EL CONCEPTO "DEPRESION" HA SIDO CONFUSO PORQUE SE HA UTILIZADO EN DIVERSAS FORMAS: COMO SINTOMA, COMO SINDROME, O COMO UNA ENTIDAD NOSOLOGICA. (EY, BERNARD Y BRISSET, 1987).

CANTWELL Y CARLSON (1987) EXPLICAN LAS DIFERENCIAS DICHIENDO QUE LA DEPRESION COMO SINTOMA SE REFIERE A LA DISMINUCION DEL ESTADO DE ANIMO (DISFORIA), LA CUAL ES UNA EXPERIENCIA HUMANA UNIVERSAL QUE PUEDE PRESENTARSE COMO RESPUESTA A UNA PERDIDA O DESENGAÑO O BIEN SIN NINGUNA RAZON APARENTE QUE LA JUSTIFIQUE. COMO SINTOMA, LA DEPRESION PUEDE FORMAR PARTE O NO DE UN SINDROME DEPRESIVO, DE UN TRASTORNO DEPRESIVO O DE CUALQUIER OTRA PATOLOGIA PSIQUIATRICA O NO. AHORA BIEN, EN EL SINDROME DEPRESIVO, ESTA DISMINUCION EN EL ESTADO DE ANIMO APARECE ACOMPAÑADA DE OTROS SINTOMAS DE TIPO VEGETATIVO, PSICOMOTOR Y COGNITIVOS Y POR LO TANTO PUEDE FORMAR PARTE O NO DE UNA GRAN VARIEDAD DE TRASTORNOS FISICOS Y PSIQUICOS. COMO ENTIDAD NOSOLOGICA, ES DECIR, COMO TRASTORNO DEPRESIVO EL TERMINO DEPRESION POSEE UNA CONNOTACION MAS AMPLIA: SIGNIFICA QUE ADEMAS DE EXISTIR UN SINDROME DEPRESIVO, EXISTE UN "CUADRO CLINICO CARACTERISTICO, UNA HISTORIA CARACTERISTICA, UNA RESPUESTA AL TRATAMIENTO CARACTERISTICA Y

MUY PROBABLEMENTE TAMBIEN DETERMINADOS CORRELATOS FAMILIARES, AMBIENTALES Y BIOLOGICOS". PEREZ DE FRANCISCO (1986) AFIRMA QUE "LA DEPRESION ES SIN DUDA UNA ENTIDAD NOSOLOGICA CUANDO HA SIDO HEREDADA, CON UNA TRASMISION DE TIPO DOMINANTE, ES UNIPOLAR, CARECE DE CAUSAS DESENCADENANTES PROPORCIONALES A LA INTENSIDAD DE LA DEPRESION Y SOLO RESPONDE A LAS MEDIDAS TERAPEUTICAS MAS ENERGIICAS".

DEL MISMO MODO, QUIRASCO (1986) DEFINE LA DEPRESION COMO ENFERMEDAD "CUANDO EXISTE UNA ALTERACION PATOLOGICA DEL ESTADO DE HUMOR QUE SE ORIENTA Y FIJA EN EL POLO DE LA TRISTEZA DE MANERA ANORMAL, TANTO POR SU INTENSIDAD EXCESIVA COMO POR SU DURACION INDEBIDAMENTE PROLONGADA".

MIENTRAS QUE KOLB Y BRODIE (1985) DEFINEN A LA DEPRESION COMO UN "TONO AFECTIVO DE TRISTEZA", CONTRERAS Y MARVAN (1986) DIFERENCIAN ENTRE DEPRESION Y TRISTEZA, DICHIENDO QUE LA SEGUNDA ES UNA REACCION EMOCIONAL ANTE UN ESTIMULO QUE SIEMPRE ESTA PRESENTE, MIENTRAS QUE EN LA DEPRESION EL ESTIMULO NO NECESARIAMENTE ESTA PRESENTE.

ACTUALMENTE SE UTILIZAN SISTEMAS MULTIAIXIALES DE CLASIFICACION QUE CONSIDERAN SINTOMAS, CIRCUNSTANCIAS ASOCIADAS A LOS SINTOMAS, EVOLUCION PREVIA Y DURACION DE LOS

SINTOMAS, CALIDAD DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES Y CALIDAD DE LA CAPACIDAD DE TRABAJO (STRAUSS, 1975; EN LOLAS, 1983).

EL DSM-III-R (1987) SUBCLASIFICA LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO EN: 1) TRASTORNOS BIPOLARES, QUE COMPRENDEN: A) TRASTORNO BIPOLAR (UNO O MAS EPISODIOS MANIACOS, CON UNO O MAS EPISODIOS DEPRESIVOS); B) CICLOTIMIA (NUMEROSOS EPISODIOS HIPOMANIACOS Y NUMEROSOS PERIODOS CON SINTOMAS DEPRESIVOS); C) TRASTORNOS BIPOLARES NO ESPECIFICADOS. 2) TRASTORNOS DEPRESIVOS, QUE COMPRENDEN: A) DEPRESION MAYOR (UNO O MAS EPISODIOS DE DEPRESION MAYOR); B) DISTIMIA [NEUROSIS DEPRESIVA] (HISTORIA DE ESTADO DE ANIMO DEPRIMIDO POR MAS DE DOS AÑOS).

EL DSM-III-R RECOMIENDA EL USO DE UN SISTEMA MULTIAXIAL DE EVALUACION QUE INCLUYE EL DIAGNOSTICO DEL TRASTORNO MENTAL EN EL EJE I, AL EJE II CORRESPONDE LA ASIGNACION DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y DEL DESARROLLO, EL EJE III SE RESERVA PARA UBICAR LOS TRASTORNOS Y ESTADOS FISICOS, EN TANTO QUE EN EL EJE IV SE SEÑALA LA INTENSIDAD DEL ESTRES PSICOSOCIAL, EL EJE V SE OCUPA PARA INDICAR EL NIVEL MAXIMO DE ADAPTACION EN EL TRANCURSO DEL ULTIMO AÑO.

POR LO QUE SE REFIERE A LA PREVALENCIA DE ESTE TRASTORNO, EN 1959, SEGUN ROBINS, LA DEPRESION SEVERA ALCANZABA UNA

PREVALENCIA DE 1% PARA LOS HOMBRES Y 2% PARA LAS MUJERES; PARA 1980 Y DE ACUERDO A STARIUS "CERCA DEL 3% DE LA POBLACION MUNDIAL SUFRIA TRASTORNOS DEPRESIVOS DE DIFERENTES TIPOS" (CITADOS EN PEREZ DE FRANCISCO, 1986). STARIUS OPINA QUE LA PREVALENCIA AUMENTA DEBIDO AL AUMENTO EN LA ESPERANZA DE VIDA, AL INCREMENTO EN LAS SITUACIONES ESTRESANTES, A LA ELEVACION EN EL NUMERO DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, GASTROINTESTINALES, CEREBRO-VASCULARES Y TRASTORNOS NEUROLOGICOS QUE SUELEN ACOMPAÑARSE DE DEPRESION EN APROXIMADAMENTE EL 20% DE LOS CASOS, Y POR ULTIMO AL SOBRECOSUMO DE MEDICAMENTOS. EN 1986 CARDENAS MENCIONA QUE SE HA CALCULADO QUE LA DEPRESION AFECTA AL 10% DE LA POBLACION MUNDIAL, AUNQUE SOLO EL 1.5% DE TODOS LOS CASOS RECIBEN ATENCION MEDICA Y ESCASAMENTE EL 0.2% RECIBE TRATAMIENTO PSIQUIATRICO. A ESTE RESPECTO PEREZ DE FRANCISCO (1986) AFIRMA QUE DE CADA 10 PACIENTES QUE ACUDEN AL MEDICO GENERAL, UNO ESTA DEPRIMIDO. EL MISMO SUGIERE QUE LAS AREAS QUE DEBEN EXPLORARSE ANTE LA SOSPECHA DE DEPRESION SON EL SUEÑO, EL APETITO, EL DESEO O INTERES SEXUAL Y, DE MANERA IMPORTANTE, EL RIESGO SUICIDA. EN ESTE SENTIDO DIVERSAS INVESTIGACIONES REPORTAN QUE EL SUICIDIO ESTA ASOCIADO: CON LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS (KING, RASKIN, GDOWSKI, BUTRUS Y OPIPARI, 1990); CON EVENTOS TALES COMO DISFUNCION FAMILIAR, PROBLEMAS EN LA RELACION PADRE/HIJO, ABUSO FISICO Y SEXUAL,

RECHAZO PATERNO (HUSAIN, 1990); Y, CON EL INCREMENTO DE LA POBLACION Y DEL INDICE DE VIOLENCIA (PFEFFER, 1986). EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EL SUICIDIO SE ASOCIA A VARIABLES COMO LA AUTO-PERCEPCION, EL ESTRES Y LA PSICOPATOLOGIA MATERNA (MYERS, MC CAULEY Y CALDERON, 1991).

COMO SE MUESTRA, LA DEPRESION HA SIDO ESTUDIADA PRINCIPALMENTE EN ADULTOS; SIN EMBARGO LA DEPRESION INFANTIL HA RESULTADO UN CONCEPTO POLEMICO QUE CARECE DE UNIFORMIDAD COMO ENTIDAD NOSOLOGICA (ORVASCHEL, 1982).

PARTIENDO DEL MODELO DE LA MELANCOLIA EN EL ADULTO, SE PODRIA DECIR QUE ESTE TRASTORNO NO SE PRESENTA EN EL NIÑO. DE HECHO, SLATER Y ROTH EN 1969 (EN GARBER, 1988) AFIRMARON QUE LOS NIÑOS ESTABAN INMUNIZADOS CONTRA LOS CAMBIOS DE HUMOR DE LARGA DURACION; ADEMAS, CONSIDERABAN QUE ESTE FENOMENO NUNCA APARECIA ANTES DE LA PUBERTAD.

ESTA POSTURA Y OTRAS SEMEJANTES DAN LA IMPRESION DE QUE NI LA SOCIEDAD NI LOS ESPECIALISTAS CONSIDERABAN QUE LOS NIÑOS PODIAN DEPRIMIRSE. SEGUN BLACK (1987), ESTA ACTITUD ES SIMILAR A LA QUE SE ADOPTO TIEMPO ANTES CON RESPECTO A LA SEXUALIDAD INFANTIL.

DESDE ANTES DE LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL SE CONTABA CON ALGUNAS OBSERVACIONES SOBRE NIÑOS DEPRIMIDOS (STRECKER, 1921; BARRET, 1931), SIN EMBARGO, ESTAS NO ERAN CONSIDERADAS "DEPRESIONES VERDADERAS", MAS BIEN ERAN VISTAS COMO EL INICIO DE LA CONDICION DEPRESIVA DEL ADULTO. ESTE CONCEPTO SE VIO REFORZADO CON ALGUNAS TEORIAS QUE SE FORMULARON COMO LA DE MELANIE KLEIN QUIEN POSTULO LA EXISTENCIA DE UN ESTADO DEPRESIVO EN EL DESARROLLO TEMPRANO DEL NIÑO. (SEGAL, 1988).

POSTERIOR A LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL, SPITZ (1945, 1946) Y BOWLBY (1953), HABLARON ACERCA DE LA DEPRESION ANACLITICA EN EL NIÑO. EN 1960 SCOTT REALIZO UNA EXTENSA REVISION DE LOS TRABAJOS PUBLICADOS ACERCA DE LA PSICOSIS MANIACO DEPRESIVA EN NIÑOS, RECONOCIENDO QUE PARTE DE LA CONFUSION SE DEBIA A LOS PROBLEMAS SEMANTICOS, CONCEPTUALES, DIAGNOSTICOS Y METODOLOGICOS QUE EXISTIAN.

EN LA DECADA DE LOS SETENTAS SE EMPEZO A HABLAR DE LA EXISTENCIA DE "DEPRESION ENMASCARADA", ASI COMO DE "EQUIVALENTES DEPRESIVOS" EN LA INFANCIA. QUIENES DEFENDIAN ESTOS CONCEPTOS ENFATIZABAN QUE LA DEPRESION INFANTIL PODRIA PRESENTARSE EN AUSENCIA DE ALTERACIONES CLARAS DEL AFECTO, MANIFESTANDOSE POR SINTOMAS DIFERENTES A LOS DEL ADULTO.

POR SU PARTE EN 1967 ANTHONY (EN CYTRYN Y MCNEW, 1972), SEÑALO QUE LAS DIFERENCIAS ENTRE LA DEPRESION INFANTIL Y LA DEL ADULTO OBEDECEN A LA INCAPACIDAD DEL NIÑO PARA MANIFESTAR DE MANERA VERBAL SUS ESTADOS AFECTIVOS DEBIDO AL DESARROLLO INCOMPLETO DEL SUPERYO Y A UNA REPRESENTACION INCONSISTENTE DEL SELF.

EN 1979 ORVASCHEL ET AL. REVICARON SEIS ESTUDIOS QUE VAN DE 1970 A 1979, ENFOCADOS A VERIFICAR LA EXISTENCIA DE LA DEPRESION INFANTIL. AUNQUE TALES ESTUDIOS EMPLEAN LOS TERMINOS "DEPRESION ENMASCARADA", "EQUIVALENTES DEPRESIVOS" Y ADEMAS MUESTRAN DIFICULTAD PARA DISTINGUIR ENTRE LA DEPRESION COMO SINTOMA O COMO SINDROME, ORVASCHEL ET AL. CONCLUYEN QUE DICHOS ESTUDIOS SUGIEREN LA EXISTENCIA DE DEPRESION EN NIÑOS, ESPECIALMENTE EN PREADOLESCENTES Y ADOLESCENTES, Y QUE TAL DIAGNOSTICO PUEDE SER "HECHO CONFIABLEMENTE SOBRE LAS BASES DE SINTOMAS ESPECIFICOS SIMILARES AL SINDROME DEPRESIVO EN ADULTOS".

CYTRYN Y MCNEW (1972) EN UN INTENTO POR IDENTIFICAR Y CARACTERIZAR LOS DIVERSOS TIPOS DE DEPRESION INFANTIL, REALIZARON UNA CLASIFICACION EN TRES CATEGORIAS. SE BASARON EN LAS MANIFESTACIONES CLINICAS, LOS ANTECEDENTES FAMILIARES, LA DURACION DE LA ENFERMEDAD, LA HISTORIA PREMORBIDA Y LOS FACTORES PRECIPITANTES EN 37 NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS DE EDAD.

CATEGORIZARON EL FENOMENO DEPRESIVO EN TRES TIPOS: 1) REACCION ENMASCARADA DEPRESIVA DE LA INFANCIA, MANIFESTADA POR AGRESION ABIERTA, CONDUCTA DE TIPO "ACTING OUT", AUSENCIA DE PATOLOGIA DEPRESIVA EN LA FAMILIA Y DATOS DE INESTABILIDAD FAMILIAR, MALTRATO, PADRE ALCOHOLICO Y/O IRRESPONSABLE Y MADRE "NO DISPONIBLE POR TRABAJO"; 2) REACCION AGUDA DEPRESIVA DE LA INFANCIA, CARACTERIZADA POR TRISTEZA, AISLAMIENTO, ANSIEDAD, TRASTORNOS VEGETATIVOS, PROBLEMAS ESCOLARES, DIFICULTADES INTERPERSONALES E IDEACION SUICIDA. SE SEÑALA UN BUEN AJUSTE PREMORBIDO, LA PRESENCIA DE UN EVENTO PRECIPITANTE Y Poca PATOLOGIA FAMILIAR; 3) REACCION CRONICA DEPRESIVA DE LA INFANCIA, QUE PRESENTA CONDUCTA E IDEACION SUICIDA, HUMOR DEPRIMIDO, SEPARACION DE LA FIGURA MATERNA DESDE LA NIÑEZ TEMPRANA, PERDIDA DE OBJETO EN LA NIÑEZ TEMPRANA, PRESENCIA DE DEPRESION FAMILIAR, ESPECIALMENTE EN LA MADRE E HISTORIA DE DEPRIVACION EMOCIONAL.

EN LA MISMA INVESTIGACION CYTRYN Y MCNEW MENCIONAN QUE EL CUADRO DE DEPRESION PUEDE SER MAS CLARO Y MARCADO, PARTICULARMENTE CUANDO ES PRECIPITADO POR LA PERDIDA DE UN PADRE O SU SUSTITUTO, YA SEA REAL, SIMBOLICA O ANTE LA AMENAZA DE ELLO.

RUTTER EN 1972, SUGIRIO QUE DEBEN ESTUDIARSE LOS PATRONES CLINICOS DEL SINDROME DEPRESIVO MEDIANTE UN ANALISIS ESTADISTICO DE CONGLOMERADOS PARA DETERMINAR SI EL AGRUPAMIENTO DE LAS CARACTERISTICAS CLINICAS DIFIERE EN FORMA SISTEMATICA ENTRE LOS NIÑOS CON DEPRESION Y LOS NIÑOS CON OTROS DIAGNOSTICOS. PARA TAL FIN LOS DATOS A CONSIDERAR DEBEN SER: LA HISTORIA FAMILIAR, LOS FACTORES PRECIPITANTES, LA DURACION Y EL INICIO DEL PADECIMIENTO, EL SEXO, EL DESEMPEÑO INTELECTUAL Y ESCOLAR ASI COMO LA RESPUESTA A LOS ANTIDEPRESIVOS.

PEARCE (1978) ESTUDIO 547 NIÑOS (EXCLUYENDO AQUELLOS CON RETRASO MENTAL, PSICOSIS ORGANICA, AUTISMO O ESQUIZOFRENIA), CUYAS EDADES FLUCTUABAN ENTRE LOS 3 Y 7 AÑOS. LOS RESULTADOS MOSTRARON QUE EL 20% DE ELLOS PRESENTABAN DEPRESION Y QUE ESTO SE ASOCIABA CON UNA ALTA INCIDENCIA DE IDEAS SUICIDAS, PERCEPCIONES ANORMALES, IDEAS DE REFERENCIA, ALTERACIONES EN EL SUEÑO Y EN EL APETITO, IRRITABILIDAD, HIPOCONDRIASIS Y RECHAZO ESCOLAR. EN EL ANALISIS DISCRIMINANTE SE ENCONTRO QUE ESTOS SINTOMAS DIFERENCIABAN CLARAMENTE A LOS PACIENTES DEPRIMIDOS DE LOS NO DEPRIMIDOS. EL SUBGRUPO DE PACIENTES DEPRIMIDOS TENIA, ADEMAS, OTRAS CARACTERISTICAS COMO MAYOR EDAD, MAYOR ALTERACION EMOCIONAL, MAS PROBLEMAS CON MIEMBROS DE LA FAMILIA Y MAS EXPERIENCIAS EMOCIONALES TENSIONANTES. EN BASE A LOS RESULTADOS QUE OBTUVO PEARCE CONCLUYE QUE "EL

TERMINO "EQUIVALENTES DEPRESIVOS" ES ERRONEO, CONFUSO Y POCO UTIL Y QUE LA DEPRESION SE PRESENTA CON Poca FRECUENCIA ANTES DE LOS 8 AÑOS DE EDAD".

EL DSM-III-R (1987) ESTABLECE QUE "AUNQUE LOS SINTOMAS ESENCIALES DEL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR SON SIMILARES EN NIÑOS, ADOLESCENTES Y ADULTOS, HAY DIFERENCIAS EN LOS SINTOMAS ASOCIADOS. EN LOS NIÑOS...SON FRECUENTES LAS QUEJAS SOMATICAS, LA AGITACION PSICOMOTORA Y LAS ALUCINACIONES CONGRUENTES CON EL ESTADO DE ANIMO...SON HABITUALES LOS TRASTORNOS POR ANSIEDAD DE LA INFANCIA Y LAS FOBIAS. EN LOS ADOLESCENTES...CONDUCTA NEGATIVISTA O CLARAMENTE ANTISOCIAL Y LA TOMA DE ALCOHOL O DROGAS ILEGALES....DESEOS DE MARCHAR DE CASA, SENTIMIENTO DE NO SER COMPRENDIDO O APROBADO, INQUIETUD, MALHUMOR, AGRESIVIDAD....RESENTIMIENTO, DESGANO EN COOPERAR EN LAS CUESTIONES FAMILIARES, RETRAIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES SOCIALES, RECLUSION EN LA PROPIA HABITACION,...DIFICULTADES ESCOLARES,...FALTA DE CUIDADO DEL ASPECTO PERSONAL Y AUMENTO EN LA EMOCIONABILIDAD, CON ESPECIAL SENSIBILIDAD AL RECHAZO EN LAS RELACIONES AMOROSAS".

AUTORES COMO HERSOV Y RIE (EN AJURIAGUERRA, 1980) NO ESTAN DE ACUERDO EN EXTRAPOLAR UNA CLASIFICACION PARA TRASTORNOS DEL ADULTO AL NIÑO, ARGUMENTANDO QUE EL NIÑO NO ES UN ADULTO EN MINIATURA Y QUE ES INCAPAZ DE VERBALIZAR UN ESTADO AFECTIVO,

YA QUE SU SUPERYO NO HA COMPLETADO SU DESARROLLO Y FINALMENTE, CARECE DE UNA REPRESENTACION ESTABLE DEL "SELF". EN ESTA DIRECCION, FLEMING (1990) REALIZO UNA REVISION BIBLIOGRAFICA DE 14 ESTUDIOS SOBRE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES; EL AUTOR REFIERE QUE "LOS DESORDENES DEPRESIVOS GRAVES O PROFUNDOS SON POCO COMUNES EN NIÑOS PREPUBERALES, PERO EN ADOLESCENTES SE INCREMENTA LA FRECUENCIA". SIN EMBARGO, KASHANI, HOLCOMB Y ORVASCHEL (1986) EN UN ESTUDIO REALIZADO CON 109 NIÑOS PREESCOLARES ENTRE 2.5 Y 6 AÑOS EN EL CUAL EVALUARON DEPRESION Y SINTOMAS DEPRESIVOS PROPORCIONARON EVIDENCIAS ACERCA DE LA EXISTENCIA DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN NIÑOS PREESCOLARES.

CON RESPECTO A LA ETIOLOGIA DE LA DEPRESION, NUEVAMENTE NOS ENCONTRAMOS CON UN AREA CONTROVERTIDA DONDE SE HA PROPUESTO UNA AMPLIA GAMA DE FACTORES ETIOPATOGENICOS, QUE VAN DESDE ANORMALIDADES NEUROENDOCRINAS HASTA FACTORES COMO INFECCIONES CEREBRALES O DAÑO CEREBRAL (AJURIAGUERRA, 1980; CYTRYN Y MCNEW, 1980).

LO QUE ES MAS PROBABLE, DICEN AKISKAL Y WELLER (EN KAPLAN Y SADOCK, 1989), ES QUE SEAN VARIOS LOS FACTORES ETIOLOGICOS QUE INTERVIENEN SEPARADAMENTE Y DESEMBOCAN EN UN RESULTADO COMUN, EN ESTE CASO DEPRESION. SEÑALANDO TAMBIEN QUE ES POSIBLE QUE ALGUNOS FACTORES DE RIESGO PARA LOS TRASTORNOS

DEPRESIVOS SEAN COMUNES A NIÑOS, ADOLESCENTES Y ADULTOS, CLASIFICANDOLOS EN:

1) FACTORES GENETICOS.

RUDIN (EN KOLB Y BRODIE, 1985) AFIRMO QUE LA PSICOSIS MANIACO DEPRESIVA ES VEINTICINCO VECES MAS FRECUENTE ENTRE LOS HERMANOS DE PACIENTES MANIACO DEPRESIVOS QUE ENTRE LA POBLACION GENERAL. POR OTRA PARTE, EN LOS ESTUDIOS CON GEMELOS MONOCIGOTICOS (MZ) Y DICIGOTICOS (DZ), LAS TASAS DE CONCORDANCIA OBTENIDAS POR VARIOS AUTORES VARIAN EN GEMELOS MZ ENTRE EL 50% Y 92.5% CON UNA MEDIA DE 69.3%, EN TANTO QUE LA CONCORDANCIA EN GEMELOS DZ VA DE 0% A 38.5%, CON UNA MEDIA DE 20% (MENDLEWICZ, 1988). LAS INVESTIGACIONES DE MENDLEWICZ EN COLABORACION CON FIEB Y FLEISS EN 1975 (EN MENDLEWICZ, 1988) APOYAN LOS DATOS PREVIOS DE QUE UN FACTOR DOMINANTE LIGADO AL CROMOSOMA X PARTICIPA EN LA TRASMISION DE LA PREDISPOSICION A LA ENFERMEDAD MANIACO DEPRESIVA.

2) FACTORES BIOLÓGICOS, QUE PUEDEN SER:

- NEUROQUÍMICOS. SE REFIEREN A LOS NIVELES DE CATECOLAMINAS Y METABOLITOS EN LOS PACIENTES DEPRIMIDOS (SCHATZBERG ET AL., 1989).

- NEUROENDOCRINOS. A ESTE RESPECTO, ALGUNOS AUTORES COMO SACHAR (1975) Y PUIG-ANTICH (1979), REPORTAN UNA ALTERACION EN EL RITMO CIRCADIANO DE SECRECION DEL CORTISOL, SIMILAR A LA QUE PRESENTAN LOS ADULTOS CON DEPRESION MAYOR.

- NEUROFISIOLOGICOS. SE HA MENCIONADO LA EXISTENCIA DE UN INCREMENTO EN LA LATENCIA AL PRIMER EPISODIO DE SUEÑO DE MOVIMIENTOS OCULARES RAPIDOS EN LOS NIÑOS DEPRIMIDOS (KUPFER, 1979).

LA EXISTENCIA DE UNA RESPUESTA FAVORABLE A LOS ANTIDEPRESIVOS SUGIERE LA INTERVENCION DE FACTORES BIOLÓGICOS, DETERMINADOS PROBABLEMENTE DE MANERA GENÉTICA, EN LOS NIÑOS CON ESTOS TRASTORNOS (CYTRYN Y MCNEW, 1980; BLACK, 1987).

DESAFORTUNADAMENTE, LA CONFUSION SEMANTICA Y LAS DIFICULTADES DEL DIAGNOSTICO Y DE LOS METODOS DE EVALUACION UTILIZADOS EN LOS DIFERENTES ESTUDIOS OBLIGAN A TOMAR CON CAUTELA ESTOS HALLAZGOS, SIN QUE POR ELLO SE NIEGUE SU EXISTENCIA.

### 3) FACTORES PSICOSOCIALES.

- SEPARACION DE OBJETOS IMPORTANTES. MUCHOS PACIENTES DEPRIMIDOS TIENEN ANTECEDENTES DE SEPARACIONES FRECUENTES DE SUS OBJETOS AMADOS (PADRE, MADRE) POR PERIODOS PROLONGADOS

DURANTE LOS PRIMEROS AÑOS DE SU VIDA, O MUERTE DE ALGUNO DE ELLOS. (BESCOS E HIDALGO, 1988; PARKER Y MANICAVASAGAR, 1986; REINHERZ ET AL, 1989; ROY, 1987).

- RELACION PADRE-HIJO. PARECE POSIBLE ACEPTAR QUE AUNQUE LA DEPRESION MATERNA TENGA COMPONENTES HEREDITARIOS QUE INCREMENTAN EL RIESGO EN LOS HIJOS DE PADECER DEPRESION, (FENDRICH ET AL., 1990; HARJAN, 1989; LA ROCHE, 1989; ORVASCHEL ET AL., 1979; ROBERTS, 1980; WEINTRAUB, 1987), EXISTEN OTROS COMPONENTES QUE AFECTAN AL NIÑO A TRAVES DE UN PROCESO DE IDENTIFICACION DEL PEQUEÑO CON LA FIGURA PATERNA O MATERNA O BIEN DEBIDO A LA FALTA DE CONTACTO AFECTIVO CON EL HIJO COMO CONSECUENCIA DE SU ENFERMEDAD. (AKISKAL Y WELLER EN KAPLAN, 1989). EL RECHAZO, EL MALTRATO Y EL ABUSO SON FORMAS DE RELACION FRECUENTES ENTRE LOS PADRES CON TRASTORNOS AFECTIVOS Y SUS HIJOS. (KASHANI, 1988; ORVASCHEL ET AL., 1979; Y, ROBERTS, 1980).

- DISTORSIONES COGNITIVAS. SE REFIERE A LAS ACTITUDES NEGATIVAS, HACIA EL MUNDO, HACIA SI MISMO Y HACIA EL FUTURO, CARACTERISTICAS DEL PENSAMIENTO DE LOS SUJETOS DEPRIMIDOS, EN DONDE LOS EPISODIOS DE DESESPERANZA ACTIVAN ESQUEMAS COGNITIVOS ORGANIZADOS EN MATRICES DE EXPECTATIVAS NEGATIVAS; ESTOS ESQUEMAS NEGATIVOS AL SER PUESTOS EN MARCHA POR LAS

EXPERIENCIAS DIARIAS TIENDEN A CONTROLAR LAS EXPECTATIVAS DEL SUJETO SOBRE LAS CONSECUENCIAS DE SUS METAS INMEDIATAS O FUTURAS. (BECK ET AL., 1979 Y 1985 EN GREENE, 1989). TAMBIEN SE REFIERE AL HECHO DE QUE LOS SUJETOS DEPRIMIDOS TIENDEN A ATRIBUIR LOS EVENTOS POSITIVOS A CAUSAS EXTERNAS, ESPECIFICAS E INESTABLES EN TANTO QUE LOS NEGATIVOS SON EXPLICADOS APELANDO A CAUSAS INTERNAS, GLOBALES Y ESTABLES. (CURRY Y CRAIGHEAD, 1990; JARRETT, 1990).

- EVENTOS VITALES ESTRESANTES. LA INVESTIGACION EN ESTE ASPECTO INCLUYE TODOS AQUELLOS SUCEOS QUE OCURREN EN LA VIDA DE LOS SUJETOS, QUE DEMANDAN CAMBIOS ADAPTATIVOS (BECK Y ROSENBERG, 1986) Y QUE PUEDEN IR DESDE EL INGRESO A LA ESCUELA HASTA SITUACIONES EN QUE EL NIÑO HA SIDO SOMETIDO A MALTRATO FISICO O ABUSO SEXUAL (KING, 1990; Y MC LAREN Y BROWN, 1989). EN UN SENTIDO ESTRICTO, LA SEPARACION DE OBJETOS IMPORTANTES Y LA RELACION PADRE/HIJO SON EVENTOS QUE OCURREN EN LA VIDA DEL NIÑO, QUE PROVOCAN CAMBIOS EN SUS ACTIVIDADES, DE ACUERDO CON LA DEFINICION DE HOLMES Y RAHE (DOHRENWEND ET AL., 1978).

CABE HACER NOTAR QUE ANTE EL INCREMENTO EN LOS DESORDENES AFECTIVOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES SE HAN TRATADO DE INDUCIR SINTOMAS, ESTRES AMBIENTAL, DESESPERANZA APRENDIDA, SEPARACION SOCIAL Y PROCEDIMIENTOS DE CRIANZA EN ANIMALES CON

OBJETO DE OBSERVAR SU VULNERABILIDAD A TALES ESTIMULOS.  
(HARRIS, 1989).

LOS FACTORES PSICOSOCIALES HAN SIDO ESTUDIADOS BAJO  
DIFERENTES NOMENCLATURAS DENTRO DE LAS CUALES SE PUEDE  
ENCONTRAR:

A) ESTRESORES SOCIALES, QUE SE REFIEREN A "CUALQUIER GRUPO DE  
CIRCUNSTANCIAS CUYA PRESENCIA SIGNIFICA O REQUIERE UN CAMBIO  
EN LOS PATRONES DE VIDA DEL SUJETO" (HOLMES Y RAHE, 1967, EN  
DOHRENWEND, B.S., KRASNOFF, ASKENASY Y DORENWEND, B.P., 1978);

B) ENTRADAS Y SALIDAS DE EVENTOS, LAS ENTRADAS SON  
CONSIDERADAS COMO "AQUELLOS EVENTOS QUE IMPLICAN LA  
INTRODUCCION DE UNA NUEVA PERSONA EN EL CAMPO SOCIAL  
INMEDIATO DEL SUJETO" Y LAS SALIDAS SON "EVENTOS QUE  
CLARAMENTE IMPLICAN SALIDAS DEL CAMPO SOCIAL DEL SUJETO"  
(PAYKEL ET AL., 1969);

C) EVENTOS VITALES INDESEABLES Y DESEABLES, (PAYKEL ET AL.,  
1969);

D) CRISIS, QUE SE DEFINE COMO "UNA EXPERIENCIA QUE CAUSA  
DOLOR O EXIGE UNA TRANSFORMACION DEL ROL QUE DESEMPEÑA EL  
SUJETO" (ANTONOVSKY Y KATS, 1972);

E) FACTORES PREDISONENTES, "SON PATRONES CONDUCTUALES DE LARGA DURACION, EXPERIENCIAS INFANTILES Y CARACTERISTICAS DURADERAS, PERSONALES Y SOCIALES QUE PUEDEN ALTERAR LA SUSCEPTIBILIDAD DEL INDIVIDUO A LA ENFERMEDAD" (RABKIN Y STRUENING, 1976);

F) EVENTO VITAL, "ES AQUEL SUCESO OCURRIDO CON SUFICIENTE MAGNITUD PARA PROVOCAR CAMBIOS EN LAS ACTIVIDADES USUALES DE LA MAYORIA DE LOS INDIVIDUOS QUE LOS EXPERIMENTAN" (HOLMES Y RAHE, EN DOHRENWEND ET AL., 1978);

G) CIRCUNSTANCIAS ESTRESANTES, SON "AQUELLAS CIRCUNSTANCIAS QUE LLEVAN A UNA PERSONA A ALTERAR SIGNIFICATIVA Y PROBLEMATICAMENTE SUS PATRONES DE VIDA" (HOLAHAN Y MOOS, 1987);

H) EVENTOS ESTRESANTES SOCIALES Y EVENTOS ESTRESANTES VITALES (WHEATLEY, 1990). LOS PRIMEROS SON EVENTOS RELACIONADOS CON DIVERSAS AREAS, QUE PROVOCAN ESTRES Y CUYA CARACTERISTICA ES QUE SON SUCESOS ACTUALES, A DIFERENCIA DE LOS SEGUNDOS QUE SON EVENTOS SUCEDIDOS EN EL PASADO.

COMO PUEDE OBSERVARSE, EL TERMINO ESTRESANTE ES INCLUIDO COMO ADJETIVO DE LOS EVENTOS VITALES, LO CUAL HACE NECESARIA LA

DEFINICION DE ESTRES COMO "LA RESPUESTA DEL ORGANISMO A LAS CONDICIONES ESTRESANTES O ESTRESORES, CONSISTENTE EN UN PATRON DE REACCION PSICOLOGICA Y FISIOLÓGICA, PUDIENDO SER AMBAS INMEDIATAS Y DIFERIDAS", DICHO DE OTRA FORMA "ES LA RESPUESTA DEL ORGANISMO A LAS DEMANDAS AMBIENTALES" (RABKIN Y STRUENING, 1976).

EL CONOCIMIENTO DE LA EXISTENCIA DE EVENTOS QUE ANTECEDEN A LA DEPRESION NO ES RECIENTE PUESTO QUE AYUSO Y EZQUIAGA (1987) MENCIONAN QUE KRAEPELIN, AL INDICAR LAS CAUSAS DE LA DEPRESION SEÑALO QUE "LOS EPISODIOS EMPIEZAN FRECUENTEMENTE DESPUES DE LA ENFERMEDAD O MUERTE DE LOS FAMILIARES PROXIMOS...PELEAS CON LOS VECINOS O FAMILIARES, PLEITOS, TEMOR A LA BANCARROTA, DISPUTAS CON LOS AMANTES, EL AMOR NO CORRESPONDIDO, LA INFIDELIDAD, LAS DIFICULTADES FINANCIERAS, LAS PERDIDAS, LAS COMPRAS, LAS VENTAS, LAS MUDANZAS, LA FATIGA POR CUIDAR UN ENFERMO, LOS COMPROMISOS MATRIMONIALES Y LA PRIMERA RELACION SEXUAL".

SIN EMBARGO, ES EN LOS ULTIMOS 50 AÑOS QUE SE HA INVESTIGADO ACERCA DEL PAPEL QUE JUEGAN LOS EVENTOS VITALES EN LA ETIOLOGIA DE DIVERSAS ENFERMEDADES RECONOCIENDOSELE FORMALMENTE EN LA CONFERENCIA SOBRE ESTRES Y ENFERMEDADES FISICAS DE 1949. EL PROPOSITO DE DICHAS INVESTIGACIONES HA SIDO "EXPLORAR LA ASOCIACION TEMPORAL ENTRE EL INICIO DE LA

ENFERMEDAD Y UN INCREMENTO EN EL NUMERO DE EVENTOS QUE REQUIEREN RESPUESTAS ADAPTATIVAS SOCIALMENTE POR PARTE DEL SUJETO" (RABKIN Y STRUENING, 1976). DICHS AUTORES TAMBIEN AFIRMAN QUE EL IMPACTO DE LOS EVENTOS VITALES ES ADITIVO, ES DECIR, A MAYOR NUMERO DE EVENTOS, MAYOR EFECTO, INDEPENDIENTEMENTE DEL TIPO DE ENFERMEDAD.

RABKIN (1980) REVISO LA LITERATURA ACERCA DE LA PRESENCIA DE EVENTOS PARTICULARES O EXPERIENCIAS DIRECTAS DE LOS PACIENTES ANTES DE PRESENTAR ALGUN EPISODIO DE ESQUIZOFRENIA, Y QUE PODRIAN CONSIDERARSE COMO FACTORES PRECIPITANTES DE LA ENFERMEDAD. ENCONTRO QUE LA MAYORIA DE LOS AUTORES QUE HAN ESTUDIADO LOS EVENTOS VITALES Y EL CURSO DE ALGUNA ENFERMEDAD COINCIDEN EN QUE EXISTEN EVENTOS VITALES CONSTANTES EN LAS HISTORIAS DE LOS PACIENTES, EN COMPARACION CON GRUPOS DE SUJETOS NORMALES. LA AUTORA SUGIERE QUE LOS EVENTOS PUEDEN CONTRIBUIR A INCREMENTAR EL NIVEL DE ESTRES, AUNADO AL CONTEXTO EN QUE SUCEDEN. DE HECHO, LOS EVENTOS REPORTADOS POR LOS PACIENTES NO SON POR SI MISMOS SUFICIENTES, NI CUALITATIVA NI CUANTITATIVAMENTE PARA QUE SE PRESENTE UNA ENFERMEDAD COMO TAL, SINO MAS BIEN CONSTITUYEN UN FACTOR DE RIESGO, ES DECIR, INCREMENTAN LA PROBABILIDAD DE QUE EL SUJETO ENFERME.

NO OBSTANTE LO ANTERIOR, PARA HOLAHAN Y MOOS (1987) EL FACTOR DE RIESGO, INDICA "EL GRADO DE VULNERABILIDAD O SUSCEPTIBILIDAD A LA ENFERMEDAD FISICA O PSICOLOGICA Y ESTA ASOCIADO A DEMANDAS Y ESTRESORES DE LA VIDA".

ANTONOVSKY Y KATS (1967) PROPONEN UNA TECNICA PARA MEDIR LA "HISTORIA DE CRISIS VITALES" QUE PUEDE SER UTIL EN INVESTIGACIONES EPIDEMIOLOGICAS, TOMANDO COMO PUNTO DE PARTIDA LA IDEA DE QUE "LA ENFERMEDAD RESULTA DE LA INTERACCION DE VARIOS FACTORES DENTRO DE LOS CUALES EL ESTRES DEBE SER INCLUIDO ENTRE LAS CONDICIONES INVOLUCRADAS EN EL DESARROLLO DE UNA ENFERMEDAD". DICHA PROPUESTA COMPRENDE DOS PUNTOS PRINCIPALES: QUE LOS GRUPOS ESTUDIADOS SEAN APAREADOS EN CARACTERISTICAS SOCIOCULTURALES Y QUE LAS PREGUNTAS SE LIMITEN A SITUACIONES OBJETIVAS, QUE PUEDAN SER CONSIDERADAS COMO ESTRESANTES UNIVERSALES. LOS AUTORES REALIZARON UN ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO EN ISRAEL, CON UNA POBLACION DE 50 PACIENTES CON ESCLEROSIS MULTIPLE Y 50 CONTROLES, UTILIZANDO UN CUESTIONARIO DE 30 PREGUNTAS CLASIFICADAS EN CUATRO AREAS: TRAUMA FISICO (ENFERMEDAD, OPERACIONES), CAMBIOS EN EL AMBIENTE GENERAL (DE RESIDENCIA, MIGRACION), CAMBIOS QUE AFECTAN PRINCIPALMENTE LAS RELACIONES INTERPERSONALES (MATRIMONIO, MUERTE DE FAMILIARES) Y CAMBIOS EN LA POSICION SOCIAL (TIPO DE TRABAJO, DESEMPLEO). SE ASIGNO DIFERENTE PUNTUACION A CADA EVENTO CRITICO, DEPENDIENDO DE LA GRAVEDAD DE CADA UNO. DENTRO DE LOS RESULTADOS LA PUNTUACION TOTAL DE

LOS PACIENTES FUE SIGNIFICATIVAMENTE SUPERIOR A LA DE LOS CONTROLES. LOS CAMBIOS EN LA POSICION SOCIAL NO FUERON SIGNIFICATIVOS, PERO SI LOS CAMBIOS EN EL AMBIENTE GENERAL Y EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES.

PARALELAMENTE, EN 1967 HOLMES Y RAHE (EN RABKIN Y STRUENING, 1976) PUBLICARON UNA LISTA DE 43 EVENTOS VITALES QUE REPRESENTAN SITUACIONES COMUNES EN EL AMBITO FAMILIAR, PERSONAL, OCUPACIONAL Y ECONOMICO, QUE REQUIEREN UN AJUSTE O ADAPTACION AL CAMBIO SUSCITADO. EN LA VERSION ORIGINAL, DENOMINADA "CEDULA DE LAS EXPERIENCIAS RECIENTES" [SCHEDULE OF RECENT EXPERIENCE (SRE)], CADA EVENTO CONSTITUIA UN PUNTO QUE SE SUMABA A LOS DEMAS, SIN IMPORTAR LA CLASE DE SITUACION QUE GENERABA EL CAMBIO, NI EL EFECTO QUE PROVOCARA. POSTERIORMENTE, SE REALIZO UNA MODIFICACION A LA LISTA INICIAL EN LA CUAL SE ASIGNARON VALORES DIFERENTES A CADA UNO DE LOS REACTIVOS, DE ACUERDO AL GRADO NECESARIO DE REAJUSTE EVALUADO POR LA INTENSIDAD DEL EVENTO Y EL TIEMPO QUE SE REQUERIA PARA ADAPTARSE A EL. A ESTA LISTA SE LE DENOMINO ESCALA DE REAJUSTE SOCIAL [THE SOCIAL READJUSTMENT RATING SCALE (SRRS)]. ESTA ESCALA EN SU VERSION ORIGINAL O MODIFICADA HA SIDO AMPLIAMENTE UTILIZADA EN INVESTIGACIONES POSTERIORES (PAYKEL ET AL, 1969; WINOKUR Y SELZER, 1975).

A DIFERENCIA DE HOLMES Y RAHE, QUIENES INCLUYERON EN SU ESCALA ANTERIORMENTE REFERIDA TODOS AQUELLOS CAMBIOS

OCURRIDOS AL SUJETO (TANTO POSITIVOS COMO NEGATIVOS) QUE REQUIEREN UN AJUSTE O READAPTACION A LA NUEVA SITUACION, BROWN Y BIRLEY (1968), PARTEN DE UNA LISTA DE EVENTOS QUE PROBABLEMENTE PRODUCEN PROBLEMAS EMOCIONALES EN LA MAYORIA DE LA GENTE, Y QUE INVOLUCRAN PELIGRO, CAMBIOS SIGNIFICATIVOS EN LA SALUD, ESTATUS O FORMA DE VIDA, PROYECTOS DE CAMBIO O BIEN CAMBIOS EN EL CUMPLIMIENTO O FRUSTRACION DE METAS DESEADAS. DICHSO EVENTOS TIENEN QUE SER UBICADOS EN UN PUNTO DEFINIDO EN EL TIEMPO Y HABER AFECTADO AL SUJETO O A UN PARIENTE CERCANO O A UN MIEMBRO DE LA FAMILIA. SU INVESTIGACION ES ACERCA DE LA FRECUENCIA DE PRESENTACION DE CIERTA CLASE DE CRISIS Y CAMBIOS EN LA VIDA, SUCEDIDOS A 50 PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA DURANTE LAS 13 SEMANAS ANTERIORES AL INICIO DE LA ENFERMEDAD, EN COMPARACION CON 325 SUJETOS DE LA POBLACION GENERAL. LOS RESULTADOS MUESTRAN QUE EL GRUPO DE PACIENTES TUVO CASI EL DOBLE DEL NUMERO DE EVENTOS POR PERSONA, QUE LA MUESTRA DE POBLACION GENERAL Y QUE EL 46% DE LOS PACIENTES TUVIERON POR LO MENOS UN EVENTO EN UN PERIODO DE 3 SEMANAS PREVIAS AL INICIO DE LA ENFERMEDAD. DE ESTO CONCLUYEN QUE LOS FACTORES AMBIENTALES PUEDEN PRECIPITAR UN ATAQUE DE ESQUIZOFRENIA Y QUE TALES EVENTOS TIENDEN A PRESENTARSE EN LAS TRES SEMANAS PREVIAS AL INICIO DE LA ENFERMEDAD.

EL NUMERO DE EVENTOS VITALES EN LOS INDIVIDUOS COMO OBJETO DE INVESTIGACION FUE ABORDADO POR MYERS ET AL. (1972) EN UNA MUESTRA DE 720 ADULTOS, COMO PARTE DE UN ESTUDIO LONGITUDINAL DE LA POBLACION DE UN CENTRO DE SALUD MENTAL EN NEW HAVEN, CONNECTICUT. ENCONTRARON UNA RELACION DIRECTA ENTRE EL INCREMENTO O DECREMENTO EN EL NUMERO DE EVENTOS VITALES Y LOS CAMBIOS EN LA SINTOMATOLOGIA PSIQUIATRICA, ES DECIR, A UN INCREMENTO EN LOS CAMBIOS DE EVENTOS VITALES ESTABA ASOCIADO UN EMPEORAMIENTO EN LA SINTOMATOLOGIA Y VICEVERSA.

EN EL CAMPO ESPECIFICO DE LA DEPRESION, PAYKEL ET AL. (1969) COMPARARON LOS EVENTOS VITALES DE PACIENTES DEPRIMIDOS CON LOS EVENTOS VITALES DE UNA MUESTRA DE SUJETOS CONTROL. AMBAS MUESTRAS PERTENECIAN A UNA COMUNIDAD EN LA CUAL SE REALIZO UN ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO. SUS OBJETIVOS ERAN, PRIMERO, CONOCER SI LOS EVENTOS VITALES ERAN MAS FRECUENTES JUSTO ANTES DEL INICIO DE LA DEPRESION ENTRE LOS PACIENTES QUE EN LA MUESTRA CONTROL; Y SEGUNDO, SABER SI TODOS LOS EVENTOS VITALES SON MAS FRECUENTES O SOLO CIERTO TIPO DE ELLOS. EL GRUPO DE DEPRIMIDOS ESTABA CONSTITUIDO POR 185 SUJETOS DE LOS CUALES 140 ERAN MUJERES Y 45 HOMBRES, CON UN PROMEDIO DE EDAD DE 35.6 AÑOS Y UN RANGO DE 21 A 65. EL GRUPO CONTROL SE INTEGRO CON 185 SUJETOS APAREADOS, CADA UNO, CON UN SUJETO DEPRIMIDO, EN SEXO, EDAD EN DECADAS, ESTADO CIVIL, RAZA Y CLASE SOCIAL. LOS EVENTOS VITALES FUERON TOMADOS DE LA LISTA DE HOLMES Y

RAHE, PERO CON DIVERSAS MODIFICACIONES, QUEDANDO UNA LISTA TOTAL DE 33 EVENTOS, CUBRIENDO LOS SEIS MESES ANTERIORES AL INICIO DE LA DEPRESION. SE ENCONTRO QUE LOS PACIENTES DEPRIMIDOS REPORTARON CASI TRES VECES MAS EVENTOS EN COMPARACION CON LOS CONTROLES Y DE LA LISTA DE 33 EVENTOS SOLO OCHO DE ELLOS OCURRIERON CON FRECUENCIAS SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTES: INCREMENTOS DE LAS DISPUTAS CON EL CONYUGE; SEPARACION MARITAL; INICIO DE UN NUEVO TIPO DE TRABAJO; CAMBIO EN LAS CONDICIONES DE TRABAJO; GRAVE ENFERMEDAD PERSONAL; MUERTE DE UN MIEMBRO CERCANO DE LA FAMILIA; ENFERMEDAD GRAVE DE UN MIEMBRO CERCANO DE LA FAMILIA Y SEPARACION DE UN MIEMBRO DE LA FAMILIA.

LLAMA LA ATENCION QUE EN AMBOS GRUPOS SE ENCONTRO UNA MAYOR FRECUENCIA DE EVENTOS INDESEABLES QUE DE EVENTOS DESEABLES, NO OBSTANTE, LOS PRIMEROS FUERON MAS FRECUENTES EN EL GRUPO DE PACIENTES DEPRIMIDOS QUE EN EL GRUPO CONTROL.

WINOKUR Y SELZER (1975), HACEN UN ESTUDIO QUE PROFUNDIZA EN LA RELACION ENCONTRADA POR HOLMES Y RAHE EN 1967 ENTRE LA APARICION DE UNA ENFERMEDAD FISICA Y LOS EVENTOS VITALES. ELLOS ABORDAN EL DOMINIO PSICOLOGICO, USANDO UNA VERSION MODIFICADA DE LA LISTA ORIGINAL DE EVENTOS VITALES Y CONCLUYEN QUE LA ACUMULACION DE ESTOS ESTA CORRELACIONADA CON PERTURBACIONES EMOCIONALES QUE SE MANIFIESTAN EN DEPRESION,

IDEAS PARANOIDES, PROPENSION AL SUICIDIO Y ANSIEDAD. ASI MISMO NOTARON QUE ESTA RELACION ES SELECTIVA, SOLO SE OBSERVA CON AQUELLOS EVENTOS NO DESEADOS; ES DECIR, NO ES EL SIMPLE CAMBIO DE VIDA LO QUE PROVOCA EL TRASTORNO, COMO SE SUGERIA EN LA INVESTIGACION DE 1967.

ALGUNAS INVESTIGACIONES LLEGAN A DIFERENTES CONCLUSIONES ACERCA DE LA RELACION ENTRE LOS EVENTOS VITALES Y LA DEPRESION. ENTRE ELLAS TENEMOS LA DE HAUZINGER (1984) QUIEN EN UN ESTUDIO MOSTRO QUE LA FRECUENCIA DEL CONTACTO SOCIAL, EL NUMERO DE AMIGOS, LA SATISFACCION EN LAS RELACIONES SOCIALES, LOS EVENTOS CONTRARIOS O DESAFORTUNADOS, LAS EXPECTATIVAS NEGATIVAS Y EL DUELO CARECEN DE UNA RELACION SIGNIFICATIVA CON LA DEPRESION. SU PRINCIPAL HALLAZGO FUE UNA RELACION ENTRE LA DEPRESION Y VARIABLES QUE CONSIDERO COMO SOCIODEMOGRAFICAS TALES COMO: BAJA AUTOESTIMA, HISTORIA DE DEPRESION, PERDIDA DE EMPLEO, EXPERIENCIAS DE DESARMONIA EN EL MATRIMONIO, DISMINUCION DE PLACER EN ACTIVIDADES COTIDIANAS, EL TENER HIJOS MENORES DE SEIS AÑOS EN CASA, SER MUJERES Y SER MENORES DE TREINTA Y CUATRO AÑOS DE EDAD. SIN EMBARGO, ALGUNAS DE ESTAS VARIABLES COMO POR EJEMPLO LA HISTORIA DE DEPRESION, LA PERDIDA DE EMPLEO Y LAS EXPERIENCIAS DE DESARMONIA EN EL MATRIMONIO, COMO SE HA VISTO ANTERIORMENTE, SON CONSIDERADAS COMO EVENTOS VITALES.

PARA EXAMINAR LA RELACION ENTRE LOS EVENTOS VITALES REPORTADOS Y LOS SINTOMAS DEPRESIVOS PRESENTADOS POR MUJERES, FERGUSON Y HORWOOD (1984) PUBLICARON UN ESTUDIO DE TIPO LONGITUDINAL, DE DOS AÑOS, EN UNA MUESTRA DE 1103 MUJERES CON HIJOS DE CINCO AÑOS DE EDAD. SE REALIZARON DOS MEDICIONES EN FUNCION DE LA EDAD DE LOS HIJOS: CUANDO ESTOS TENIAN CINCO Y SEIS AÑOS DE EDAD RESPECTIVAMENTE, POR MEDIO DE UNOS CUESTIONARIOS SOBRE EVENTOS VITALES Y DEPRESION. SEGUN LOS AUTORES, SUS HALLAZGOS SUGIEREN QUE LOS REPORTES DE EVENTOS VITALES PUEDEN ESTAR INFLUIDOS POR EL ESTADO MENTAL DE LA MADRE; PERO QUE AUN CUANDO ESTA TENDENCIA SE TOMA EN CUENTA, EXISTE EVIDENCIA DE UNA RELACION SUSTANCIAL ENTRE LOS EVENTOS VITALES Y LOS SINTOMAS DEPRESIVOS.

ESTA MISMA RELACION LA ENCUENTRAN AYUSO Y ESQUIAGA (1987), EN UN ESTUDIO ACERCA DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES Y DEPRESION EN UNA MUESTRA DE 180 PACIENTES DEL HOSPITAL CLINICO "SAN CARLOS" DE MADRID, 126 DE ELLOS CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR Y 54 CON TRASTORNO DISTIMICO, DE ACUERDO A LOS CRITERIOS DEL DSM-III. EL GRUPO CONTROL FUE DE 65 PACIENTES DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA DEL MISMO HOSPITAL. LOS AUTORES DIVIDEN LOS FACTORES PSICOSOCIALES EN ACONTECIMIENTOS VITALES Y FACTORES ESTRESANTES CRONICOS, DEFINIENDOLOS DE LA SIGUIENTE MANERA:

"LOS ACONTECIMIENTOS VITALES (A.V.) SON SUCESOS O EXPERIENCIAS LOCALIZADAS PUNTUALMENTE EN EL TIEMPO QUE EXIGEN DE CUALQUIER PERSONA DE TIPO MEDIO UNA ADAPTACION".

"LOS FACTORES ESTRESANTES CRONICOS (F.E.C.) SON CIRCUNSTANCIAS O SITUACIONES DE DURACION MINIMA DE UN AÑO QUE SE MANTIENEN EN EL MOMENTO DE LA ENTREVISTA". (Y QUE TAMBIEN EXIGEN UNA ADAPTACION).

SE ENCONTRO UNA DIFERENCIA ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA DEL NUMERO DE FACTORES PSICOSOCIALES ENTRE LOS PACIENTES Y LOS CONTROLES. LA REGRESION LOGISTICA PARA EVALUAR LA INFLUENCIA DE LOS A.V. Y LOS F.E.C., INDEPENDIEMENTE UNOS DE OTROS SOBRE LA DEPRESION, INDICA QUE NO SE PUEDE AFIRMAR QUE TALES VARIABLES TENGAN UN EFECTO DE INTERACCION SOBRE LA DEPRESION. POR OTRO LADO AL ESTUDIAR LA FRECUENCIA DE EVENTOS VITALES EN LOS PACIENTES QUE SUFRIAN UN PRIMER EPISODIO DE DEPRESION MAYOR DIFERIA SIGNIFICATIVAMENTE DE LOS CASOS CON TRES O MAS FASES, MIENTRAS QUE LAS SITUACIONES ESTRESANTES CRONICAS ESTABAN PRESENTES EN PROPORCION SIMILAR EN TODAS LAS FASES DE LA ENFERMEDAD. LOS RESULTADOS INDICAN QUE: 1) LOS PACIENTES DEPRIMIDOS REGISTRAN UN MAYOR NUMERO DE ACONTECIMIENTOS VITALES QUE LOS CONTROLES SANOS CUANDO SE EVALUA LA PRIMERA FASE DE LA ENFERMEDAD, ES DECIR "LOS ACONTECIMIENTOS VITALES ESTAN SIGNIFICATIVAMENTE ASOCIADOS CON LA APARICION DE LA

DEPRESION"; 2) LOS FACTORES ESTRESANTES CRONICOS NO PRECIPITAN LA DEPRESION YA QUE ESTOS SON TAN FRECUENTES EN LOS PACIENTES DEPRIMIDOS COMO EN LOS CONTROLES EN LA PRIMERA FASE; 3) LA FRECUENCIA DE FACTORES PSICOSOCIALES ES SEMEJANTE ENTRE TODOS LOS PACIENTES DEPRIMIDOS DE ESTA INVESTIGACION; Y, 4) LA DISTRIBUCION DE LOS A.V. POR CATEGORIAS (PERDIDAS O SALIDAS DEL CAMPO SOCIAL) NO PARECE SER UTIL PARA DISTINGUIR A LOS PACIENTES DE LOS CONTROLES, PUESTO QUE EN AMBAS MUESTRAS LA MAYORIA DE LOS ACONTECIMIENTOS TIENEN UNA CONNOTACION NEGATIVA (SALIDA DEL CAMPO SOCIAL, NO CONTROLABLES, NO DESEABLES), SIENDO EL AREA DE MAYOR REPERCUSION LA FAMILIA Y DESPUES LA SALUD.

POR LO QUE SE REFIERE A LA RELACION ESPECIFICA ENTRE DEPRESION INFANTIL Y EVENTOS VITALES SE ENCUENTRA QUE LA INVESTIGACION SE HA REALIZADO EN TRES DIRECCIONES PRINCIPALMENTE: 1) LOS EVENTOS OCURRIDOS EN LA INFANCIA DE LOS ADULTOS DEPRIMIDOS; 2) LA DEPRESION PATERNA COMO FACTOR DE RIESGO PARA LA DEPRESION INFANTIL; 3) EVENTOS VITALES ESPECIFICOS COMO RECHAZO, ABUSO SEXUAL, FAMILIA DISFUNCIONAL, DIVORCIO O SEPARACION DE LOS PADRES.

ORVASCHEL ET AL. (1979) REALIZARON UNA REVISION DE INVESTIGACIONES PREVIAS EN RELACION CON LOS EVENTOS OCURRIDOS EN LA INFANCIA DE LOS ADULTOS DEPRIMIDOS, SEÑALANDO QUE A

PESAR DEL SESGO QUE PUEDEN TENER LOS ESTUDIOS RETROSPECTIVOS, "LA MAYORIA DE LOS INVESTIGADORES HAN REPORTADO UNA INCIDENCIA SIGNIFICATIVA DE MUERTE DE PADRES EN LAS HISTORIAS DE LOS PACIENTES DEPRIMIDOS", AUNQUE OTROS NIEGAN LA EXISTENCIA DE TAL RELACION. (PITTS ET AL., 1965, GREGORY, 1966 Y HUSTON, 1971; CITADOS EN ORVASCHEL ET AL., 1979). FINALMENTE, CONCLUYEN DICHIENDO QUE LOS ADULTOS DEPRIMIDOS TUVIERON UNA PROBABILIDAD ELEVADA DE VIVIR SU INFANCIA EN FAMILIAS DISFUNCIONALES, DE RECIBIR Poca ATENCION DE LOS PADRES, DE SUFRIR RECHAZO, ABUSO Y, EN GENERAL, UN AMBIENTE FAMILIAR NEGATIVO.

EN ESTE MISMO SENTIDO PARKER Y MANICAVASAGAR (1986) TRABAJARON SOBRE LAS CIRCUNSTANCIAS DE DUELO EN LA INFANCIA ASOCIADAS CON LA DEPRESION DEL ADULTO CONTACTANDO MUJERES, DE JOVENES A EDAD MEDIANA, QUE RECORDARAN CLARAMENTE A SU MADRE BIOLOGICA, QUIEN HUBIERA MUERTO CUANDO ELLAS TENIAN ENTRE 8 Y 12 AÑOS; CUYO PADRE SE HUBIERA CASADO A LOS POCOS AÑOS; Y CUYO RECUERDO DE LA RELACION CON SU MADRASTRA DURANTE LA INFANCIA FUERA CLARO. SE CONSIDERARON LAS EDADES DE LA MADRE Y DE LA HIJA AL TIEMPO DEL DECESO, SI LA MUERTE FUE REPENTINA O PROLONGADA, EL GRADO DE APOYO FAMILIAR EN LOS MESES INMEDIATOS, SI HABIA UNA FIGURA MATERNA SUSTITUTA Y SI EL PADRE HABIA MUERTO SUBSECUENTEMENTE. PARA DETERMINAR LA CLASE SOCIAL SE UTILIZO LA OCUPACION DEL PADRE Y PARA EVALUAR EL

ESTADO DE DEPRESION SE UTILIZARON VARIAS ESCALAS COMO LA CEDULA PARA LOS DESORDENES AFECTIVOS Y ESQUIZOFRENIA (SADS, DE SPITZER Y ENDICOTT, 1979), PARA MEDIR EPISODIOS SUBSECUENTES DE DEPRESION MAYOR; LA ESCALA DE DEPRESION DE ZUNG (1965) COMO MEDIDA DE LA SEVERIDAD DEL ESTADO DEPRESIVO Y LA ESCALA DE COSTELLO-COMREY (1967) PARA EVALUAR LA SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA CRONICA. LOS RESULTADOS MUESTRAN QUE UN EPISODIO DEPRESIVO DESPUES DE LA MUERTE DE LA MADRE NO PREDICE UN EPISODIO DEPRESIVO POSTERIOR, PERO OTRAS TRES VARIABLES PARECEN CUMPLIR ESTE PROPOSITO: PERTENECER A UNA CLASE SOCIAL BAJA, UNA MAYOR EDAD DEL SUJETO CUANDO MURIO LA MADRE Y LA MUERTE REPENTINA DE ESTA, SIN UN APOYO FAMILIAR EFICAZ Y UN ADECUADO SUSTITUTO MATERNO.

AUNQUE HUSTON (EN ORVASCHEL ET AL., 1979) EN 1971 SUGIERE QUE NO ES POSIBLE AFIRMAR QUE EXISTA RELACION ENTRE LA PERDIDA DE LOS PADRES EN LA INFANCIA Y LA DEPRESION POSTERIOR, MACIAS (1985) OPINA QUE EN SENTIDO PSICOANALITICO, LA PERDIDA DE UNO O AMBOS PADRES ES "UNO DE LOS FACTORES DINAMICOS MAS IMPORTANTES EN LA GENESIS DE LA SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA", Y TALES SINTOMAS PUEDEN PRESENTARSE INMEDIATA O TARDIAMENTE.

PUCKERING (1989) CONSIDERA QUE LA IMAGEN DE LA MUJER VULNERABLE A LA DEPRESION COMPRENDE MOMENTOS DE SU VIDA EN DONDE FUE EXPUESTA A TEMPRANAS EXPERIENCIAS ADVERSAS O

DESAFORTUNADAS (PERDIDA DE ALGUN PADRE POR MUERTE). TAMBIEN LA SEPARACION DE ALGUNO DE LOS PADRES, POR UN AÑO O MAS, ANTES DE LOS 17 AÑOS, CONSTITUYE UN FACTOR DE RIESGO PARA LA DEPRESION NO ENDOGENA EN LA EDAD ADULTA (ROY, 1987).

EN CUANTO A LA DEPRESION PATERNA Y/O MATERNA COMO FACTOR DE RIESGO, BILLINGS Y MOSS (1986), WEINTRAUB (1987) Y HARJAN (1989), COINCIDEN EN QUE ESTA CONDICION PREDICE O FAVORECE LA PRESENCIA DE DESORDENES AFECTIVOS, CONDUCTUALES Y FISICOS EN SUS DESCENDIENTES. ASI MISMO, LOS ESTUDIOS REVISADOS POR ORVASCHEL ET AL. (1979) APOYAN EL SUPUESTO DE QUE LOS NIÑOS CON UN PADRE DEPRIMIDO, ES MAS PROBABLE QUE EVIDENCIEN ALGUNA FORMA DE PSICOPATOLOGIA EN CONTRASTE CON LOS HIJOS DE PADRES NORMALES.

LA ROCHE (1989) REALIZO UNA INVESTIGACION LONGITUDINAL DEL PERIODO DE 1983 A 1988 CON UNA MUESTRA CONSTITUIDA POR HIJOS DE PADRES CON ALGUN DESORDEN AFECTIVO MAYOR Y UNA MUESTRA CONTROL. EN GENERAL LOS RESULTADOS MUESTRAN QUE LOS PRIMEROS TENIAN UN RIESGO SIGNIFICATIVAMENTE MAYOR DE PRESENTAR UN CUADRO DEPRESIVO, ASI COMO OTROS TIPOS DE DESORDENES, COMPARADOS CON EL GRUPO CONTROL. RESULTADOS SIMILARES FUERON REPORTADOS POR FENDRICH ET AL. (1990) EN NIÑOS HIJOS DE PADRES QUE PRESENTABAN DEPRESION MAYOR. EL TRASTORNO PATERNO FUE EL PRINCIPAL FACTOR DE RIESGO PARA LOS NIÑOS DE PADECER DEPRESION Y DESORDENES DE ANSIEDAD ENTRE OTROS TRASTORNOS.

WILLIAMS, ANDERSON, MC GEE Y SILVA (1990) EXAMINARON LA RELACION ENTRE ALGUNOS FACTORES DE RIESGO Y LOS DESORDENES EMOCIONALES EN 785 CASOS DE NIÑOS DE 11 AÑOS DE EDAD. EVALUARON CARACTERISTICAS TALES COMO SEXO, DEPRESION MATERNA, RELACION DE PAREJA DE LOS PADRES Y PROBLEMAS DE LECTURA. LOS AUTORES MENCIONAN QUE EL NUMERO DE FACTORES DE RIESGO EXPERIMENTADOS POR LOS NIÑOS NO PROPORCIONARON SUSTENTO PARA DIFERENCIAR LOS TRASTORNOS EMOCIONALES.

EN TANTO QUE LA DEPRESION PATERNA CONSTITUYE POR SI MISMA UN FACTOR DE RIESGO PARA LA DEPRESION INFANTIL, LA RELACION QUE CARACTERIZA A LOS ADULTOS DEPRIMIDOS CON SUS HIJOS, QUE ES DE POCO AFECTO, FRICCIÓN Y DISTANCIAMIENTO EMOCIONAL (ORVASCHEL ET AL., 1979), REPRESENTA UN EVENTO VITAL Y A SU VEZ UN FACTOR ADICIONAL DE RIESGO PARA LA PRESENCIA DE DEPRESION EN NIÑOS. ES PROBABLE, DICE FREDEN (1986), QUE SE TRATE TAMBIEN "DE UNA HERENCIA SOCIAL", EN DONDE INTERVIENEN LOS PATRONES DE INTERACCION ENTRE PADRES E HIJOS, LA TRASMISION DE ACTITUDES Y VALORES, EN DONDE EL MODELO HA SIDO LA DEPRESION COMO UNA FORMA SOCIALMENTE ACEPTABLE DE REHUIR RESPONSABILIDADES.

LA LITERATURA REVISADA SUGIERE QUE MUCHOS DESORDENES EMOCIONALES EN LA INFANCIA ESTAN ASOCIADOS A FACTORES COMO LA

DEPRESION EN LOS PADRES, EL ABUSO FISICO, LA AGRESION, EL AJUSTE SOCIAL INADECUADO Y LOS CONFLICTOS A NIVEL FAMILIAR (FENDRICH ET AL., 1990; PETERSON Y ZILL, 1986; PUCKERING, 1989; WEINTRAUB, 1987; Y WILLIAMS ET AL., 1990).

LA INFLUENCIA DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES Y ANTECEDENTES FAMILIARES EN LA DEPRESION INFANTIL, FUE ESTUDIADA POR BESCO E HIDALGO (1988) CON UNA MUESTRA DE 6 NIÑOS ENTRE 6 Y 12 AÑOS CON UNA MEDIA DE 10.3 MAS MENOS 2 D.E., DIAGNOSTICADOS CON DEPRESION MAYOR SEGUN LAS CLASIFICACIONES DE WEINBERG Y BRUMBACK (1976) Y EL DSM-III. LOS FACTORES PSICOSOCIALES FUERON DIVIDIDOS EN ACONTECIMIENTOS VITALES OCURRIDOS EN LOS SEIS MESES PREVIOS AL COMIENZO DEL EPISODIO ACTUAL Y EN FACTORES ESTRESANTES CRONICOS; SE UBICO EN EL PRIMER GRUPO A DOS NIÑOS Y A 5 EN EL SEGUNDO. LOS AUTORES REPORTAN COMO EVENTOS FRECUENTES LA EXISTENCIA DE PADRE PERIFERICO O "AUSENTE" Y EL ESTABLECIMIENTO DE UNA RELACION DE SOBREPOTECCION Y DEPENDENCIA ENTRE MADRE E HIJO.

MC LAREN Y BROWN (1989), REALIZARON UNA REVISION DE VARIOS ESTUDIOS SOBRE LA CONDUCTA OBSERVADA EN LOS CASOS DE ABUSO FISICO, NEGLIGENCIA O DESCUIDO Y ABUSO SEXUAL EN NIÑOS, ENCONTRANDO QUE EL DESCUIDO INFANTIL FRECUENTEMENTE ESTA RELACIONADO CON RETRASO MENTAL, MOTOR, DE LENGUAJE Y SOCIAL; EN TANTO QUE EL ABUSO SEXUAL SE ASOCIA CON DEPRESION E INTENTOS SUICIDAS EN LOS NIÑOS. ESTA ULTIMA CONCLUSION

COINCIDE CON EL ESTUDIO DE HANSON (1990) QUIEN AFIRMA QUE MUCHOS DE LOS NIÑOS QUE HAN SIDO SOMETIDOS A ABUSO SEXUAL MUESTRAN UNA DISMINUCION EN SU SOCIABILIDAD O PROBLEMAS CONDUCTUALES DURANTE LA EVALUACION INICIAL. OBSERVO TAMBIEN QUE TIENDEN A DESARROLLAR ESTRATEGIAS PARA ENFRENTAR SU SITUACION ACTUAL, PERO CON PREDISPOSICION A PRESENTAR PROBLEMAS DE DEPRESION, ABUSO DE SUBSTANCIAS Y PROSTITUCION, A LARGO PLAZO.

EN UNA MUESTRA DE 183 SUJETOS ADULTOS DE LOS CUALES 123 ERAN MUJERES Y 59 HOMBRES, KING EN 1990 EXPLORO LAS CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO DE LAS EXPERIENCIAS DE VIOLENCIA EN CASA DURANTE LA INFANCIA; YA SE TRATARA DE AGRESION FISICA DIRECTA DEL PADRE O LA MADRE HACIA EL NIÑO O BIEN, QUE EL NIÑO FUERA TESTIGO DE LA AGRESION FISICA ENTRE SUS PADRES. DICHAS EXPERIENCIAS LAS RELACIONO CON LAS INCLINACIONES AGRESIVAS Y LAS TENDENCIAS DEPRESIVAS EN EL NIÑO. EL ANALISIS MULTIVARIADO MOSTRO QUE LA DEPRESION NO ESTA ASOCIADA CON LAS EXPERIENCIAS DE VIOLENCIA FAMILIAR.

ANTE LA NECESIDAD DE CONTAR CON TECNICAS DE EVALUACION CLINICA CONFIABLES QUE REFLEJEN EL IMPACTO REAL DE LOS EVENTOS VITALES EN EL PROCESO DE APARICION O DESARROLLO DE LA DEPRESION U OTROS TRASTORNOS FISICOS Y MENTALES, ALGUNOS

AUTORES SE HAN AVOCADO A LA TAREA DE ELABORAR ESCALAS QUE REUNAN DE MANERA SISTEMATICA DICHA INFORMACION.

CON OBJETO DE RESOLVER LA DIFICULTAD DE DISTINGUIR SI UN EVENTO DADO SUCEDIO ANTES DEL INICIO DE LA ENFERMEDAD O BIEN ES UN SINTOMA DE LA MISMA, DOHRENWEND ET AL. (1978) REALIZARON UNA PROPUESTA PARA MEJORAR EL PROCEDIMIENTO EN LA CONSTRUCCION DE UNA ESCALA DE EVENTOS VITALES. EL METODO PROPUESTO CONSISTIO EN DEFINIR LOS EVENTOS QUE FUERON ENLISTADOS EN DOS GRUPOS; UNO DE ELLOS SE REFIERE A AQUELLOS EVENTOS QUE REPRESENTAN EXPERIENCIAS UNIVERSALES, POR EJEMPLO, BODAS, MUERTES, ENFERMEDADES, NACIMIENTOS Y LESIONES. EL SEGUNDO GRUPO DE EVENTOS VARIA SEGUN EL AMBIENTE CULTURAL, DE MANERA QUE PUEDAN SER ESPECIFICOS A UN AMBIENTE SOCIOCULTURAL PARTICULAR. ADEMAS DEBE SEÑALARSE SI UN EVENTO CONSTITUYE UNA PERDIDA O UNA GANANCIA, O ES AMBIGUO. LA ESCALA CONSTA DE 102 EVENTOS DIVIDIDOS EN LAS SIGUIENTES AREAS: ESCOLAR, LABORAL, RELACION DE PAREJA Y MATRIMONIO, NACIMIENTOS, FAMILIAR, LUGAR DE RESIDENCIA, PROBLEMAS LEGALES, ECONOMIA, OTRAS SEPARACIONES Y ESTADO DE SALUD.

CON OBJETO DE CUANTIFICAR LOS EFECTOS DEL ESTRES EN LA SALUD, WHEATLEY (1990) ELABORO EL PERFIL DE ESTRES (THE STRESS PROFILE) QUE CONSISTE EN UN CUESTIONARIO DE NUEVE AREAS

DIFERENTES DE ESTRES, CUYAS RESPUESTAS SON CUANTIFICADAS Y REPRESENTADAS GRAFICAMENTE, EVALUANDO LAS SIGUIENTES AREAS:

1) HABITOS SOCIALES, QUE SE REFIEREN AL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO, CAFEINA Y DROGAS ADICTIVAS; 2) RELACIONES SOCIALES, QUE TIENEN QUE VER CON EL TRABAJO, EL DESEMPLEO, LA RECREACION, LOS PROBLEMAS MARITALES, LA FALTA DE UN CONFIDENTE Y LOS PROBLEMAS RELACIONADOS A LA APARIENCIA FISICA Y QUE EN GENERAL SON EVENTOS ACTUALES; 3) EVENTOS VITALES, QUE SE DIVIDEN EN: A) EVENTOS EMOCIONALES (RELACIONES AMOROSAS, COMPROMISOS, MATRIMONIO, NACIMIENTO DE BEBES E INCLUSO EVENTOS ADVERSOS COMO ROMPIMIENTOS ROMANTICOS, SEPARACIONES, EMBARAZOS INDESEADOS, ABORTOS), B) EVENTOS QUE TIENEN QUE VER CON EL MODO DE VIVIR COMO PROMOCIONES EN EL TRABAJO, APROBAR EXAMENES, GANANCIAS FINANCIERAS Y SUS OPUESTOS (RENUNCIAS, REPROBAR EXAMENES, PERDIDAS FINANCIERAS), Y C) EVENTOS QUE TIENEN QUE VER CON EL MODO DE DISFRUTAR LA VIDA, COMO ADQUISICIONES, FIESTAS, EVENTOS FELICES, DAÑO DE OBJETOS, ACCIDENTES; 4) SALUD GENERAL Y PROBLEMAS DEL CORAZON TANTO DEL SUJETO COMO DE SUS FAMILIARES CERCANOS; 5) PROBLEMAS SEXUALES: ANORGASMIA, EYACULACION PREMATURA, SENTIMIENTOS DE CULPA; 6) SUEÑO; 7) SINTOMAS PSIQUIATRICOS, MEDIDOS CON LAS ESCALAS DE HAMILTON SOBRE ANSIEDAD Y DEPRESION; 8) EDAD AVANZADA; Y 9) ESTRES MENSTRUAL.

EN LA EVALUACION DE LOS EVENTOS VITALES EN LOS NIÑOS Y LOS ADOLESCENTES LA ESCALA MAS COMUNMENTE UTILIZADA ES LA ESCALA DE EVENTOS VITALES DE CODDINGTON [CODDINGTON'S LIFE EVENTS SCALE (CLES)] UTILIZADA POR SIEGEL Y GRIFFIN (1984) PARA EVALUAR LA RELACION ENTRE ALGUNAS VARIABLES SOCIALES Y COGNITIVAS Y LA SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA EN ESTUDIANTES ENTRE LOS 12 Y LOS 18 AÑOS DE EDAD. EL AUTOR CONCLUYE QUE ESTA ESCALA NO ES TAN SENSIBLE, COMO PODRIA SERLO UNA ENTREVISTA, A LOS EVENTOS ESTRESANTES QUE SE RELACIONAN CON LA DEPRESION EN UNA POBLACION GENERAL DE ADOLESCENTES.

POR SU PARTE MULLINS, SIEGEL Y HODGES (1985) EXAMINARON LA RELACION EXISTENTE ENTRE LOS SINTOMAS DEPRESIVOS Y LOS EVENTOS VITALES EN 134 NIÑOS DE 4o., 5o. Y 6o. GRADOS UTILIZANDO LA ESCALA DE CODDINGTON, REPORTANDO UNA CORRELACION ( $r$ ) 0.35 ENTRE EL NIVEL DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA Y LA PUNTUACION TOTAL DE UNIDADES DE CAMBIO EN LA VIDA. CUANDO EL NUMERO DE EVENTOS NEGATIVOS SE USO COMO MEDIDA, LA CORRELACION SE INCREMENTO Y CUANDO SE UTILIZO EL NUMERO DE EVENTOS POSITIVOS EXPERIMENTADOS, NO SE ENCONTRO UNA CORRELACION SIGNIFICATIVA.

ESTA MISMA ESCALA DE CODDINGTON FUE UTILIZADA POR KASHANI ET AL. (1986) PARA ESTUDIAR UNA MUESTRA DE 109 NIÑOS PREESCOLARES ENTRE 2.5 Y 6 AÑOS EN LA CUAL

EVALUARON DEPRESION Y SINTOMAS DEPRESIVOS UTILIZANDO PARA ELLO CUATRO FUENTES DE INFORMACION: LOS PADRES, LOS MAESTROS, LOS NIÑOS Y LAS OBSERVACIONES DEL INVESTIGADOR. SUS RESULTADOS MUESTRAN QUE UNA ALTA FRECUENCIA DE EVENTOS VITALES ESTA ASOCIADA CON LA PRESENCIA DE SINTOMAS DEPRESIVOS, RESULTADOS QUE COINCIDEN CON LOS OBTENIDOS POR BECK Y ROSENBERG EN 1986.

UN ELEMENTO QUE SE CUESTIONA FRECUENTEMENTE ES LA VALIDEZ DE CONTENIDO EN LAS INVESTIGACIONES SOBRE EVENTOS VITALES, ES DECIR, EL HECHO DE QUE ALGUNOS EVENTOS QUE PARA DETERMINADAS PERSONAS PUEDEN SER ESTRESANTES, PARA OTRAS PUEDEN PASAR DESAPERCIBIDOS. (RABKIN Y STRUENING, 1976). MUCHA GENTE NO ENFERMA AUN CUANDO LE SUCEDAN COSAS TERRIBLES Y ESTO TIENE QUE VER, EN PARTE, CON LOS RECURSOS PERSONALES Y EN PARTE CON EL APOYO SOCIAL Y FAMILIAR QUE SU ENTORNO LE BRINDA Y QUE MINIMIZA LOS EFECTOS DE LOS EVENTOS ESTRESANTES (HOLAHAN Y MOOS, 1987). RABKIN Y STRUENING (1976) SEÑALAN QUE MIENTRAS MAS SEVERAS SEAN LAS CONDICIONES EXTERNAS AMBIENTALES, MENOR SERA EL SOPORTE QUE PROPORCIONEN LAS CARACTERISTICAS PERSONALES (LA SENSIBILIDAD BIOLOGICA Y PSICOLOGICA, LA INTELIGENCIA, LAS HABILIDADES VERBALES, LA PERSONALIDAD, LAS DEFENSAS PSICOLOGICAS, LAS EXPERIENCIAS PASADAS Y LOS FACTORES DEMOGRAFICOS COMO LA EDAD, LA EDUCACION, INGRESOS Y OCUPACION), O SOCIALES (AISLAMIENTO, MARGINACION,

INCOMPATIBILIDAD ENTRE LOS ROLES QUE DESEMPEÑA EL SUJETO). RABKIN Y STRUENING LLAMAN A ESTAS CARACTERISTICAS "MEDIADORES", ESTO ES, LOS RECURSOS DISPONIBLES CON QUE CUENTA EL SUJETO PARA ENFRENTAR UNA SITUACION ESTRESANTE. CUANDO ESTAS SITUACIONES SON PROLONGADAS ES INEVITABLE LA PRESENTACION DE UN TRASTORNO Y SOLO DIFIERE EN LO INDIVIDUAL EN CUANTO A LA DURACION O TIEMPO DE RECUPERACION, PERO LAS CARACTERISTICAS INDIVIDUALES (PERSONALES O SOCIALES) POR SI SOLAS, SIN LA PRESENCIA DE EVENTOS ESTRESANTES NO PRECIPITA UNA ENFERMEDAD CRONICA O UN TRASTORNO PSIQUIATRICO. POR SU PARTE HAGGERTY (1980, EN HARJAN, 1989) REFIERE QUE EL "ESTRES DISMINUYE LA RESISTENCIA A LA ENFERMEDAD Y TIENE UN GRAN EFECTO EN LA SUSCEPTIBILIDAD A ADQUIRIR UNA VARIEDAD DE ENFERMEDADES FISICAS Y PSICOLOGICAS".

PARAFRASEANDO A RABKIN Y STRUENING (1976), DIRIAMOS QUE EL ESTRES QUE PRODUCEN LOS EVENTOS VITALES NO EXPLICA POR QUE ALGUNAS PERSONAS TIENDEN MAS A ENFERMARSE QUE OTRAS, SOLO PERMITE DESCRIBIR LAS DIFERENTES REACCIONES DE LOS ORGANISMOS A LAS DEMANDAS AMBIENTALES.

AL RESPECTO, PAYKEL ET AL. (1969) SEÑALAN QUE ES CLARO QUE MUCHOS INDIVIDUOS DEBEN ESTAR EXPUESTOS A EVENTOS Y OBIAMENTE NO TODOS SE DEPRIMEN, LO CUAL SIGNIFICA QUE DEBEN EXISTIR ELEMENTOS QUE IMPIDEN TAL CONSECUENCIA, TALES COMO LA

PERSONALIDAD, LA EXPERIENCIA PREVIA DE LOS EVENTOS, LA SUSCEPTIBILIDAD INDIVIDUAL Y LA CAPACIDAD DE USAR MECANISMOS ADAPTATIVOS PARA HACER FRENTE A LOS EVENTOS. AUN EN SUJETOS DEPRIMIDOS SE PUEDE AFIRMAR QUE NO TODOS BUSCAN AYUDA PSIQUIATRICA. EATON (1978) AGREGA A LO ANTERIOR QUE EL APOYO FAMILIAR EN LOS MOMENTOS DE CRISIS PUEDE AYUDAR A PREVENIR LA APARICION DE UN TRASTORNO MENTAL.

EN UN ESTUDIO LONGITUDINAL CON POBLACION ADOLESCENTE (13 A 16 AÑOS) QUE REPORTABA ALTOS NIVELES DE SINTOMAS DEPRESIVOS, REINHERZ ET AL. (1989) REFIEREN QUE LOS "MEDIADORES" DE DICHS SINTOMAS EN LA ADOLESCENCIA CONSISTIAN EN UN BUEN NIVEL DE COHESION FAMILIAR Y UN SATISFACTORIO APOYO SOCIAL, ASI COMO QUE EL ADOLESCENTE TUVIERA UNA ADECUADA PERCEPCION DE SI MISMO (QUE SE CONSIDERE POPULAR, ATRACTIVO E INTELECTUALMENTE COMPETITIVO).

EN LA LITERATURA REVISADA SE HA ENCONTRADO QUE LA DEPRESION INFANTIL ES TODAVIA UN TEMA DE CONTROVERSIA, EN EL CUAL NO SE HAN PODIDO UNIFICAR CRITERIOS SOBRE LA ETIOLOGIA Y SU INDEPENDENCIA DE LA DEPRESION EN ADULTOS.

LAS INVESTIGACIONES PUBLICADAS EN NUESTRO PAIS SOBRE DEPRESION INFANTIL RESULTAN ESCASAS Y ESTAN ENFOCADAS

PRINCIPALMENTE HACIA ASPECTOS ORGANICOS Y TRATAMIENTOS FARMACOLOGICOS Y AUNQUE EL TEMA DE EVENTOS VITALES HA SIDO TRATADO AMPLIAMENTE POR AUTORES EXTRANJEROS, EN MEXICO NO SE CUENTA CON ESTUDIOS PUBLICADOS EN MUESTRAS DE NUESTRA POBLACION.

NO OBSTANTE LO ANTERIOR, LA DEPRESION INFANTIL, SU DETECCION Y DIAGNOSTICO ACERTADOS SON AREAS DE INTERES QUE ESTAN SIENDO INVESTIGADAS. (DE LA TORRE, INEDITO; MEZQUITA, INEDITO). ESTAS INVESTIGACIONES ESTAN CONSIDERANDO COMO PARTE DE SU PROCEDIMIENTO EL INDAGAR EN EL PACIENTE DEPRIMIDO LA EXISTENCIA DE EVENTOS VITALES COMO ELEMENTOS IMPORTANTES DENTRO DE UNA VALORACION INTEGRAL.

LA LITERATURA REPORTA QUE EN GENERAL, LOS EVENTOS VITALES TIENEN ALGUNA ASOCIACION CON DIFERENTES ENFERMEDADES TANTO FISICAS COMO MENTALES (ESCLEROSIS MULTIPLE, ESQUIZOFRENIA, DEPRESION, TRASTORNOS DE CONDUCTA). PODER ESPECIFICAR CUALES DE ELLOS ESTAN ASOCIADOS A LOS DIVERSOS PADECIMIENTOS, EN PARTICULAR, DETECTAR CUALES DE ELLOS CONSTITUYEN FACTORES DE RIESGO PARA LA DEPRESION INFANTIL, PUEDE CONTRIBUIR EN LA EMISION DE UN DIAGNOSTICO MAS CONFIABLE.

COMO YA SE MENCIONO, LOS ANTECEDENTES QUE EXISTEN PERMITEN ESPERAR DIFERENCIAS ESTADISTICAS ENTRE LOS CASOS Y LOS

CONTROLES CON RESPECTO A LOS EVENTOS VITALES QUE ESTAN  
CONSIGNADOS EN LA ENTREVISTA CLINICA. DEBIDO AL TAMAÑO DE LA  
MUESTRA Y AL TIEMPO QUE ABARCA LA INVESTIGACION, SE SUPONE  
QUE DEBEN EXISTIR TALES DIFERENCIAS. LOS RESULTADOS  
INDICARIAN QUE LOS EVENTOS VITALES INFLUYEN DE MANERA  
CONSISTENTE EN LA PRESENCIA DE UN TRASTORNO DEPRESIVO EN  
NIÑOS.

**M E T O D O L O G I A**

---

## METODOLOGIA

### PROBLEMA:

¿EXISTEN EVENTOS VITALES ASOCIADOS AL DIAGNOSTICO DE DEPRESION EN PACIENTES DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO", DE LA SECRETARIA DE SALUD, DE LA CIUDAD DE MEXICO?

### OBJETIVO GENERAL:

DETERMINAR SI EXISTEN EVENTOS VITALES ASOCIADOS AL DIAGNOSTICO DE DEPRESION EN SUJETOS DE AMBOS SEXOS, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO" DE LA SECRETARIA DE SALUD.

### HIPOTESIS:

Ht:       EXISTEN   EVENTOS   VITALES   CON   UNA   ASOCIACION  
ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA AL DIAGNOSTICO DE DEPRESION  
INFANTIL.

**H<sub>0</sub>: NO EXISTE UNA ASOCIACION ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA ENTRE LA PRESENCIA DE CIERTOS EVENTOS VITALES Y EL DIAGNOSTICO DE DEPRESION INFANTIL.**

**H<sub>1</sub>: SI EXISTEN EVENTOS VITALES QUE TENGAN UN RIESGO RELATIVO MAYOR QUE 1 (FACTOR DE RIESGO) PARA EL DIAGNOSTICO DE DEPRESION INFANTIL.**

**H<sub>0</sub>: NO EXISTE RELACION ENTRE LAS VARIABLES.**

**VARIABLES.**

**VARIABLE INDEPENDIENTE: EVENTOS VITALES**

**VARIABLE DEPENDIENTE: DEPRESION**

**DEFINICION DE VARIABLES**

**DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE.- PARA LOS EFECTOS DE ESTA INVESTIGACION SE CONSIDERARON EVENTOS VITALES AQUELLOS SUCESOS DE LA VIDA DEL PACIENTE QUE ADQUIRIERON IMPORTANCIA TAL QUE EL CLINICO LOS CONSIGNO EN LA HISTORIA CLINICA BAJO LOS RUBROS DE DINAMICA FAMILIAR Y RELACIONES INTERPERSONALES.**

DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE DEPENDIENTE.-

CLASIFICACION QUE EL ESPECIALISTA ASIGNA AL CONJUNTO DE SINTOMAS MANIFESTADOS POR EL PACIENTE EN LA ENTREVISTA CLINICA, BASADA EN LOS CRITERIOS SEÑALADOS EN EL MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (DSM-III).

DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE.-

"SUCESOS OBJETIVOS DE SUFICIENTE MAGNITUD PARA PROVOCAR UN CAMBIO EN LAS ACTIVIDADES USUALES DE LA MAYORIA DE LOS INDIVIDUOS QUE LOS EXPERIMENTAN" (HOLMES Y RAHE, EN DOHRENWEND ET AL, 1978).

INDICADORES Y SUBINDICADORES DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE.

INDICADORES:

PROBLEMAS ESCOLARES

MUERTE DE FAMILIAR EN PRIMER GRADO

SUB-INDICADORES:

BAJAS CALIFICACIONES  
REPETICION DEL GRADO  
ESCOLAR

MUERTE DE LA MADRE  
MUERTE DEL PADRE  
MUERTE DE HERMANOS

PROBLEMAS DE SALUD FISICA

ENFERMEDAD FISICA

MALFORMACION CONGENITA

MALFORMACION ADQUIRIDA

MALTRATO FISICO

GOLPES

ABUSO SEXUAL

VIOLACION

INCESTO

DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE DEPENDIENTE.- "ESTADO DE ANIMO DEPRIMIDO, [CON SENTIMIENTOS DE MALESTAR, DESESPERANZA Y DESANIMO]...O PERDIDA DE INTERES O DE CAPACIDAD PARA EXPERIMENTAR PLACER EN TODAS O CASI TODAS LAS ACTIVIDADES, CON SINTOMAS ASOCIADOS [ALTERACION DEL APETITO, DEL SUEÑO, DEL PESO, AGITACION O ENLENTECIMIENTO PSICOMOTOR, DISMINUCION DE ENERGIA, SENTIMIENTOS EXCESIVOS E INADECUADOS DE INUTILIDAD O CULPA, DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE, IDEAS DE MUERTE RECURRENTES, IDEAS O INTENTOS DE SUICIDIO] ...RELATIVAMENTE PERSISTENTE". (APA, 1987).

INDICADORES DE LA VARIABLE DEPENDIENTE:

**DEPRESION NEUROTICA:** "TRASTORNO NEUROTICO CARACTERIZADO POR DEPRESION DESPROPORCIONADA QUE SE RECONOCE GENERALMENTE COMO

CONSECUTIVA A UNA EXPERIENCIA AFLICTIVA; NO COMPRENDE ENTRE SUS CARACTERISTICAS IDEAS DELIRANTES NI ALUCINACIONES, Y A MENUDO, HAY PREOCUPACION POR EL TRAUMA PSIQUICO QUE PRECEDIO A LA ENFERMEDAD, V.G. PERDIDA DE UNA PERSONA QUERIDA O DE UNA PROPIEDAD". (OMS, 1975) TAMBIEN SE DENOMINA: **DEPRESION ANSIOSA, DEPRESION REACTIVA, ESTADO NEUROTICO DEPRESIVO, REACCION DEPRESIVA, REACCION DEPRESIVA ANSIOSA, CUADRO DEPRESIVO, CRISIS DEPRESIVA.**

**REACCION DEPRESIVA BREVE:** "ESTADOS DE DEPRESION NO CALIFICABLES COMO MANIACO-DEPRESIVOS, PSICOTICOS NI NEUROTICOS, GENERALMENTE TRANSITORIOS, EN LOS CUALES LOS SINTOMAS DEPRESIVOS ESTAN ESTRECHAMENTE RELACIONADOS EN TIEMPO Y CONTENIDO CON ALGUN ACONTECIMIENTO CAUSANTE DE TENSION". (OMS, 1975) OTRAS DENOMINACIONES SON: **REACCION DEPRESIVA AGUDA.**

**REACCION DEPRESIVA PROLONGADA:** "ESTADOS DE DEPRESION NO CALIFICABLES COMO MANIACO-DEPRESIVOS, PSICOTICOS, NI NEUROTICOS, GENERALMENTE DE LARGA DURACION, QUE CASI SIEMPRE SE DESARROLLAN EN CONEXION CON EXPOSICION PROLONGADA A EXPERIENCIAS QUE CAUSAN TENSION". (OMS, 1975)

**TRASTORNO DE LAS EMOCIONES CON INFELICIDAD Y TRISTEZA:** "TRASTORNO EMOCIONAL CARACTERISTICO DE LA NIÑEZ, CUYOS

SINTOMAS PRINCIPALES COMPRENDEN INFELICIDAD Y TRISTEZA. PUEDEN COEXISTIR TAMBIEN DIFICULTADES DE LA ALIMENTACION Y DEL SUEÑO". (OMS, 1975).

**REACCION (DEPRESIVA) AGUDA ANTE GRAN TENSION:** "ESTADOS (DEPRESIVOS) DE CUALQUIER GRAVEDAD Y NATURALEZA QUE APARECEN EN INDIVIDUOS SIN AFECCION MENTAL EVIDENTE, COMO REACCION A UNA TENSION FISICA O MENTAL EXCEPCIONAL, QUE GENERALMENTE CEDEN DENTRO DE HORAS O DIAS". (OMS, 1975).

**TRASTORNO DEPRESIVO SIN OTRA ESPECIFICACION (SAI):** "ESTADO DE DEPRESION DE INTENSIDAD MODERADA CASI SIEMPRE, ALGUNAS VECES ACENTUADO, QUE NO TIENE CARACTERISTICAS ESPECIFICAMENTE MANICACO-DEPRESIVAS O DE OTRA DEPRESION PSICOTICA Y QUE PARECE NO ESTAR ASOCIADO CON ACONTECIMIENTOS GENERALES DE TENSION NI MUESTRA OTROS ASPECTOS ESPECIFICOS DE LA DEPRESION NEUROTICA". (OMS, 1975) OTRAS DENOMINACIONES: **DEPRESION (SAI), ESTADO DEPRESIVO (SAI), TRASTORNO DEPRESIVO NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE, DEPRESION ENDOGENA.**

**SINDROME DEPRESIVO ANSIOSO:** "COMPRENDE UN GRUPO DE SINTOMAS DEL ESTADO DE ANIMO, CON SINTOMAS ASOCIADOS [ANSIEDAD, ENTRE OTROS] QUE SE PRESENTAN CONJUNTAMENTE DURANTE UN DETERMINADO PERIODO DE TIEMPO....PUEDE PRESENTARSE COMO UNA PARTE DEL

TRASTORNO DEL ESTADO DE ANIMO,....O COMO UNA PARTE DE [OTRO] TRASTORNO MENTAL...." (OMS, 1975).

DISEÑO DE INVESTIGACION:

EX-POST-FACTO, DESCRIPTIVA, RETROSPECTIVA, TRANSVERSAL. ESTO SE REFIERE A QUE "ES UNA BUSQUEDA SISTEMATICA EMPIRICA, EN LA CUAL NO SE TIENE CONTROL DIRECTO SOBRE LAS VARIABLES INDEPENDIENTES, PORQUE YA ACONTECIERON SUS MANIFESTACIONES O PORQUE INTRINSECAMENTE NO SON MANIPULABLES." (KERLINGER, 1975). EN DONDE SE "...PRETENDE DESCRIBIR LAS CARACTERISTICAS MAS IMPORTANTES DEL FENOMENO EN LO QUE RESPECTA A SU APARICION, FRECUENCIA Y DESARROLLO." (PICK, 1979/1990) Y LA BUSQUEDA DE LA INFORMACION SE HACE HACIA ATRAS EN EL TIEMPO (FEINSTEIN, 1985) SIENDO EL "... PRINCIPAL OBJETIVO: ESTUDIAR EL FENOMENO EN UN MOMENTO DETERMINADO." (PICK, 1979/1990).

TIPO DE INVESTIGACION:

ES UNA INVESTIGACION CLINICA OBSERVACIONAL CON EXPEDIENTES QUE EVALUA EL GRADO DE ASOCIACION ENTRE LOS EVENTOS VITALES REGISTRADOS Y EL DIAGNOSTICO DE DEPRESION INFANTIL, DE DOS MUESTRAS INDEPENDIENTES: SE REFIERE A QUE SE CUENTA CON "... DOS GRUPOS DIFERENTES DE SUJETOS YA SEA DE UNA MISMA POBLACION O DE POBLACIONES DIFERENTES." (PICK, 1979/1990).

**POBLACION:**

PACIENTES CON EXPEDIENTE DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO" (HPI) DE LA SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO.

**MUESTREO:**

INTENCIONAL: ES AQUEL EN QUE EL INVESTIGADOR SELECCIONA A LOS SUJETOS DE ACUERDO A CARACTERISTICAS QUE HA FIJADO DE ANTEMANO. (FEINSTEIN, 1985).

NO PROBABILISTICO: "SE BASA EN LAS APRECIACIONES DEL INVESTIGADOR.... SE UTILIZA FRECUENTEMENTE POR CONSIDERACIONES PRACTICAS". (PICK, 1979/1990).

POR CUOTAS: "CONSTITUYE UN METODO DE MUESTREO ESTRATIFICADO EN EL CUAL LA SELECCION DENTRO DE LOS ESTRATOS NO ES AL AZAR SINO PROPOSITIVA". LOS ESTRATOS QUE SE USAN CON MAS FRECUENCIA SON EL SEXO, LA EDAD, EL NIVEL SOCIOECONOMICO Y LA ESCOLARIDAD. EL INVESTIGADOR SELECCIONA A SU VOLUNTAD LOS ELEMENTOS O SUJETOS QUE INTEGRARAN CADA UNO DE LOS ESTRATOS. (PICK, 1979/1990).

PARA LA PRESENTE INVESTIGACION SE REALIZO UNA REVISION DE LOS EXPEDIENTES CLINICOS DE TODOS LOS PACIENTES, CON UN DIAGNOSTICO DEL ESPECTRO DEPRESIVO, PARA EL GRUPO EXPERIMENTAL, Y CON DIAGNOSTICOS DIFERENTES AL DE DEPRESION PARA EL GRUPO CONTROL, QUE DURANTE LOS AÑOS DE 1979 A 1988

FUERON ATENDIDOS EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO" DE LA SECRETARIA DE SALUD. LA EDAD DE LOS SUJETOS FLUCTUO ENTRE LOS 3 Y LOS 17 AÑOS.

TIPO DE MUESTREO:

COMO YA SE MENCIONO, SE REALIZO UN MUESTREO INTENCIONAL POR CUOTA PARA GENERAR LOS DOS GRUPOS: CASOS Y CONTROLES. SE OBTUVIERON LOS LISTADOS MENSUALES DE DIAGNOSTICOS DEL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO DE 1979 Y DICIEMBRE DE 1988, DE PACIENTES DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL, "DR. JUAN N. NAVARRO" Y SE SELECCIONARON LOS CASOS DE ACUERDO A LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS EN LA DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE DEPENDIENTE. PARA CADA CASO DE DEPRESION SE SELECCIONO UN CONTROL CON PACIENTES NO DEPRIMIDOS APAREADOS POR SEXO, EDAD Y AÑO DE INGRESO AL HOSPITAL.

UNA VEZ OBTENIDOS LOS DATOS SE PROCEDIO A LA REVISION DE LOS EXPEDIENTES CLINICOS, EXCLUYENDO AQUELLOS EN LOS QUE EL DIAGNOSTICO HUBIESE VARIADO, YA SEA POR CORRECCION DIAGNOSTICA, ERROR U OMISION; TAMBIEN SE EXCLUYERON AQUELLOS DE LOS QUE NO SE ENCONTRO EL EXPEDIENTE CLINICO. EL LISTADO ORIGINAL DE CASOS DE LOS 10 AÑOS INVESTIGADOS CONTENIA 1923 EXPEDIENTES, QUEDANDO LAS MUESTRAS CONFORMADAS, FINALMENTE, POR 643 SUJETOS PARA CADA GRUPO.

**EQUIPO Y MATERIALES:**

- EXPEDIENTES CLINICOS DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO".
- HOJAS TABULARES PAA LA TRANSCRIPCION DE DATOS
- PROGRAMA EPISTAT PARA MICROCOMPUTADORA

**ESCENARIO:**

LA REVISION DE EXPEDIENTES SE LLEVO A CABO EN LOS CONSULTORIOS DEL AREA DE CONSULTA EXTERNA, LOS CUALES TIENEN LAS SIGUIENTES DIMENSIONES: 3 METROS DE ANCHO POR 3 METROS Y MEDIO DE LARGO. CADA CONSULTORIO TIENE BUENA VENTILACION, PROPORCIONADA POR UN VENTANAL DE APROXIMADAMENTE UN METRO DE ANCHO POR DOS METROS DE ALTO. Poca ILUMINACION NATURAL QUE SE COMPLEMENTA CON ILUMINACION ARTIFICIAL. EL MOBILIARIO ESTA COMPUESTO POR UN ESCRITORIO DE 1.50 METROS DE LARGO POR UN METRO DE ANCHO; UNA SILLA PARA EL CLINICO Y DOS SILLAS FRENTE AL ESCRITORIO PARA EL PACIENTE Y UN ACOMPAÑANTE.

**INSTRUMENTO:**

FORMATO DE LA HISTORIA CLINICA PSIQUIATRICA QUE SE UTILIZA EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO". CONTIENE LOS DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE: NOMBRE, EDAD, SEXO, OCUPACION, ESCOLARIDAD, ESTADO CIVIL, LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO, LUGAR DE RESIDENCIA, RELIGION,

INFORMANTE, FUENTE DE REFERENCIA, FECHA DE CONSULTA O INGRESO Y NUMERO DE EXPEDIENTE. INMEDIATAMENTE ABAJO SE SEÑALAN LAS AREAS QUE EL CLINICO DEBE EXPLORAR: MOTIVO DE CONSULTA O INGRESO; PADECIMIENTO ACTUAL; ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES; ANTECEDENTES PERSONALES (PATOLOGICOS Y NO PATOLOGICOS); DESARROLLO PSICOBIOLOGICO: A) INFANCIA (HABITOS DE JUEGO), B) VIDA ESCOLAR, C) ADOLESCENCIA (HABITOS Y CAMBIOS EN RASGOS Y CARACTER), D) VIDA LABORAL, E) VIDA SEXUAL; DINAMICA FAMILIAR; RELACIONES INTERPERSONALES; EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE; EXAMEN MENTAL; EXPLORACION FISICA Y NEUROLOGICA; IMPRESION DIAGNOSTICA; TRATAMIENTO. (ANEXO A)

PROCESO DE RECOLECCION DE DATOS:

LA PRESENTE INVESTIGACION DE TIPO RETROSPECTIVO REQUIRIO LA REVISION DE LOS EXPEDIENTES CLINICOS CON OBJETO DE RECOPIRAR TODOS AQUELLOS EVENTOS VITALES QUE EL CLINICO HUBIESE CONSIGNADO EN EL EXPEDIENTE. ESTA REVISION COMPRENDIO EL PERIODO DE ENERO DE 1979 A DICIEMBRE DE 1988.

LA INFORMACION OBTENIDA DEL EXPEDIENTE SE TRANSCRIBIO, ES DECIR, FUE CONSIDERADA TAL COMO EL MEDICO DEL HOSPITAL ASIGNO LA CATEGORIA DE CADA VARIABLE, A HOJAS TABULARES DISEÑADAS ESPECIFICAMENTE PARA ESTE ESTUDIO, DE LA SIGUIENTES MANERA:

EN LA PARTE SUPERIOR IZQUIERDA DE LA HOJA TABULAR SE ANOTO EL AÑO CORRESPONDIENTE (1979, 1980....1988).

LA INFORMACION SE MANEJO POR COLUMNAS. EN LA COLUMNA NUMERO 1 SE ANOTO EL NUMERO DE CASO PARA CADA AÑO, INICIANDO CON 001 Y SIGUIENDO EN ORDEN PROGRESIVO DEPENDIENDO DEL NUMERO DE CASOS EXISTENTES EN CADA AÑO.

EN LA COLUMNA NUMERO 2 SE ANOTO EL SEXO, ASIGNANDO EL NUMERO 1 PARA EL SEXO MASCULINO Y EL NUMERO 2 PARA EL SEXO FEMENINO.

EN LA COLUMNA 3 SE ANOTO LA EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS UTILIZANDO DOS DIGITOS; EJEMPLO: 03, 04, 05...17.

EN LA COLUMNA NUMERO 4 SE ANOTO EL TIEMPO DE INICIO DEL PADECIMIENTO ACTUAL MEDIANTE UN NUMERO Y UNA INICIAL. EL NUMERO CORRESPONDE AL TIEMPO Y LA INICIAL A LA MEDIDA DEL TIEMPO; LAS INICIALES FUERON: D=DIA, S=SEMANA, A=AÑO. EJEMPLO: 4D, 5S, 3A, 2M, ETC.

EN LA COLUMNA NUMERO 5 SE ANOTO LA SINTOMATOLOGIA CODIFICADA; AL PRIMER SINTOMA QUE SE ENCONTRO EN EL CASO 01 DEL AÑO 1979 SE LE ASIGNO EL NUMERO 1 Y ASI SUCESIVAMENTE SE ASIGNO UN NUMERO CODIGO A CADA SINTOMA DEPENDIENDO EXCLUSIVAMENTE DEL ORDEN DE APARICION. A UN MISMO SINTOMA, SE LE CODIFICO CON

EL MISMO CODIGO NUMERICO ASIGNADO CON ANTERIORIDAD. EJEMPLO:  
1-INSOMNIO, 2-MAREOS, 3-BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR, ETC.

EN LA COLUMNA 6 SE ANOTO, EN CASO DE EXISTIR, EL EVENTO  
PRECIPITANTE Y LA PALABRA SI. SI NO EXISTIO, SOLO SE ANOTO  
LA PALABRA NO.

EN LA COLUMNA 7 SE ANOTARON LOS ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS  
HEREDO-FAMILIARES, UTILIZANDO LOS SIGUIENTES CODIGOS:

- |  |                      |
|--|----------------------|
| 1 - ALCOHOLISMO                          | A - PADRE            |
| 2.- DROGAS                               | B - MADRE            |
| 3.- PSICOSIS                             | C - HERMANOS         |
| 4.- DEPRESION                            | D - TIOS PATERNOS    |
| 5.- MANIA                                | E - TIOS MATERNOS    |
| 6.- EPILEPSIA                            | F - ABUELOS PATERNOS |
| 7.- RETRASO MENTAL                       | G - ABUELOS MATERNOS |
| 8.- AGRESIVIDAD FISICA                   |                      |
| 9.- HOMOSEXUALIDAD                       |                      |
| 10.- TRASTORNO CONVERSIVO                |                      |
| 11.- NEUROSIS DE ANGUSTIA                |                      |
| 12.- NO ESPECIFICADO                     |                      |
| 13.- NEUROSIS DE ANSIEDAD                |                      |
| 14.- FOBIAS                              |                      |
| 15.- HIPERCINESIA, TRASTORNO DE ATENCION |                      |
| 16.- TRASTORNO DE APRENDIZAJE            |                      |

17.- ENURESIS

18.- DEMENCIA

EN LA COLUMNA 8 SE ANOTARON LOS ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS, REGISTRANDO CUALQUIER EVENTO DETECTADO COMO PATOLOGICO DESDE EL PUNTO DE VISTA CLINICO (SIN CODIGO ESPECIFICADO).

EN LA COLUMNA 9 SE ANOTARON LOS EVENTOS VITALES (OBJETO DE ESTE ESTUDIO), CONSIGNANDO CUALQUIER EVENTO TANTO A NIVEL INDIVIDUAL COMO FAMILIAR, QUE PUDIERA HABER INFLUIDO EN LA PRESENTACION DE UN CUADRO DEPRESIVO. SE REGISTRO CUALQUIER EVENTO CONSIDERADO EN EL EXPEDIENTE COMO UN EVENTO IMPORTANTE. AL PRIMER EVENTO QUE SE ENCONTRO EN EL CASO 01 DEL AÑO 1979 SE LE ASIGNO EL NUMERO 1 Y ASI SUCESIVAMENTE SE ASIGNO UN CODIGO NUMERICO A CADA EVENTO VITAL, DEPENDIENDO EXCLUSIVAMENTE DEL ORDEN DE APARICION. A UN MISMO EVENTO SE LE CODIFICO CON EL MISMO CODIGO NUMERICO ASIGNADO CON ANTERIORIDAD. EJEMPLO: 1 - FAMILIA DISFUNCIONAL; 2 - MALTRATO FISICO, ETC.

SE ASIGNO EL NUMERO 0 PARA IDENTIFICAR LA NO EXISTENCIA DE EVENTOS VITALES.

EL CURSO CLINICO SE REGISTRO EN LA COLUMNA NUMERO 10, SE DIVIDIO EN 3 SECCIONES A MODO DE ESPECIFICAR LA EVOLUCION (LAS CATEGORIAS SE ASIGNARON DE ACUERDO A LO CONSIGNADO POR LOS MEDICOS EN EL EXPEDIENTE): MENOS DE 3 MESES, A LOS 3 MESES, A LOS 6 MESES; DE ACUERDO A LAS SIGUIENTES CLAVES:

- 1.- REMISION
- 2.- SIN CAMBIOS
- 3.- EMPEORAMIENTO
- 4.- DESERCIÓN
- 5.- FALTA DE INFORMACION
- 6.- MEJORIA
- 7.- CANALIZADO A OTRA INSTITUCION.

EN LA COLUMNA NUMERO 11 SE ANOTO EL TRATAMIENTO, DE ACUERDO A LOS SIGUIENTES CODIGOS:

- 1.- PSICOTERAPIA
- 2.- BENZODIAZEPINAS
- 3.- ANTIPSICOTICOS
- 4.- ANTIDEPRESIVOS
- 5.- ORIENTACION FAMILIAR
- 6.- ANTICONVULSIVOS
- 7.- OTROS

UNA VEZ OBTENIDOS LOS DATOS DEL GRUPO DE CASOS, CADA CASO SE APAREO CON UN CONTROL. EL GRUPO CONTROL ESTUVO CONSTITUIDO POR PACIENTES PSIQUIATRICOS NO DEPRIMIDOS; SE APAREO DE ACUERDO AL AÑO DE INGRESO AL HOSPITAL, A LA EDAD Y AL SEXO. SE SELECCIONARON LOS CONTROLES CON LISTADOS SIMILARES AL LISTADO DE LOS CASOS Y SE EFECTUO EL MISMO PROCEDIMIENTO QUE PARA LOS CASOS, INCLUYENDO HASTA EL AÑO DE 1988.

#### ANALISIS ESTADISTICO

1.- SE OBTUVIERON FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE EN CADA UNO DE LOS GRUPOS.

2.- CON OBJETO DE DETERMINAR LA SIGNIFICACION DE LAS DIFERENCIAS ENTRE LOS EVENTOS VITALES DEL GRUPO DE PACIENTES DEPRIMIDOS Y EL DE PACIENTES NO DEPRIMIDOS, SE UTILIZO LA PRUEBA CHI CUADRADA, CON UN ALFA DE 0.05% Y 1 gl. (ANEXO E).

3.- PARA DETERMINAR QUE EVENTOS CONSTITUYEN FACTORES DE RIESGO PARA LA DEPRESION INFANTIL SE UTILIZO LA FORMULA PARA CALCULAR EL RIESGO RELATIVO APROXIMADO, SEGUN FEINSTEIN (1985). (ANEXO E).

## **R E S U L T A D O S**

---

## **RESULTADOS**

SE REVISARON 1923 EXPEDIENTES DE PACIENTES DEPRIMIDOS QUE ACUDIERON A CONSULTA AL HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO", DURANTE LOS AÑOS DE 1979 A 1988.

LOS CRITERIOS DE EXCLUSION CONSIDERADOS PARA EL ANALISIS FUERON:

- 1) CAMBIO O CORRECCION DEL DIAGNOSTICO INICIAL.
- 2) ERROR U OMISION EN LOS LISTADOS MENSUALES DEL HOSPITAL.
- 3) HISTORIA CLINICA INCOMPLETA.
- 4) INEXISTENCIA FISICA DEL EXPEDIENTE.

LA MUESTRA DE PACIENTES DEPRIMIDOS (CASOS) QUEDO CONSTITUIDA, FINALMENTE, POR 643 EXPEDIENTES; CADA UNO APAREADO EN EDAD, SEXO Y AÑO DE INGRESO AL HOSPITAL CON UN EXPEDIENTE DE PACIENTES NO DEPRIMIDOS (CONTROLES).

LOS EVENTOS VITALES REPORTADOS EN LAS HISTORIAS CLINICAS DE LOS PACIENTES, SE REGISTRARON EN LA COLUMNA 9 DE LAS HOJAS TABULARES, DE MANERA QUE AL PRIMER EVENTO ENCONTRADO EN EL EXPEDIENTE 01 DEL AÑO 1979 SE LE ASIGNO EL NUMERO 1 Y ASI SUCESIVAMENTE, DEPENDIENDO, UNICAMENTE DEL ORDEN DE APARICION Y AGRUPANDO BAJO EL MISMO CODIGO LOS EVENTOS QUE SE

REPITIERON POSTERIORMENTE; MEDIANTE ESTE PROCEDIMIENTO, SE REGISTRO LA HOJA DE EVENTOS VITALES SEÑALADA EN EL ANEXO B.

EN 566 CASOS (88.02%) Y EN 449 CONTROLES (69.83%) SE ENCONTRO REPORTADO POR LO MENOS UN EVENTO VITAL.

EL ANALISIS DE FRECUENCIAS DE LOS EVENTOS VITALES SE SEÑALA EN EL ANEXO C; COMO PUEDE OBSERVARSE LOS EVENTOS QUE SE PRESENTAN MAS FRECUENTEMENTE SON AQUELLOS QUE INVOLUCRAN UNA FAMILIA DISFUNCIONAL; EL MALTRATO FISICO; LA SEPARACION O DIVORCIO DE LOS PADRES; LA AUSENCIA DEL PADRE EN LA VIDA DE LOS PACIENTES; LA MUERTE DEL PADRE; LA MUERTE DE FAMILIARES CERCANOS; LOS EVENTOS TRAUMATICOS; EL SER HIJO PARENTAL; LA ENFERMEDAD SEVERA DE ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA NUCLEAR; LA PRESENCIA DE PADRASTRO O MADRASTRA; LA VIOLACION; Y, LA MUERTE DE LA MADRE. SE ENCONTRARON 1288 EVENTOS EN LOS CASOS Y 931 EN LOS CONTROLES. (VER ANEXO C).

LOS EVENTOS VITALES QUE MOSTRARON UNA ASOCIACION ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA, EVALUADA POR LA PRUEBA  $\chi^2$  CON 1 gl PARA UN NIVEL DE ALFA DE "0.05", FUERON EN ORDEN DE IMPORTANCIA (VER TABLA No. 1, PAG. 67): 1) LA MUERTE DE FAMILIARES DIRECTOS; 2) LA SEPARACION O DIVORCIO DE LOS PADRES; 3) EL MALTRATO FISICO; 4) LA VIOLACION; 5) LA FAMILIA DISFUNCIONAL; 6) EL PADRE AUSENTE; 7) LOS CAMBIOS DE

ESCUELA; 8) LA SALIDA DE UNA FIGURA IMPORTANTE PARA EL SUJETO; 9) LA MUERTE DE LA MADRE; Y, 10) LOS PADECIMIENTOS FISICOS ASOCIADOS.

LOS 10 EVENTOS VITALES MENCIONADOS EN EL PARRAFO ANTERIOR, SE ENCONTRARON EN EL 61.88% DE LOS PACIENTES DEPRIMIDOS Y EN EL 54.89% DE LOS NO DEPRIMIDOS.

AL AGRUPAR LOS EVENTOS VITALES RELACIONADOS ENTRE SI EN SIETE AREAS, COMO SIGUE: RELACIONES FAMILIARES (TABLA No. 2 PAG. 68); ESTRUCTURA FAMILIAR (TABLA No. 3, PAG. 68); MUERTES (TABLA No. 4, PAG. 69); AREA SEXUAL (TABLA No. 5, PAG. 69); AREA DE LA SALUD (TABLA No. 6, PAG. 70); AREA ESCOLAR (TABLA No. 7, PAG. 70), Y OTROS EVENTOS (TABLA No. 8, 70), SE OBSERVA LO SIGUIENTE:

1) EN TODAS LAS AREAS SE OBSERVA UN NUMERO MAYOR DE EVENTOS EN LOS CASOS COMPARADOS CON LOS CONTROLES, CON EXCEPCION DEL AREA ESCOLAR;

2) EN EL AREA DE LAS DISFUNCIONES EN LAS RELACIONES FAMILIARES SE OBSERVA UN PORCENTAJE DEL 84% EN LOS CASOS Y DEL 68% EN LOS CONTROLES; EL AREA DE ESTRUCTURA FAMILIAR DISFUNCIONAL EN UN 54% Y UN 35%; EN EL AREA DE MUERTE UN 22% Y UN 12%; EN EL AREA SEXUAL UN 11% Y UN 7%; EN EL AREA DE

SALUD UN 10% Y UN 6%; CON RESPECTO AL AREA ESCOLAR UN 5% Y UN 6%; TENIAN PROBLEMAS EN EL AREA DE SITUACION ECONOMICA PRECARIA EL 2% DE CADA GRUPO; RESPECTO A LOS OTROS EVENTOS VITALES UN 11% Y UN 8%, RESPECTIVAMENTE. LOS PORCENTAJES SE CALCULARON SOBRE EL TOTAL DE SUJETOS DE CADA GRUPO.

3) LAS AREAS DE RELACION FAMILIAR (TABLA No. 2) Y ESTRUCTURA FAMILIAR (TABLA No. 3) AGRUPAN UN TOTAL DE 20 EVENTOS, ESTO ES, CASI EL 50% DEL TOTAL DE EVENTOS.

SE OBSERVO QUE LOS EVENTOS CON UN RIESGO RELATIVO APROXIMADO MAYOR DE 1 [CUYO INTERVALO DE CONFIANZA DEL 95% EXCLUYE AL 1] SON: 1) LA MUERTE DE FAMILIARES DIRECTOS; 2) EL MALTRATO FISICO; 3) LA SEPARACION O DIVORCIO DE LOS PADRES; 4) LA VIOLACION; 5) EL TENER UNA FAMILIA DISFUNCIONAL; 6) LA AUSENCIA DEL PADRE; 7) LA SALIDA DE UNA FIGURA IMPORTANTE PARA EL SUJETO; 8) LA PRESENCIA DE UN PADECIMIENTO FISICO ASOCIADO; Y 9) LA MUERTE DE LA MADRE. (VER TABLA No. 9, PAG. 71). EL RIESGO RELATIVO QUE ENTRAÑA CADA UNO DE LOS FACTORES EVALUADOS SE MUESTRA EN EL ANEXO D.

TABLA No. 1.- EVENTOS VITALES ASOCIADOS ESTADISTICAMENTE A LA DEPRESION INFANTIL

EVENTOS VITALES	DEPRIMIDOS n = 643		NO DEPRIMIDOS n = 643		K <sup>2</sup> *
	f	%	f	%	
MUERTE FAMILIARES DIRECTOS	53	8.24	21	3.26	13.78
PADRES SEPARADOS O DIVORCIADOS	103	16.0	61	9.48	13.08
MALTRATO FISICO	160	24.8	108	16.7	12.26
VIOLACION	36	5.59	14	2.17	9.18
FAMILIA DISFUNCIONAL	281	43.7	227	35.3	9.14
PADRE AUSENTE	87	13.5	55	8.55	7.61
CAMBIOS DE ESCUELA	9	1.39	0	0	7.16
SALIDA DE UNA FIGURA IMPORTANTE PARA EL SUJETO	22	3.42	7	1.08	6.91
MUERTE DE LA MADRE	34	5.28	16	2.48	6.01
PADECIMIENTO FISICO ASOCIADO	12	1.86	2	0.31	5.85

\* p < 0.05 (1 gl)

TABLA No. 2.- RELACIONES FAMILIARES

EVENTOS VITALES		DEPRIMIDOS		NO DEPRIMIDOS	
		n = 643		n = 643	
		f	%	f	%
FAMILIA DISFUNCIONAL	*	281	43.7	227	35.3
MALTRATO FISICO	*	160	24.8	108	16.7
PADRE O MADRE PERIFERICO		8	1.24	15	2.33
INESTABILIDAD FAMILIAR		7	1.08	11	1.71
PADRE O MADRE AGRESIVO		16	2.48	6	0.93
DESCUIDO		13	2.02	25	2.88
RECHAZO FAMILIAR		22	3.42	30	4.66
PROBLEMAS ENTRE LOS PADRES		16	2.48	8	1.24
SEPARACION MADRE-HIJO EN LOS TRES PRIMEROS AÑOS DE VIDA		17	2.64	9	1.39
TOTALES		540	83.9	439	68.2

\* p < 0.05 (x , 1 gl).

TABLA No. 3.- ESTRUCTURA FAMILIAR

EVENTOS VITALES		DEPRIMIDOS		NO DEPRIMIDOS	
		n = 643		n = 643	
		f	%	f	%
PADRES SEPARADOS O DIVORC.	*	103	16.0	61	9.48
PRESENCIA PADRASTRO O MADRASTRA		36	5.59	24	3.73
HIJO ADOPTIVO		16	2.48	10	1.55
PADRE AUSENTE	*	87	13.5	55	8.55
HIJO PARENTAL		39	6.06	37	5.75
PADRE O MADRE ENCARCELADO		9	1.39	2	0.31
MADRE SOLTERA		4	0.62	10	1.55
MADRE AUSENTE		16	2.48	17	2.64
MADRE PROSTITUTA		6	0.93	1	0.15
SALIDA DE UNA FIGURA IMPORTANTE PARA EL SUJETO	*	22	3.42	7	1.08
ENTRADA DE UN MIEMBRO A FAM.		11	1.71	4	0.62
TOTALES		349	54.2	228	35.4

\* p < 0.05 (x , 1 gl)

**TABLA No. 4.- MUERTE**

EVENTOS VITALES	DEPRIMIDOS		NO DEPRIMIDOS	
	n = 643		n = 643	
	f	%	f	%
MUERTE DE LA MADRE	* 34	5.28	16	2.48
MUERTE DEL PADRE	56	8.70	42	6.53
MUERTE DE FAMILIARES DIRECTOS	* 53	8.24	21	3.26
<b>TOTALES</b>	<b>143</b>	<b>22.2</b>	<b>79</b>	<b>12.2</b>

\* P < 0.05 (x , 1 gl)

**TABLA No. 5.- AREA SEXUAL**

EVENTOS VITALES	DEPRIMIDOS		NO DEPRIMIDOS	
	n = 643		n = 643	
	f	%	f	%
INCESTO E INTENTO DE INCESTO	7	1.08	2	0.31
ACTIVIDAD HOMOSEXUAL	4	0.62	4	0.62
VIOLACION	* 36	5.59	14	2.17
EMBARAZO	4	0.62	10	1.55
ABORTO E INTENTO DE ABORTO	2	0.31	4	0.62
RUPTURA DE LA RELAC.DE PAREJA	17	2.64	12	1.86
<b>TOTALES</b>	<b>70</b>	<b>10.8</b>	<b>46</b>	<b>7.15</b>

\* p < 0.05 (x , 1 gl)

TABLA No. 6.- AREA DE LA SALUD

EVENTOS VITALES	DEPRIMIDOS		NO DEPRIMIDOS	
	n = 643		n = 643	
	f	%	f	%
MALFORMACION CONGENITA	5	0.77	0	0
PADECIMIENTO FISICO ASOCIADO *	12	1.86	2	0.31
MALFORMACIONES ADQUIRIDAS	4	0.62	1	0.15
OTRO PROBLEMA PSIQUIATRICO	4	0.62	7	1.08
ENFERMEDAD SEVERA DE ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA NUCLEAR	39	6.06	30	4.66
TOTALES	64	9.95	40	6.22

TABLA No. 7.- AREA ESCOLAR

EVENTOS VITALES	DEPRIMIDOS		NO DEPRIMIDOS	
	n = 643		n = 643	
	f	%	f	%
FRACASOS ESCOLARES	9	1.39	27	4.19
CAMBIOS DE ESCUELA *	9	1.39	0	0
INTERNADO	7	1.08	7	1.08
INGRESO A LA ESCUELA	9	1.39	2	0.31
TOTALES	34	5.28	36	5.59

TABLA No. 8.- OTROS EVENTOS

EVENTOS VITALES	DEPRIMIDOS		NO DEPRIMIDOS	
	n = 643		n = 643	
	f	%	f	%
PROBLEMAS ECONOMICOS FAMILIARES	16	2.48	11	1.71
CAMBIOS DE RESIDENCIA	24	3.73	18	2.79
DIVERSOS EVENTOS TRAUMATICOS	48	7.46	34	5.28
TOTALES	88	13.6	63	9.79

\*  $p < 0.05$  (x, 1 gl)

**TABLA No. 9.- FACTORES DE RIESGO PARA LA DEPRESION INFANTIL**

<b>EVENTOS VITALES</b>	<b>RRA*</b>	<b>I.C. 95%**</b>
<b>MUERTE DE FAMILIARES DIRECTOS</b>	2.7	1.5 - 4.6
<b>MALTRATO FISICO</b>	1.6	1.2 - 2.2
<b>PADRES SEPARADOS O DIVORCIADOS</b>	1.8	1.3 - 2.6
<b>VIOLACION</b>	2.7	1.4 - 5.3
<b>FAMILIA DISFUNCIONAL</b>	1.4	1.2 - 1.8
<b>PADRE AUSENTE</b>	1.7	1.1 - 2.4
<b>SALIDA DE UNA FIGURA</b>		
<b>IMPORTANTE PARA EL SUJETO</b>	3.2	1.3 - 8.3
<b>PADECIMIENTO FISICO ASOCIADO</b>	6.1	1.3 -26.4
<b>MUERTE DE LA MADRE</b>	2.2	1.1 - 4.2

\* RIESGO RELATIVO APROXIMADO MAYOR DE 1

\*\* INTERVALO DE CONFIANZA DEL 95% QUE EXCLUYE AL 1

## **DISCUSSION**

## **DISCUSION**

DIVERSOS ESTUDIOS MUESTRAN CONSISTENTEMENTE UNA ESTRECHA RELACION ENTRE LOS EVENTOS VITALES Y LA DEPRESION EN ADULTOS (HOLMES Y RAHE, 1967 EN RABKIN Y STRUENING, 1976; PARKER Y MANICAVASAGAR, 1986; ROY, 1987); SIN EMBARGO, LA RELACION ENTRE ESTOS EVENTOS Y LA DEPRESION INFANTIL NO ES MUY CLARA TODAVIA DEBIDO A LA ESCASA INFORMACION EXISTENTE AL RESPECTO.

LOS RESULTADOS OBTENIDOS DE LA PRESENTE INVESTIGACION SUGIEREN QUE CIERTOS EVENTOS SE ASOCIAN SIGNIFICATIVAMENTE CON EL DIAGNOSTICO DE DEPRESION EN NIÑOS, Y, EN GENERAL, AUNQUE EN ALGUNOS CASOS NO SE CUENTA CON REFERENCIAS ANTERIORES AL RESPECTO, EN OTROS, LA BIBLIOGRAFIA REVISADA APOYA LOS HALLAZGOS.

EN ESTE TRABAJO, EL EVENTO VITAL MAS SIGNIFICATIVAMENTE ASOCIADO A LA DEPRESION INFANTIL ES LA MUERTE DE FAMILIARES CERCANOS, ESTO ES, HERMANOS, ABUELOS, TIOS Y PRIMOS (MAS AUN QUE LA MUERTE DE LA MADRE QUE TAMBIEN RESULTA SIGNIFICATIVA Y LA MUERTE DEL PADRE QUE NO LO ES). ESTO NO SORPRENDE DEMASIADO SI OBSERVAMOS QUE LAS FRECUENCIAS DE LA SEPARACION O DIVORCIO DE LOS PADRES, DEL PADRE AUSENTE, DE LA FAMILIA DISFUNCIONAL Y DEL MALTRATO FISICO SON BASTANTE ALTAS ASI

COMO LA DESINTEGRACION DE LA FAMILIA NUCLEAR. ANTE ESTO, ALGUNOS FAMILIARES CERCANOS SE CONSTITUYEN EN SUSTITUTOS DE LAS FIGURAS MATERNA Y/O PATERNA, ADQUIRIENDO CON ELLO MAYOR IMPORTANCIA EN EL AFECTO DEL NIÑO; LO ANTERIOR SE REFUERZA CON EL SIGNIFICADO QUE TIENE LA SALIDA DE UNA FIGURA IMPORTANTE EN LA VIDA DEL MENOR. COMO SE SEÑALA EN EL ANEXO B, ESTO SE REFIERE A PERSONAS CON LAS QUE EL NIÑO TUVO UNA RELACION AFECTIVA POSITIVA QUE TERMINA O SE INTERRUMPE POR DIVERSAS CAUSAS, EXCEPTO LA MUERTE. ESTAS PERSONAS NO SON EL PADRE NI LA MADRE BIOLOGICOS. A ESTE RESPECTO -EN POBLACION ADULTA-, PARKER Y MANICAVASAGAR (1986), AYUSO Y ESQUIAGA (1987) Y PUCKERING (1989) ENCUENTRAN UNA RELACION ENTRE LA PERDIDA DE ALGUN FAMILIAR DURANTE LA INFANCIA DE LOS PACIENTES; AL CONTRARIO DE HAUZINGER (1984), QUIEN NO ENCUENTRA UNA RELACION SIGNIFICATIVA ENTRE EL DUELO Y LA DEPRESION EN ADULTOS.

LA SEPARACION O DIVORCIO DE LOS PADRES CONCUERDA CON LAS OBSERVACIONES DE FENDRICH ET AL. (1990) QUIENES SEÑALAN QUE ESTE EVENTO ES UN PREDICTOR DE LA PRESENCIA DE UN DESORDEN AFECTIVO EN LOS NIÑOS.

EL MALTRATO FISICO ES UN EVENTO VITAL ESTUDIADO AMPLIAMENTE (ORVASCHEL ET AL. 1979; PETERSON Y ZILL, 1986; WEINTRAUB, 1987). EN SENTIDO OPUESTO A LO ESPERADO, KING (1990) REPORTA

QUE LA VIOLENCIA FAMILIAR -AGRESION FISICA AL NIÑO O AGRESION ENTRE LOS PADRES- NO SE ASOCIA CON LAS TENDENCIAS DEPRESIVAS DEL SUJETO; SIN EMBARGO, LA INFORMACION DE ESTE TRBAJO, ES INSUFICIENTE PARA CONCLUIR SOBRE LA DIFERENCIA ENTRE TENER UN PADRE O UNA MADRE AGRESIVOS Y EL EFECTO DE TENERLOS O NO.

MC LAREN Y BROWN (1989) Y HANSON (1990) EN POBLACION INFANTIL RESPALDAN LA RELACION ENTRE EL ABUSO SEXUAL Y LA DEPRESION EN LOS NIÑOS.

AUNQUE LA FAMILIA DISFUNCIONAL ES UN EVENTO FRECUENTE EN LA POBLACION ESTUDIADA, SU ASOCIACION ES SIGNIFICATIVA CON LA DEPRESION INFANTIL. DE ACUERDO CON LAS INVESTIGACIONES DE PITTS ET AL. (1965), GREGORY (1966) Y HUSTON (1971) EN ORVASCHEL ET AL. (1979), TODOS ENCONTRARON EN EL ADULTO DEPRIMIDO UNA PROBABILIDAD ELEVADA DE HABER VIVIDO EN FAMILIAS DISFUNCIONALES, CON POCA ATENCION DE LOS PADRES, Y, EN GENERAL, EN UN AMBIENTE NEGATIVO. AHORA BIEN, FERRIS (1966), RASKIN (1971) Y JACOBSON (1975) EN ORVASCHEL ET AL. (1979) ENCONTRARON, TANTO EN LA EXPLORACION DE LA INFANCIA DEL ADULTO COMO EN LA INVESTIGACION DIRECTA DE LA VIDA FAMILIAR DEL NIÑO DEPRIMIDO, QUE LA FAMILIA DISFUNCIONAL MANTIENE UNA RELACION ESTRECHA CON LA PROBABILIDAD DE PADECER UN TRASTORNO DEPRESIVO.

EL PADRE AUSENTE ES UN EVENTO VITAL RELACIONADO CON LA DEPRESION INFANTIL, TAL COMO AFIRMAN ROY (1987) Y BESCOS E HIDALGO (1988). CABE SEÑALAR QUE AUNQUE LA INVESTIGACION DE ESTOS ULTIMOS ES SIMILAR A ESTA INVESTIGACION, NO PROPORCIONA MUCHOS PUNTOS DE APOYO PUESTO QUE SU MUESTRA ESTA CONSTITUIDA SOLO POR 6 SUJETOS. BESCOS E HIDALGO (1988) ENGLOBALAN EN UN SOLO EVENTO TANTO AL "PADRE PERIFERICO" COMO AL "PADRE AUSENTE", DENOMINANDOLO: "PADRE AUSENTE O PERIFERICO", EN TANTO QUE EN LA PRESENTE INVESTIGACION SE CONSIDERARON COMO EVENTOS DIFERENTES, PUESTO QUE EL PADRE PERIFERICO (COMO QUEDO DEFINIDO ANTERIORMENTE) ES UN PADRE PRESENTE FISICAMENTE PERO AUSENTE EMOCIONALMENTE; A DIFERENCIA DEL PADRE AUSENTE QUE NO ESTA PRESENTE NI FISICA NI EMOCIONALMENTE.

AUNQUE LA MUERTE DE LA MADRE, SEGUN LOS DATOS OBTENIDOS, RESULTO UN EVENTO ASOCIADO A LA DEPRESION INFANTIL, EN LA LITERATURA SE CUESTIONA TAL RELACION (COSTELLO-COMREY, 1967; HUSTON, 1971 EN ORVASHEL ET AL. 1979) YA QUE EXISTEN OTROS FACTORES COMO LA EDAD DEL SUJETO A LA MUERTE DE LA MADRE, LAS CONDICIONES EN LAS QUE OCURRE EL DECESO O LA PRESENCIA DE UN SUSTITUTO ADECUADO, QUE PUEDEN DISMINUIR EL EFECTO DE TAL EVENTO. ESTO RESPALDA EL HECHO DE QUE LA MUERTE DE LA MADRE TENGA UN VALOR PEQUEÑO DENTRO DE LOS EVENTOS SIGNIFICATIVOS, E INCLUSO, LA MUERTE DEL PADRE NO RESULTE SIGNIFICATIVA.

NO OBSTANTE QUE NO SE ENCONTRO LITERATURA ESPECIFICA SOBRE ALGUNOS EVENTOS QUE RESULTARON SIGNIFICATIVOS, COMO EL CAMBIO O INGRESO A LA ESCUELA; LA SALIDA DE UNA FIGURA IMPORTANTE PARA EL SUJETO Y EL TENER PADECIMIENTO FISICO ASOCIADO, TALES EVENTOS HAN SIDO INCLUIDOS EN DIVERSAS ESCALAS QUE EVALUAN EL IMPACTO QUE PRODUCEN LOS EVENTOS VITALES EN LA SALUD DE LOS SUJETOS QUE LOS EXPERIMENTAN (ANTONOVSKY Y KATS, 1967; HOLMES Y RAHE, 1967 EN RABKIN Y STRUENING, 1976; DOHRENWEND ET AL., 1978; WHEATLEY, 1990). LAS ESCALAS QUE CONTEMPLAN LA SALUD (ENFERMEDAD U OPERACIONES), LOS CAMBIOS EN EL AMBIENTE GENERAL (DE RESIDENCIA, DE ESCUELA), LOS CAMBIOS ESPECIFICOS EN EL AREA ESCOLAR (INGRESO O CAMBIO), LOS CAMBIOS EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES (SALIDA DE UNA FIGURA IMPORTANTE O ENTRADA DE UN NUEVO MIEMBRO A LA FAMILIA) COMO EVENTOS MUESTRAN QUE TIENEN UNA RELACION CON LA PRESENCIA DE DIVERSOS TRASTORNOS, TANTO FISICOS COMO EMOCIONALES.

ES NECESARIO SEÑALAR QUE EL EVENTO VITAL DENOMINADO FRACASOS ESCOLARES NO SE CONSIDERO COMO SINTOMA SINO COMO EVENTO ESTRESANTE. EN LA MUESTRA DE CONTROLES RESULTO SIGNIFICATIVO (VER ANEXO D) POSIBLEMENTE PORQUE LOS PACIENTES NO DEPRIMIDOS MOSTRARON OTROS DIAGNOSTICOS COMO RETRASO MENTAL, TRASTORNO DE APRENDIZAJE O TRASTORNO DE ATENCION, QUE FRECUENTEMENTE ENFRENTAN LA SITUACION DE FRACASO EN ESTA AREA.

PARTIENDO DE QUE LAS INVESTIGACIONES REALIZADAS CON MUESTRAS DE SUJETOS CON ALGUN PADECIMIENTO Y MUESTRAS DE POBLACION NORMAL (ANTONOVSKY Y KATS, 1967; BROWN Y BIRLEY, 1968; PAYKEL ET AL. 1969; ORVASCHEL ET AL., 1979; LA ROCHE, 1989; HARJAN, 1989) REPORTAN UNA RELACION CONSISTENTE ENTRE LOS EVENTOS VITALES EXPERIMENTADOS Y LA PRESENCIA DE ALGUNA ENFERMEDAD, CREEMOS QUE EN LA PRESENTE INVESTIGACION, LOS EVENTOS VITALES QUE RESULTARON SIGINIFICATIVOS PARA LA DEPRESION INFANTIL PUEDEN TOMARSE COMO VALIDOS PUESTO QUE POR TRATARSE DE MUESTRAS DE SUJETOS CON ALGUN PADECIMIENTO PSIQUIATRICO, ERA PROBLABLE QUE TANTO LOS PACIENTES DEPRIMIDOS COMO LOS NO DEPRIMIDOS TUVIERAN UNA FRECUENCIA ALTA DE EVENTOS VITALES (1288 Y 931 RESPECTIVAMENTE).

LOS RIESGOS RELATIVOS PARA CADA EVENTO VITAL SE MUESTRAN EN EL ANEXO D. DEBE RECORDARSE QUE CUALQUIER EVENTO CUYO RIESGO RELATIVO APROXIMADO ES MAYOR DE 1 (ESPECIALMENTE CUANDO EL INTERVALO DE CONFIANZA DEL 95% NO INCLUYE ESTE VALOR), INDICA QUE DICHA VARIABLE CONSTITUYE, REALMENTE, UN FACTOR DE RIESGO PARA DESARROLLAR LA ENFERMEDAD.

TAMBIEN SE PUEDE OBSERVAR QUE, A DIFERENCIA DE OTROS ESTUDIOS QUE INCLUYEN CAMBIOS, TANTO POSITIVOS COMO NEGATIVOS, QUE REQUIEREN ADAPTACION POR PARTE DEL SUJETO, TODOS LOS EVENTOS VITALES REPORTADOS EN ESTA INVESTIGACION TIENEN UNA

CONNOTACION NEGATIVA. ESTO SE DEBE, EN PRIMER TERMINO, A QUE SE TRABAJO JUSTAMENTE CON SUJETOS CON ALGUN TRASTORNO PSIQUIATRICO Y EN SEGUNDO LUGAR A QUE FUERON ESOS LOS UNICOS EVENTOS VITALES REGISTRADOS EN LOS EXPEDIENTES, PUESTO QUE LA ENTREVISTA CLINICA NO TENIA COMO OBJETIVO PRINCIPAL AHONDAR SOBRE LOS EVENTOS VITALES OCURRIDOS AL PACIENTE, SINO EMITIR UN DIAGNOSTICO.

AUNQUE LA HISTORIA DE DEPRESION FAMILIAR, ESPECIALMENTE LA MATERNA, NO FUE INCLUIDA COMO EVENTO VITAL EN ESTE ESTUDIO, SINO COMO ANTECEDENTE HEREDO-FAMILIAR (BILLINGS Y MOSS, 1986; WEINTRAUB, 1987; HARJAN, 1989; LA ROCHE, 1989; PUCKERING, 1989; FENDRICH ET AL., 1990; WILLIAMS ET AL. 1990), ES NECESARIO CONSIDERAR, SIN DEJAR DE LADO EL FACTOR GENETICO, QUE LA INTERACCION CON UN PADRE DEPRIMIDO TIENE EFECTOS EN LA DINAMICA FAMILIAR Y POR TANTO EN LA SALUD DEL NIÑO.

A ESTE RESPECTO ES IMPORTANTE MENCIONAR QUE LA FRECUENCIA DE DEPRESION EN LA FAMILIA DE LOS SUJETOS DEPRIMIDOS SE DISTRIBUYO COMO SIGUE: MADRE: 47; HERMANOS: 17; PADRE: 10; TIOS MATERNOS: 7; ABUELOS MATERNOS: 5; TIOS PATERNOS: 4; ABUELOS PATERNOS: 0. MIENTRAS QUE EN LOS SUJETOS NO DEPRIMIDOS SOLO SE ENCONTRARON ANTECEDENTES DE DEPRESION EN UN PADRE, 2 MADRES Y 1 HERMANO.

EL QUE ALGUNAS PERSONAS NO SE DEPRIMAN A PESAR DE QUE HAYAN SUFRIDO EVENTOS ESTRESANTES ORIENTA LAS INVESTIGACIONES HACIA OTROS ASPECTOS QUE SE HAN ENCONTRADO ALTAMENTE CORRELACIONADOS CON LA SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA; COMO POR EJEMPLO, LA VULNERABILIDAD DE LA AUTOIMAGEN DE ALGUNOS SUJETOS A ESTRESORES ESPECIFICOS (HAMMEN Y GOODMAN-BROWN, 1990), EL LOCUS DE CONTROL (SIEGEL Y GRIFFIN, 1984; MULLINS ET AL., 1985), O BIEN, LA RESISTENCIA AL ESTRES (HOLAHAN Y MOOS, 1987) QUE INCLUYE FACTORES COMO EL APOYO FAMILIAR, EL APOYO SOCIAL, LA PERCEPCION INDIVIDUAL DE LOS RECURSOS DISPONIBLES, ENTRE OTROS, QUE AYUDAN A MANTENER Y CONSERVAR AL INDIVIDUO EN CONDICIONES SALUDABLES AUN CUANDO OCURRAN SITUACIONES DE ESTRES INDESEADAS.

DESAFORTUNADAMENTE, COMO SE PUEDE OBSERVAR EN ESTE ESTUDIO, ES DIFICIL EVALUAR LOS ELEMENTOS DE APOYO FAMILIAR Y SOCIAL QUE CONFIERAN A LOS SUJETOS LA POSIBILIDAD DE RESPONDER DE MANERA DIFERENTE ANTE LOS FACTORES VITALES ESTRESANTES.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

## **CONCLUSIONES**

## CONCLUSIONES

DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS ES POSIBLE CONCLUIR:

1) UNA MAYOR FRECUENCIA DE EVENTOS VITALES EN LAS HISTORIAS DE LOS PACIENTES DEPRIMIDOS (2 EVENTOS POR SUJETO), EN COMPARACION CON LOS PACIENTES NO DEPRIMIDOS (ENTRE 1 Y 2 EVENTOS POR SUJETO);

2) LOS EVENTOS VITALES SIGNIFICATIVAMENTE ASOCIADOS A LA DEPRESION INFANTIL EN LA MUESTRA ANALIZADA SON: LA MUERTE DE FAMILIARES DIRECTOS (HERMANOS, TIOS, PRIMOS, ABUELOS); LOS PADRES SEPARADOS O DIVORCIADOS; EL MALTRATO FISICO; LA VIOLACION; LA FAMILIA DISFUNCIONAL; EL PADRE AUSENTE; LOS CAMBIOS DE ESCUELA; LA SALIDA DE UNA FIGURA IMPORTANTE PARA EL SUJETO; LA MUERTE DE LA MADRE; Y EL PADECIMIENTO FISICO ASOCIADO.

3) DE LOS EVENTOS VITALES MENCIONADOS LOS QUE CONSTITUYEN UN FACTOR DE RIESGO PARA LA DEPRESION INFANTIL PUESTO QUE EL VALOR DEL RIESGO RELATIVO APROXIMADO (RRA) ES MAYOR DE 1, SON: LA MUERTE DE FAMILIARES DIRECTOS; EL MALTRATO FISICO; LOS PADRES SEPARADOS O DIVORCIADOS; LA VIOLACION; LA FAMILIA DISFUNCIONAL; EL PADRE AUSENTE; LA SALIDA DE UNA FIGURA

IMPORTANTE PARA EL SUJETO; EL PADECIMIENTO FISICO ASOCIADO Y LA MUERTE DE LA MADRE.

4) AL AGRUPAR EN AREAS LOS EVENTOS VITALES RELACIONADOS, SE OBSERVA QUE LOS VINCULOS FAMILIARES SON LA FUENTE PRINCIPAL, (540 DE UN TOTAL DE 1288), DE EVENTOS SIGNIFICATIVOS EN LA VIDA DEL NIÑO DEPRIMIDO.

EN LA LITERATURA SE HA INVESTIGADO LA RELACION ENTRE UN GRAN NUMERO DE VARIABLES DEPENDIENTES (RABKIN, 1980; ANTONOVSKY Y KATS, 1967; RAHE Y HOLMES, 1967 EN RABKIN Y STRUENING, 1976; HAWKINS, 1957 EN ANTONOVSKY Y KATS, 1967) CON LA VARIABLE INDEPENDIENTE (EVENTOS VITALES), Y SE HA MOSTRADO UNA CORRELACION ENTRE AMBAS; ESTO PERMITE CONCLUIR QUE LA RELACION ENTRE LOS EVENTOS VITALES Y LA VARIABLE DEPENDIENTE DEPRESION, NO SE DEBE AL AZAR, O A CONTAMINACION O ERRORES METODOLOGICOS, SINO QUE LOS EVENTOS VITALES CONSTITUYEN UN FACTOR DE RIESGO PARA LA DEPRESION INFANTIL.

EL HECHO DE QUE ESTA INVESTIGACION ABARQUE UN PERIODO DE 10 AÑOS DURANTE EL CUAL LOS EVENTOS VITALES FUERON CONSISTENTEMENTE REPORTADOS, OFRECE UN PUNTO DE APOYO IMPORTANTE PARA LOS HALLAZGOS PREVIOS.

### LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

ENTRE LAS PRINCIPALES LIMITACIONES DE ESTE ESTUDIO ESTAN LAS QUE SEÑALAN PAYKEL ET AL. (1969) Y BROWN, (1974 EN RABKIN Y STRUENING, 1976) COMO COMUNES A LOS ESTUDIOS RETROSPECTIVOS: LA POSIBILIDAD DE ARGUMENTAR QUE LOS EVENTOS REPORTADOS POR EL GRUPO EXPERIMENTAL PUEDEN SER CONSECUENCIA MAS QUE CAUSAS DEL TRASTORNO; LA NECESIDAD DE LOS PACIENTES DE EXAGERAR LOS EVENTOS PASADOS, A FIN DE JUSTIFICAR SU ENFERMEDAD, Y LA CONTAMINACION MNEMICA DEBIDA AL FACTOR TIEMPO. ESTOS AUTORES SUGIEREN QUE LAS INVESTIGACIONES LONGITUDINALES PROSPECTIVAS AYUDARAN A ELIMINAR ESTAS FALLAS. EN ESTA INVESTIGACION, POR LA NATURALEZA DE LA MUESTRA, EN LA MAYORIA DE LOS CASOS LA INFORMACION SOBRE EL PACIENTE FUE REFERIDA POR LA MADRE, EL PADRE O ALGUN ACOMPAÑANTE ADULTO. ESTO ES LO QUE OCURRE GENERALMENTE CUANDO EL PACIENTE ES PEQUEÑO.

POR TRATARSE DE UN ESTUDIO PRELIMINAR Y FORMAR PARTE DE UNA INVESTIGACION MAS AMPLIA ENFOCADA A LA DETECCION Y DIAGNOSTICO ADECUADO DE LA DEPRESION INFANTIL, CABE PENSAR QUE INVESTIGACIONES POSTERIORES PODRIAN ESTABLECER ASOCIACIONES ENTRE EL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA EXPERIENCIA DEL EVENTO VITAL Y EL INICIO DE LA ENFERMEDAD Y/O UTILIZAR OTRAS VARIABLES COMO LA EDAD, EL SEXO, EL TIPO DE

DEPRESION; TAL VEZ, PODRIAN DIFERENCIARSE LOS EVENTOS VITALES CARACTERISTICOS DE LA DEPRESION DE LOS DE OTRA PATOLOGIA. ESTO BRINDARIA LA POSIBILIDAD DE CONTAR CON ELEMENTOS PARA LA ELABORACION O CREACION DE TECNICAS CADA VEZ MAS FINAS DE EVALUACION CLINICA, ESPECIFICAS PARA EL DIAGNOSTICO DE LA DEPRESION INFANTIL QUE CONTEMPLAN LA INTERACCION DE LOS FACTORES QUE INCIDEN EN LA PRESENCIA DE ESTE TRASTORNO.

SI ACEPTAMOS QUE LA ETIOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES E INCLUSO FISICAS RADICA, COMO SE MENCIONABA ARRIBA, EN LA INTERACCION DE MULTIPLES CARACTERISTICAS INDIVIDUALES, DE NUMEROSOS FACTORES INTERDEPENDIENTES EN EL CONTEXTO SOCIAL DEL SUJETO, Y CREEMOS QUE LA INVESTIGACION EN ESTE CAMPO DEBE BASARSE EN UN MODELO CONCEPTUAL Y METODOLOGICO AMPLIO, MULTICAUSAL E INTERACTIVO, ES INTERESANTE ENTONCES, CONOCER CUALES SON ESAS CARACTERISTICAS FAMILIARES, PARENTALES O DEL MISMO NIÑO QUE INTERVIENEN EN LAS DIFERENTES REACCIONES A LAS SITUACIONES ESTRESANTES. EN OPINION DE RABKIN Y STRUENING (1976), ES NECESARIO TOMAR EN CUENTA LAS CARACTERISTICAS PROPIAS DEL EVENTO ESTRESANTE, TALES COMO: SU INTENSIDAD, DURACION, IMPREDECIBILIDAD Y NOVEDAD.

**A N E X O S**

HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL  
"DR. JUAN N. NAVARRO"  
HISTORIA CLINICA PSIQUIATRICA

CONSULTA EXTERNA

HOSPITALIZACION

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_  
OCUPACION: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_  
ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ LUGAR Y FECHA DE NAC.: \_\_\_\_\_  
LUGAR DE RESIDENCIA: \_\_\_\_\_  
RELIGION: \_\_\_\_\_ INFORMANTE: \_\_\_\_\_  
REFERIDO POR: \_\_\_\_\_ FECHA DE CONSULTA O INGRESO: \_\_\_\_\_  
NUMERO DE EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

---

MOTIVO DE CONSULTA. PADECIMIENTO ACTUAL. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES. ANTECEDENTES PERSONALES (PATOLOGICOS Y NO PATOLOGICOS). DESARROLLO PSICOBIOLOGICO: a) INFANCIA (HABITOS DE JUEGO); b) VIDA ESCOLAR; c) ADOLESCENCIA (HABITOS Y CAMBIOS EN RASGOS Y CARACTER); d) VIDA LABORAL; e) VIDA SEXUAL; DINAMICA FAMILIAR; RELACIONES INTERPERSONALES; EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE; EXAMEN MENTAL; EXPLORACION FISICA Y NEUROLOGICA; IMPRESION DIAGNOSTICA; TRATAMIENTO.

---

## LISTADO DE EVENTOS VITALES TRANSCRITOS EN ORDEN DE APARICION.

- 1.- **FAMILIA DISFUNCIONAL:** FAMILIA DESORGANIZADA, CON ALTERACIONES EN LOS ROLES FAMILIARES, SIN AUTORIDAD, DESINTEGRADA Y/O CON PROBLEMAS DE ALCOHOLISMO EN UNO O AMBOS PADRES.
- 2.- **MALTRATO FISICO:** GOLPES.
- 3.- **MUERTE DE LA MADRE.**
- 4.- **MUERTE DEL PADRE.**
- 5.- **MUERTE DE FAMILIARES CERCANOS:** HERMANOS, TIOS, PRIMOS Y ABUELOS.
- 6.- **INCESTO O INTENTO DE INCESTO:** AGRESION SEXUAL DE ALGUN FAMILIAR EN PRIMER GRADO, CULMINE O NO EN COITO.
- 7.- **PADECIMIENTO FISICO ASOCIADO.**
- 8.- **MALFORMACION CONGENITA:** DEFECTOS ADQUIRIDOS ANTES DEL NACIMIENTO.
- 9.- **PADRES SEPARADOS O DIVORCIADOS.**
- 10.- **MALFORMACIONES ADQUIRIDAS:** DEFECTOS POSTNATALES.
- 11.- **PADRE O MADRE PERIFERICO:** PROGENITOR QUE ESTA PRESENTE FISICAMENTE, PERO AUSENTE EMOCIONALMENTE.
- 12.- **PRESENCIA DE PADRASTRO O MADRASTRA.**
- 13.- **HIJO ADOPTIVO.**
- 14.- **OTRO PROBLEMA PSIQUIATRICO:** PRESENCIA DE CUALQUIER PADECIMIENTO AFECTIVO O MENTAL DIFERENTE A LA DEPRESION.
- 15.- **ACTIVIDAD HOMOSEXUAL.**
- 16.- **INESTABILIDAD FAMILIAR:** VARIAS PAREJAS DEL PADRE O DE LA MADRE.
- 17.- **PADRE AUSENTE:** NO ESTA PRESENTE NI FISICA NI EMOCIONALMENTE.
- 18.- **HIJO PARENTAL:** SUJETO QUE ES ATENDIDO TANTO EN LO FISICO, COMO EN LO EMOCIONAL, POR ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA, QUE NO ES LA MADRE.
- 19.- **PADRE O MADRE ENCARCELADO.**

- 20.- **VIOLACION:** AGRESION SEXUAL POR UNA PERSONA EXTERNA A LA FAMILIA, QUE CULMINA EN COTTO.
- 21.- **PROBLEMAS ECONOMICOS FAMILIARES SEVEROS:** PROBLEMAS PARA SATISFACER LAS NECESIDADES BASICAS.
- 22.- **PADRE O MADRE AGRESIVO:** AGRESION VERBAL, PELEAS FRECUENTES ENTRE EL HIJO Y UNO O AMBOS PADRES.
- 23.- **CAMBIOS DE RESIDENCIA:** CAMBIOS REPORTADOS POR EL PACIENTE CON ALGUNA REPERCUSION.
- 24.- **SEPARACION MADRE-HIJO EN LOS TRES PRIMEROS AÑOS DE VIDA.**
- 25.- **ENFERMEDAD SEVERA DE ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA NUCLEAR.**
- 26.- **FRACASOS ESCOLARES:** COMO EVENTO PRODUCTOR DE ESTRES, NO COMO SINTOMA.
- 27.- **RUPTURA DE LA RELACION DE PAREJA:** CUALQUIER RELACION DE PAREJA DEL PACIENTE.
- 28.- **DESCUIDO:** FALTA DE ATENCION POR PARTE DE LOS PADRES, YA SEA POR TRABAJO O NEGLIGENCIA.
- 29.- **SALIDA DE UNA FIGURA IMPORTANTE PARA EL SUJETO:** SALIDA DEL CAMPO SOCIAL DE UNA PERSONA CON LA QUE EL NIÑO HA ESTABLECIDO UNA RELACION POSITIVA DE AFECTO, QUE SE TERMINA O INTERRUMPE POR CAUSAS DIVERSAS. SE EXCEPTUA LA MUERTE DEL PADRE, DE LA MADRE O DE ALGUN MIEMBRO CERCANO DE LA FAMILIA.
- 30.- **RECHAZO FAMILIAR.**
- 31.- **ABORTO E INTENTO DE ABORTO:** LLEVADO A CABO POR EL PACIENTE.
- 32.- **MADRE SOLTERA:** PACIENTE HIJO DE MADRE SOLTERA.
- 33.- **CAMBIOS DE ESCUELA:** CAMBIOS REPORTADOS POR EL PACIENTE CON ALGUNA REPERCUSION.
- 34.- **PROBLEMAS ENTRE LOS PADRES:** AGRESIONES FISICAS O VERBALES ENTRE ELLOS.
- 35.- **DIVERSOS EVENTOS TRAUMATICOS:** COMO SISMO, PRESENCIAR ALGUN ACCIDENTE, ASESINATO.
- 36.- **MADRE AUSENTE:** NO ESTA PRESENTE NI FISICA NI EMOCIONALMENTE.
- 37.- **INTERNADO:** SEPARACION DEL NUCLEO FAMILIAR POR CUESTIONES ESCOLARES.

38.- MADRE PROSTITUTA.

39.- ENTRADA DE UN NUEVO MIEMBRO A LA FAMILIA: NACIMIENTO DE UN HERMANO.

40.- INGRESO A LA ESCUELA.

41.- EMBARAZO: PACIENTE EMBARAZADA.

## ANEXO C

ANALISIS DE FRECUENCIAS DE CADA EVENTO EN LA MUESTRA DE PACIENTES DEPRIMIDOS (CASOS) Y EN LA MUESTRA DE PACIENTES NO DEPRIMIDOS (CONTROLES).

EVENTOS VITALES	FRECUENCIAS	
	DEPRIMIDOS	NO DEPRIMIDOS
FAMILIA DISFUNCIONAL	281	227
MALTRATO FISICO	160	108
PADRES SEPARADOS O DIVORCIADOS	103	61
PADRE AUSENTE	87	55
MUERTE DEL PADRE	56	42
MUERTE DE FAMILIARES DIRECTOS	53	21
DIVERSOS EVENTOS TRAUMATICOS	48	34
HIJO PARENTAL	39	37
ENF. SEVERA DE MIEMBRO DE FAM. NUCLEAR	39	30
VIOLACION	36	14
PRESENCIA DE PADRASTRO O MADRASTRA	36	24
MUERTE DE LA MADRE	34	16
CAMBIOS DE RESIDENCIA	24	18
RECHAZO FAMILIAR	22	30
SALIDA DE UNA FIG. IMP. PARA EL SUJETO	22	7
SEPARACION M-H EN LOS 3 PRIM.A. VIDA	17	9
RUPTURA DE LA RELACION DE PAREJA	17	12
MADRE AUSENTE	16	17
HIJO ADOPTIVO	16	10
PROBLEMAS ECONOMICOS FAMILIARES	16	11
PROBLEMAS ENTRE LOS PADRES	16	8
PADRE O MADRE AGRESIVO	16	6
DESCUIDO	13	25
PADECIMIENTO FISICO ASOCIADO	12	2
ENTRADA DE UN MIEMBRO A LA FAM.	11	4
FRACASOS ESCOLARES	9	27
PADRE O MADRE ENCARCELADO	9	2
INGRESO A LA ESCUELA	9	2
CAMBIOS DE ESCUELA	9	0
PADRE O MADRE PERIFERICO	8	15
INTERNADO	7	7
INCESTO E INTENTO DE INCESTO	7	2
INESTABILIDAD FAMILIAR	7	11
MADRE PROSTITUTA	6	1
MALFORMACION CONGENITA	5	0
MADRE SOLTERA	4	10
EMBARAZO	4	10
ACTIVIDAD HOMOSEXUAL	4	4
OTRO PROBLEMA PSIQUIATRICO	4	7
MALFORMACIONES ADQUIRIDAS	4	1
ABORTO O INTENTO DE ABORTO	2	4
TOTALES	1288	931

LISTADO DE EVENTOS VITALES, VALOR DE  $x^2$ , RIESGO RELATIVO APROXIMADO E INDICE DE CONFIABILIDAD, PARA CADA EVENTO.

EVENTOS VITALES	$x^2$	RRA	IC 95%	
MUERTE DE FAMILIARES DIRECTOS	13.78	2.7	1.5-4.6	*
PADRES SEPARADOS O DIVORCIADOS	13.08	1.8	1.3-2.6	*
MALTRATO FISICO	12.26	1.6	1.2-2.2	*
VIOLACION	9.18	2.7	1.4-5.3	*
FAMILIA DISFUNCIONAL	9.14	1.4	1.2-1.8	*
FRACASOS ESCOLARES	8.26	0.3	0.1-0.7	**
PADRE AUSENTE	7.61	1.7	1.1-2.4	*
CAMBIOS DE ESCUELA	7.16	NC		
SALIDA DE UNA FIG.IMP.PARA EL S.	6.91	3.2	1.3-8.3	*
MUERTE DE LA MADRE	6.01	2.2	1.1-4.2	*
PADECIMIENTO FISICO ASOCIADO	5.85	6.1	1.3-26.4	*
PADRE O MADRE AGRESIVO	3.75	2.7	0.9-7.9	
INGRESO A LA ESCUELA	3.30	4.6	0.9-23.3	
PADRE O MADRE ENCARCELADO	3.30	4.5	0.9-23.2	
DESCUIDO	3.28	0.5	0.2-1.0	
MALFORMACION CONGENITA	3.21	NC		
ENTRADA DE MIEMBRO A LA FAM.	2.43	2.8	0.8-10.4	
MADRE PROSTITUTA	2.30	6.0	0.7-61.9	
DIVERSOS EVENTOS TRAUMATICOS	2.20	1.5	0.9-2.3	
PRESENCIA DE PADRASTRO O MADRASTRA	2.11	1.5	0.9-2.7	
PROBLEMAS ENTRE LOS PADRES	2.08	2.0	0.8-5.2	
SEPARACION MADRE-HIJO	1.92	1.9	0.8-4.7	
MUERTE DEL PADRE	1.87	1.4	0.9-2.1	
INCESTO	1.80	3.5	0.7-22.4	
EMBARAZO	1.80	0.4	0.1-1.4	
MADRE SOLTERA	1.80	0.4	0.1-1.4	
PADRE O MADRE PERIFERICO	1.59	0.5	0.2-1.3	
RECHAZO FAMILIAR	0.98	0.7	0.4-1.3	
ENF. SEVERA DE MIEMBRO FAM.	0.98	1.3	0.8-2.1	
HIJO ADOPTIVO	0.98	1.6	0.7-3.8	
MALFORMACIONES ADQUIRIDAS	0.80	4.0	0.4-84.2	
CAMBIOS DE RESIDENCIA	0.61	1.3	0.7-2.6	
PROBLEMAS ECONOMICOS FAMILIARES	0.60	1.5	0.7-3.4	
RUPTURA DE LA RELAC. DE PAREJA	0.56	1.4	0.6-3.2	
INESTABILIDAD FAMILIAR	0.51	0.6	0.2-1.8	
OTRO PROBLEMA PSIQUIATRICO	0.37	0.6	0.1-2.2	
ABORTO	0.17	0.5	0.02-3.1	
HIJO PARENTAL	0.14	1.1	0.7-1.8	
ACTIVIDAD HOMOSEXUAL	0.12	1.0	0.2-4.7	
MADRE AUSENTE	0.00	0.9	0.4-2.0	
INTERNADO	0.00	1.0	0.3-3.8	

\* FACTORES DE RIESGO RELATIVO APROXIMADO > 1, INTERVALO DE CONFIANZA 95% > 1

\*\* EVENTO ASOCIADO SIGNIFICATIVAMENTE CON CONTROLES

NC = NO CALCULABLE

## TABLAS DE CONTINGENCIA PARA OBTENER:

- A) EL VALOR DE  $\chi^2$  .  
 B) EL RIESGO RELATIVO APROXIMADO (RRA)  
 C) EL INTERVALO DE CONFIANZA DEL 95%

## 1.- FAMILIA DISFUNCIONAL

		FRECUENCIA		
		+	-	
DEPRESION	+	281	362	$\chi^2 = 9.140068 *$
	-	227	416	RRA = 1.4 **
				IC 95% = 1.2 - 1.8

## 2.- MALTRATO FISICO

		FRECUENCIA		
		+	-	
DEPRESION	+	160	483	$\chi^2 = 12.26023 *$
	-	108	535	RRA = 1.6 **
				IC 95% = 1.2 - 2.2

## 3.- MUERTE DE LA MADRE

		FRECUENCIA		
		+	-	
DEPRESION	+	34	609	$\chi^2 = 6.013819 *$
	-	16	627	RRA = 2.2 **
				IC 95% = 1.1 - 4.2

## 4.- MUERTE DEL PADRE

		FRECUENCIA		
		+	-	
DEPRESION	+	56	587	$\chi^2 = 1.866746$
	-	42	601	RRA = 1.4
				IC 95% = 0.9 - 2.1

## TABLAS DE CONTINGENCIA PARA OBTENER:

- A) EL VALOR DE  $\chi^2$  .  
 B) EL RIESGO RELATIVO APROXIMADO (RRA)  
 C) EL INTERVALO DE CONFIANZA DEL 95%

## 1.- FAMILIA DISFUNCIONAL

		FRECUENCIA			
		+	-		
DEPRESION	+	281	362	$\chi^2 =$	9.140068 *
	-	227	416	RRA =	1.4 **
				IC 95%	= 1.2 - 1.8

## 2.- MALTRATO FISICO

		FRECUENCIA			
		+	-		
DEPRESION	+	160	483	$\chi^2 =$	12.26023 *
	-	108	535	RRA =	1.6 **
				IC 95%	= 1.2 - 2.2

## 3.- MUERTE DE LA MADRE

		FRECUENCIA			
		+	-		
DEPRESION	+	34	609	$\chi^2 =$	6.013819 *
	-	16	627	RRA =	2.2 **
				IC 95%	= 1.1 - 4.2

## 4.- MUERTE DEL PADRE

		FRECUENCIA			
		+	-		
DEPRESION	+	56	587	$\chi^2 =$	1.866746
	-	42	601	RRA =	1.4
				IC 95%	= 0.9 - 2.1

5.- MUERTE DE FAMILIARES DIRECTOS

		FRECUENCIA	
		+	-
DEPRESION	+	53	590
	-	21	622

$$\chi^2 = 13.77939 *$$

$$RRA = 2.7 **$$

$$IC\ 95\% = 1.5 - 4.6$$

6.- INCESTO

		FRECUENCIA	
		+	-
DEPRESION	+	7	636
	-	2	641

$$\chi^2 = 1.790307$$

$$RRA = 3.5$$

$$IC\ 95\% = 0.7 - 22.4$$

7.- PADECIMIENTO FISICO ASOCIADO

		FRECUENCIA	
		+	-
DEPRESION	+	12	631
	-	2	641

$$\chi^2 = 5.849394 *$$

$$RRA = 6.1 **$$

$$IC\ 95\% = 1.3 - 26.4$$

8.- MALFORMACION CONGENITA

		FRECUENCIA	
		+	-
DEPRESION	+	5	638
	-	0	643

$$\chi^2 = 3.21249$$

$$RRA = NC$$

$$IC\ 95\% =$$

9.- PADRES SEPARADOS O DIVORCIADOS

		FRECUENCIA	
		+	-
DEPRESION	+	103	540
	-	61	582

$$\chi^2 = 13.08412 *$$

$$RRA = 1.8 **$$

$$IC\ 95\% = 1.3 - 2.6$$

10.- MALFORMACIONES ADQUIRIDAS

		FRECUENCIA	
		+	-
DEPRESION	+	4	639
	-	1	642

$$\chi^2 = 0.8031226$$

$$RRA = 4$$

$$IC\ 95\% = 0.4 - 84.2$$

11.- PADRE O MADRE PERIFERICO

		FRECUENCIA	
		+	-
DEPRESION	+	8	635
	-	15	628

$$\chi^2 = 1.593721$$

$$RRA = 0.5$$

$$IC\ 95\% = 0.2 - 1.3$$

12.- PRESENCIA DE PADRASTRO O MADRASTRA

		FRECUENCIA	
		+	-
DEPRESION	+	36	607
	-	24	619

$$\chi^2 = 2.115362$$

$$RRA = 1.5$$

$$IC\ 95\% = 0.9 - 2.7$$

## 13.- HIJO ADOPTIVO

		FRECUENCIA	
		+	-
DEPRESION	+	16	627
	-	10	633

$x^2 = 0.9813798$

RRA = 1.6

IC 95% = 0.7 - 3.8

## 14.- OTRO PROBLEMA PSIQUIATRICO

		FRECUENCIA	
		+	-
DEPRESION	+	4	639
	-	7	636

$x^2 = 0.3667736$

RRA = 0.6

IC 95% = 0.1 - 2.2

## 15.- ACTIVIDAD HOMOSEXUAL

		FRECUENCIA	
		+	-
DEPRESION	+	4	639
	-	4	639

$x^2 = 0.1257825$

RRA = 1

IC 95% = 0.2 - 4.7

## 16.- INESTABILIDAD FAMILIAR

		FRECUENCIA	
		+	-
DEPRESION	+	7	636
	-	11	632

$x^2 = 0.5070979$

RRA = 0.6

IC 95% = 0.2 - 1.8

17.- PADRE AUSENTE

		FRECUENCIA	
		+	-
DEPRESION	+	87	556
	-	55	588

$$x^2 = 7.607641 *$$

$$RRA = 1.7 **$$

$$IC\ 95\% = 1.1 - 2.4$$

18.- HIJO PARENTAL

		FRECUENCIA	
		+	-
DEPRESION	+	39	604
	-	37	606

$$x^2 = 0.1364745$$

$$RRA = 1.1$$

$$IC\ 95\% = 0.7 - 1.8$$

19.- PADRE O MADRE ENCARCELADO

		FRECUENCIA	
		+	-
DEPRESION	+	9	634
	-	2	641

$$x^2 = 3.300963$$

$$RRA = 4.5$$

$$IC\ 95\% = 0.9 - 23.2$$

20.- VIOLACION

		FRECUENCIA	
		+	-
DEPRESION	+	36	607
	-	14	629

$$x^2 = 9.176796 *$$

$$RRA = 2.7 **$$

$$IC\ 95\% = 1.4 - 5.3$$

21.- PROBLEMAS ECONOMICOS FAMILIARES

		FRECUENCIA	
		+	-
DEPRESION	+	16	627
	-	11	632

$$x^2 = 0.6053011$$

$$RRA = 1.5$$

$$IC\ 95\% = 0.7 - 3.4$$

22.- PADRE O MADRE AGRESIVO

		FRECUENCIA	
		+	-
DEPRESION	+	16	627
	-	6	637

$$x^2 = 3.745901$$

$$RRA = 2.7$$

$$IC\ 95\% = 0.9 - 7.9$$

23.- CAMBIOS DE RESIDENCIA

		FRECUENCIA	
		+	-
DEPRESION	+	24	619
	-	18	625

$$x^2 = 0.6153345$$

$$RRA = 1.3$$

$$IC\ 95\% = 0.7 - 2.6$$

24.- SEPARACION MADRE-HIJO EN LOS TRES PRIMEROS AÑOS DE VIDA

		FRECUENCIA	
		+	-
DEPRESION	+	17	626
	-	9	634

$$x^2 = 1.923504$$

$$RRA = 1.9$$

$$IC\ 95\% = 0.8 - 4.7$$

25.- ENFERMEDAD SEVERA EN ALGUN MIEMBRO DE LA FAM. NUCLEAR

		FRECUENCIA			
		+	-		
DEPRESION	+	39	604	$\chi^2 =$	0.9801246
	-	30	613	RRA =	1.3
				IC 95%	= 0.8 - 2.1

26.- FRACASOS ESCOLARES

		FRECUENCIA			
		+	-		
DEPRESION	+	9	634	$\chi^2 =$	8.258977
	-	27	616	RRA =	0.3
				IC 95%	= 0.1 - 0.7

27.- RUPTURA DE LA RELACION DE PAREJA

		FRECUENCIA			
		+	-		
DEPRESION	+	17	626	$\chi^2 =$	0.5644528
	-	12	631	RRA =	1.4
				IC 95%	= 0.6 - 3.2

28.- DESCUIDO

		FRECUENCIA			
		+	-		
DEPRESION	+	13	630	$\chi^2 =$	3.281166
	-	25	618	RRA =	0.5
				IC 95%	= 0.2 - 1.0

29.- SALIDA DE UNA FIGURA IMPORTANTE PARA EL SUJETO

		FRECUENCIA	
		+	-
DEPRESION	+	22	621
	-	7	636

$$\begin{aligned} \chi^2 &= 6.914548 * \\ \text{RRA} &= 3.2 ** \\ \text{IC } 95\% &= 1.3 - 8.3 \end{aligned}$$

30.- RECHAZO FAMILIAR

		FRECUENCIA	
		+	-
DEPRESION	+	22	621
	-	30	613

$$\begin{aligned} \chi^2 &= 0.9820159 \\ \text{RRA} &= 0.7 \\ \text{IC } 95\% &= 0.4 - 1.3 \end{aligned}$$

31.- ABORTO E INTENTO DE ABORTO

		FRECUENCIA	
		+	-
DEPRESION	+	2	641
	-	4	639

$$\begin{aligned} \chi^2 &= 0.1674479 \\ \text{RRA} &= 0.5 \\ \text{IC } 95\% &= 0.002-3.1 \end{aligned}$$

32.- MADRE SOLTERA

		FRECUENCIA	
		+	-
DEPRESION	+	4	639
	-	10	633

$$\begin{aligned} \chi^2 &= 1.805368 \\ \text{RRA} &= 0.4 \\ \text{IC } 95\% &= 0.1 - 1.4 \end{aligned}$$

33.- CAMBIOS DE ESCUELA

		FRECUENCIA	
		+	-
DEPRESION	+	9	634
	-	0	643

$$\chi^2 = 7.161229 *$$

$$RRA = NC$$

$$IC\ 95\% =$$

34.- PROBLEMAS ENTRE LOS PADRES

		FRECUENCIA	
		+	-
DEPRESION	+	16	627
	-	8	635

$$\chi^2 = 2.080494$$

$$RRA = 2$$

$$IC\ 95\% = 0.8 - 5.2$$

35.- DIVERSOS EVENTOS TRAUMATICOS

		FRECUENCIA	
		+	-
DEPRESION	+	48	595
	-	34	609

$$\chi^2 = 2.201341$$

$$RRA = 1.5$$

$$IC\ 95\% = 0.9 - 2.3$$

36.- MADRE AUSENTE

		FRECUENCIA	
		+	-
DEPRESION	+	16	627
	-	17	626

$$\chi^2 = 0$$

$$RRA = 0.9$$

$$IC\ 95\% = 0.4 - 2.0$$

37.- INTERNADO

		FRECUENCIA	
		+	-
DEPRESION	+	7	636
	-	7	636

$$\chi^2 = 0$$

$$RRA = 1$$

$$IC\ 95\% = 0.3 - 3.8$$

38.- MADRE PROSTITUTA

		FRECUENCIA	
		+	-
DEPRESION	+	6	637
	-	1	642

$$\chi^2 = 2.298224$$

$$RRA = 6$$

$$IC\ 95\% = 0.7 - 61.9$$

39.- ENTRADA DE UN NUEVO MIEMBRO A LA FAMILIA

		FRECUENCIA	
		+	-
DEPRESION	+	11	632
	-	4	639

$$\chi^2 = 2.428324$$

$$RRA = 2.8$$

$$IC\ 95\% = 0.8 - 10.4$$

40.- INGRESO A LA ESCUELA

		FRECUENCIA	
		+	-
DEPRESION	+	9	634
	-	2	641

$$\chi^2 = 3.300963$$

$$RRA = 4.6$$

$$IC\ 95\% = 0.9 - 23.3$$

41.- EMBARAZO

		FRECUENCIA			
		+	-		
DEPRESION	+	4	639	$x^2 =$	1.805368
	-	10	633	RRA =	0.4
				IC 95%	= 0.1 - 1.4

\* EVENTOS VITALES SIGNIFICATIVAMENTE ASOCIADOS  
A LA DEPRESION INFANTIL ( $p < 0.05$ , 1 gl)

\*\* FACTORES DE RIESGO RRA  $> 1$  ; IC 95%  $> 1$

NC = NO CALCULABLE

**BIBLIOGRAFIA**

---

## BIBLIOGRAFIA

- AKISKAL, H. Y WELLER, E. (1989) MOOD DISORDERS AND SUICIDE IN CHILDREN AND ADOLESCENTS, EN KAPLAN, H. Y SADOCK, B. COMPREHENSIVE TEXTBOOK OF PSYCHIATRY V. VOL. 2, CHAP. 44, SEC 6: CHILD PSYCHIATRY; SPECIAL AREAS OF INTEREST. (P. 1981-1988). 5TH. ED. BALTIMORE: WILLIAMS & WILKINS.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1987). DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS. (VALDES, M., ABELLO, C., MASANA, J. Y DE FLORES, T. TRAD.). MEXICO: MASSON. (TRABAJO ORIGINAL PUBLICADO EN 1980).
- ANTONOVSKY, A. Y KATS, R. (1967). THE LIFE CRISIS HISTORY AS A TOOL IN EPIDEMIOLOGICAL RESEARCH. JOURNAL OF HEALTH AND SOCIAL BEHAVIOR, 8, 15-21.
- AJURIAGUERRA, J. (1980). MANUEL DE PSYCHIATRIE DE L'ENFANT. (REGO, A. TRAD.). PROBLEMAS PARTICULARES PLANTEADOS POR LA DEPRESION Y LA EXALTACION EN EL NIÑO (PP. 659-672) MEXICO:MASSON. (TRABAJO ORIGINAL PUBLICADO EN 1973).
- AYUSO, J.L. Y ESQUIAGA, E. (1987). FACTORES PSICOSOCIALES Y DEPRESION. REVIEW CHILD NEURO-PSYQUIATRIC 25, 3-9.
- BARRET, A. M. (1931). MANIAC DEPRESSIVE PSYCHOSES IN CHILDHOOD. INTERNAL CLINIC, 3, 205-217.
- BECK, S. Y ROSENBERG, R. (1986). FRECUENCY, QUALITY AND IMPACT OF LIFE EVENTS IN SELF-RATED DEPRESSED, BEHAVIORAL-PROBLEM, AND NORMAL CHILDREN. JOURNAL OF CONSULTING AND CLINICAL PSYCHOLOGY, 54 (6), 863-864.
- BESCOS, S. E HIDALGO, M. I. (1988). DEPRESION INFANTIL. ESTUDIO DE FACTORES PSICOSOCIALES Y ANTECEDENTES FAMILIARES. ACTAS LUSO-ESPAÑOLAS DE NEUROLOGIA, PSIQUIATRIA Y CIENCIAS AFINES, 16 (2), 83-89.
- BILLINGS, A. Y MOSS, R. (1986). CHILDREN OF PARENTS WITH UNIPOLAR DEPRESSION: A CONTROLLED 1-YEAR FOLLOW-UP. JOURNAL OF ABNORMAL CHILD PSYCHOLOGY, 14 (1), 149-166.
- BLACK, D. (1987). DEPRESSION IN CHILDREN. BRITISH MEDICAL JOURNAL, 294 (6570), 462-463.

- BOWLBY, J. (1953). CHILD CARE AND THE GROWTH OF LOVE. ENGLAND: PENGUIN BOOKS.
- BROWN, G. Y BIRLEY, J. (1968). CRISIS AND LIFE CHANGES AND THE ONSET OF SCHIZOPHRENIA. JOURNAL OF HEALTH AND SOCIAL BEHAVIOR, 9, 203-214.
- CANTWELL, D.P. Y CARLSON, G.A. (1987). TRASTORNOS AFECTIVOS EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA. MEXICO: MARTINEZ ROCA.
- CONTRERAS, C. Y MARVAN, M.L. (1986). NEUROFISIOLOGIA DE LA DEPRESION. DEPRESION EN LA PRACTICA MEDICA, TOMO II, 28-32.
- CURRY, J. Y CRAIGHEAD, W.E. (1990). ATTRIBUTIONAL STYLE IN CLINICALLY DEPRESSED AND CONDUCT DISORDERED ADOLESCENTS. JOURNAL OF CONSULTING AND CLINICAL PSYCHOLOGY, 58 (1), 109-115.
- CYTRYN, L. Y MCNEW, D. (1972). PROPOSED CLASSIFICATION OF CHILDHOOD DEPRESSION. AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY, 129 (2), 63-69.
- CYTRYN, L. Y MCNEW, C. (1980). AFFECTIVE DISORDERS. EN H. KAPLAN, A. FREEDMAN Y B. SADDOCK, (EDS.). COMPREHENSIVE TEXTBOOK OF PSYCHIATRY III (PP. 2798-2810) BALTIMORE: WILLIAMS AND WILKINS.
- DOHRENWEND, B. S., KRASNOFF, L., ASKENASY, A. Y DOHRENWEND, B.P. (1978). EXEMPLIFICATION OF A METHOD FOR SCALING LIFE EVENTS: THE PERI LIFE EVENTS SCALE. JOURNAL OF HEALTH AND SOCIAL BEHAVIOR, 19 (2), 205-229,
- EATON, W. (1978). LIFE EVENTS, SOCIAL SUPPORTS, AND PSYCHIATRIC SYMPTOMS: A RE-ANALYSIS OF THE NEW HEAVEN DATA. JOURNAL OF HEALTH AND SOCIAL BEHAVIOR, 19 (JUNE): 230-234.
- EY, H., BERNARD, P. Y BRISSET, CH. (1987). MANUEL DE PSYCHIATRIE. (RUIZ, C. TRAD.). ESTADOS DEPRESIVOS Y CRISIS DE MELANCOLIA (PP. 224-251). MEXICO: MASSON. (TRABAJO ORIGINAL PUBLICADO EN 1965).
- FEINSTEIN, A. R. (1985). CLINICAL EPIDEMIOLOGY: THE ARCHITECTURE OF CLINICAL RESEARCH. WB SAWNDERS: PHILADELPHIA.
- FENDRICH, M., WARNER, V. Y WEISSMAN, M. (1990). FAMILY RISK FACTORS, PARENTAL DEPRESSION AND PSYCHOPATHOLOGY IN OFFSPRING. DEVELOPMENTAL-PSYCHOLOGY, 26 (1), 40-50.

- FERGUSON, M. Y. HORWOOD, J. (1984). LIFE EVENTS AND DEPRESSION IN WOMEN: A STRUCTURAL EQUATION MODEL. PSYCHOLOGICAL MEDICINE, 14 (4) 881-889.
- FREDEN, LARS. (1986). ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA DEPRESION. LOS PADRES DEPRIMIDOS. (P. 116-122). 1A. ED. EN ESPAÑOL. MEXICO:F.C.E.
- GARBER, J. (1988). RECURRENT DEPRESSION IN ADOLESCENTS: A FOLLOW-UP STUDY. JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY, 27, 49-54.
- GREENE, S. (1989). THE RELATIONSHIP BETWEEN DEPRESSION AND HOPELESSNESS. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY, 154, 650-659.
- HANSON, R.K. (1990). THE PSYCHOLOGICAL IMPACT OF SEXUAL ASSAULT ON WOMEN AND CHILDREN: A REVIEW. ANNALS OF SEX RESEARCH, 3 (2), 187-232.
- HARJAN, A. (1989). CHILDREN OF PARENTS WITH AFFECTIVE DISORDERS: CHILDHOOD DEVELOPMENT AND HEALTH AS AFFECTED BY SOCIO-DEMOGRAPHIC FACTORS AND EARLY OR LATE EXPERIENCED PARENTAL DEPRESSION. EUROPEAN JOURNAL OF PSYCHIATRY, 3 (3), 157-170.
- HARRIS J. (1989). EXPERIMENTAL ANIMAL MODELING OF DEPRESSION AND ANXIETY. PSYCHIATRIC CLINICS OF NORTH AMERICA, 12 (4), 815-836.
- HAUTZINGER, M. (1984). DIE BEZIEHUNG KRITISCHER LEBENSEREIGNISSE ZUR DEPRESSION // THE RELATIONSHIP BETWEEN CRITICAL LIFE EVENTS AND DEPRESSION PSYCHOLOGIE SCHWEIZERISCHE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOLOGIE UND IHRE ANWENDUNGEN (ABSTRACT), 43 (4), 317-330.
- HOLAHAN, CH. Y MOOS, R. (1987). RISK, RESISTANCE AND PSYCHOLOGICAL DISTRESS: A LONGITUDINAL ANALYSIS WITH ADULTS AND CHILDREN. JOURNAL OF ABNORMAL PSYCHOLOGY, 96 (1), 3-13.
- HUSAIN, S. (1990). CURRENT PERSPECTIVE ON THE ROLE OF PSYCHOSOCIAL FACTORS IN ADOLESCENT SUICIDE. PSYCHIATRIC ANNALS, 20 (3) 122-127.
- JARRETT, R. (1990). PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF DEPRESSION AND THE ROLE OF PSYCHOTHERAPY. JOURNAL CLINIC OF PSYCHIATRY, 51 (6, SUPPL), 26-35.

- KASHANI, J., HOLCOMB, W. Y ORVASCHEL, H. (1986). DEPRESSION AND DEPRESSIVE SYMPTOMS IN PRESCHOOL CHILDREN FROM THE GENERAL POPULATION. AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY, 143 (9), 1138-1143.
- KASHANI, J. (1988). PERCEPTION OF FAMILY CONFLICT RESOLUTION AND DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY IN ADOLESCENTS. JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY, 27, 42-48.
- KERLINGER, F.N. (1975). INVESTIGACION DEL COMPORTAMIENTO. 1A. ED. EN ESPAÑOL. (BLENGIO, J.R. Y PECINA, J.C. TRAD.) MEXICO:INTERAMERICANA.
- KING, CH., RASKIN, A., GDOWSKI, CH., BUTKUS, M. Y OPIPARI, L. (1990). PSYCHOSOCIAL FACTORS ASSOCIATED WITH URBAN ADOLESCENT FEMALE SUICIDE ATTEMPTS. JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENCE PSYCHIATRY. 29 (2), 289-294.
- KING, L. (1990). LONG TERM IMPLICATIONS OF CHILDHOOD EXPERIENCES WITH FAMILY VIOLENCE: AN EXAMINATION OF POTENTIAL QUALIFIERS. DISSERTATION ABSTRACTS INTERNATIONAL, 50 (10 B).
- KOLB, L. Y BRODIE, H. (1985). MODERN CLINICAL PSYCHIATRY. (DE LA GARZA, V., TRAD.). (10a.ED.) MEXICO: INTERAMERICANA, P.133. (TRABAJO ORIGINAL EN 1982).
- KUPFER, D. (1979). IMIPRAMINE AND EEG SLEEP IN CHILDREN WITH DEPRESSIVE SYMPTOMS. PSYCHOPHARMACOLOGIE, 60, 117.
- LOLAS, F. (1983). LA INVESTIGACION PSICOFISIOLOGICA DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS. SALUD MENTAL, 6 (1), 29-35.
- LA ROCHE, C. (1989). CHILDREN OF PARENTS WITH MAJOR AFFECTIVE DISORDERS: A REVIEW OF THE PAST 5 YEARS. PSYCHIATRIC CLINICS OF NORTH AMERICA, 12 (4), 919-932.
- MACIAS, G. (1985). PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE DEPRIMIDOS. SALUD MENTAL, 8 (4), 3-7.
- MCLAREN, J. Y BROWN, R. (1989). CHILDHOOD PROBLEMS ASSOCIATED WITH ABUSE AND NEGLECT. CANADA'S MENTAL HEALTH, 37 (3), 1-6.
- MENDLEWICZ, J. (1988). POPULATION AND FAMILY STUDIES IN DEPRESSION AND MANIA. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. 151 (SUPPL.3) 16-25.

- MYERS, J., LINDENTHAL, J., PEPPER, M. Y OSTRANDER, D. (1972). LIFE EVENTS AND MENTAL STATUS: A LONGITUDINAL STUDY. JOURNAL OF HEALTH AND SOCIAL BEHAVIOR, 13, 398-406.
- MYERS, K., MC CAULEY, E. Y CALDERON, R. (1991). RISKS FOR SUICIDALITY IN MAYOR DEPRESSIVE DISORDER. JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT, 30 (1), 86-96.
- MULLINS, L., SEGEL, L. Y HODGES, K. (1985). COGNITIVE PROBLEM-SOLVING AND LIFE EVENTS CORRELATES OF DEPRESSIVE SYMPTOMS IN CHILDREN. JOURNAL OF ABNORMAL CHILD PSYCHOLOGY, 13 (2). 305-314.
- ORVASCHEL, H. (1982). THE EPIDEMIOLOGY OF DEPRESSION IN YOUNG CHILDREN. JOURNAL OF CHILDREN IN CONTEMPORARY SOCIETY, 15 (2), 79-86.
- ORVASCHEL, H., WEISSMAN, M. Y KIDD, K. (1979). CHILDREN AND DEPRESSION. THE CHILDREN OF DEPRESSED PATIENTS; DEPRESSION IN CHILDREN. JOURNAL OF AFFECTIVE DISORDERS, 2, 1-16.
- PARKER, G. Y MANICAVASAGAR, V. (1986). CHILDHOOD BEAREVEMENT CIRCUMSTANCES ASSOCIATED WITH ADULT DEPRESSION. BRITISH JOURNAL OF MEDICAL PSYCHOLOGY, 59, 387-389.
- PAYKEL, E., MYERS, J., DIENELT, M., KLERMAN, G., LINDENTHAL, H. Y PEPPER, M. (1969). LIFE EVENTS AND DEPRESSION. ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY, 21, (DEC.) 753-760.
- PEARCE, J. (1978). THE RECOGNITION OF DEPRESSIVE DISORDER IN CHILDREN. JOURNAL ROYAL SOCIETY MEDICAL, 71,494-500.
- PEREZ DE FRANCISCO, C. (1986). DEPRESION DEL ADULTO EN J. RODRIGUEZ (ED.). DEPRESION. SOCIEDAD MEXICANA DE PSIQUIATRIA BIOLÓGICA Y FACULTAD DE MEDICINA. FASCICULO V, CAP. 15.
- PETERSON, J. Y ZILL, N. (1986). MARITAL DISTRUPTION, PARENT CHILD RELATIONSHIPS AND BEHAVIOR PROBLEMS IN CHILDREN. JOURNAL OF MARRIAGE AND THE FAMILY, 48 (2), 295-307.
- PFEFFER, C. (1986). SUICIDAL TENDENCIES IN CHILDREN AND ADOLESCENTS. MEDICAL ASPECTS OF HUMAN SEXUALITY, 20 (2), 64-67.
- PICK, S. Y LOPEZ, A.L. (1990). COMO INVESTIGAR EN CIENCIAS SOCIALES. MEXICO:TRILLAS. (TRABAJO ORIGINAL PUBLICADO EN 1979).

- PUCKERING, C. (1989). ANNOTATION: MATERNAL DEPRESSION. JOURNAL OF CHILD PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY AND ALLIED DISCIPLINES, 30 (6), 807-817.
- PUIG-ANTICH, J. (1979). CORTISOL HYPERSECRETION IN PREPUBERTAL DEPRESSIVE ILLNESS. PSYCHOENDOCRINOLOGY
- QUIRASCO, F. (1986). DIAGNOSTICO; NOSOLOGIA. DEPRESION EN LA PRACTICA MEDICA, TOMO 4, 55-60.
- RABKIN, J. (1980). STRESSFUL LIFE EVENTS AND SCHIZOPHRENIA. A REVIEW OF THE RESEARCH LITERATURE. PSYCHOLOGICAL BULLETIN, 87 (2), 408-425.
- RABKIN, J. Y STRUENING, E. (1976). LIFE EVENTS, STRESS AND ILLNESS. SCIENCE, 194, 1013-1020.
- REINHERZ, H., STEWART-BERGHAUER, G., PAKIZ, B., FROST, A., ET AL. THE REALTIONSHIP OF EARLY RISK AND CURRENT MEDIATORS TO DEPRESSIVE SIMPTOMATOLOGY IN ADOLESCENCE. JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY, 28 (6), 942-947.
- ROBERTS, J. (1980). CHILD ABUSE AND ATTEMPTED SUICIDE. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY, 117, 319-323.
- ROY, A., (1987). FIVE RISK FACTORS FOR DEPRESSION. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY, 150, 536-541.
- RUTTER, M., (1972). RELATIONSHIPS BETWEEN CHILD AND ADULT PSYCHIATRIC DISORDERS. ACT PSYCHIATRIC SCANDINAVIAN, 48, 3-21.
- SACHAR, E. (1975). TWENTY FOUR HOUR CORTISOL SECRETORY PATTERNS IN DEPRESSED AND MANIAC PATIENTS. PROGNOSIS BRANCH RESEARCH, 42, 81.
- SCHATZBERG, A., SAMSON, J., BLOOMINGDALE, K., ORSULAK, P., GERSON, B., KIZUKA, P., COLE, J., SCHILDKRAUT, J. (1989). TOWARD A BIOCHEMICAL CLASSIFICATION OF DEPRESSIVE DISORDERS. ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY, 46, 260-268.
- SCOTT, P. (1960). MANIAC-DEPRESSIVE PSYCHOSES IN CHILDHOOD. JOURNAL OF CHILD PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY, 1, 53-72.
- SECRETARIA DE SALUD, SUBSECRETARIA DE SERVICIOS DE SALUD, DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA. (1986) CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES. REVISION 1975. PUBLICACION CIENTIFICA 353, VOL. 1, CAP. V, TRASTORNOS MENTALES, PP.187-232. MEXICO:CEMECE.

- SEGAL, H. (1988). INTRODUCTION TO THE WORK OF MELANIE KLEIN. (H. FRIEDENTHAL, TRAD.) [INTRODUCCION A LA OBRA DE MELANIE KLEIN] PP.71-94 MEXICO: PAIDOS.
- SIEGEL, L. Y GRIFFIN, J. (1984). CORRELATES OF DEPRESSIVE SYMPTOMS IN ADOLESCENTS. JOURNAL OF YOUTH AND ADOLESCENCE, 13 (6), 475-487.
- SPITZ, R. (1945). HOSPITALISM AND ENQUIRY INTO THE GENESIS OF PSYCHIATRIC CONDITIONS IN CHILDHOOD. PSYCHOANALITIC STUDIES OF CHILD, 2, 53-74.
- SPITZ, R. (1946). ANALITIC DEPRESSION. PSYCHOANALITIC STUDIES OF CHILD, 2, 317-342.
- STRECKER, E. (1921). THE PROGNOSIS IN MANIAC-DEPRESSIVE PSYCHOSIS. NEUROLOGICAL AND MEDICAL JOURNAL, 114, 209-211.
- WEINTRAUB, S. (1987). RISK FACTORS IN SCHIZOPHRENIA: THE STONY BOOK HIGH-RISK PROJECT. SCHIZOPHRENIA BULLETIN, 13 (3), 439-450.
- WHEATLEY, D. (1990). THE STRESS PROFILE. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY, 156, 685-688.
- WILLIAMS, S., ANDERSON, J., MC GEE, R. Y SILVA, P. (1990). RISK FACTORS FOR BEHAVIORAL AND EMOTIONAL DISORDER IN PREADOLESCENT CHILDREN. JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENTS PSYCHIATRY, 29 (3), 413-419.
- WINOKUR, A.Y SELZER, J. (1975). DESIRABLE VERSUS UNDESIRABLE LIFE EVENTS: THEIR RELATIONSHIP TO STRESS AND MENTAL DISTRESS. JOURNAL OF PERSONALITY AND SOCIAL PSYCHOLOGY, 32, 329-337.