

11241

FACTORES DE RIESGO EN LA INFANCIA Y  
DEPRESION EN EL ADULTO JOVEN.

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA  
EN PSIQUIATRIA  
QUE PRESENTA

JUDITH ESTRELLA GUADARRAMA



TUTOR DE TESIS: DR ALEJANDRO DIAZ MARTINEZ.

TUTOR METODOLOGICO : DR HECTOR ORTEGA SOTO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FEBRERO 

2004





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

... a ...  
... a ...  
... de ...  
...  
...  
...  
...

**AGRADECIMIENTOS:**

Con todo mi amor a mi hija Estrella por haber sido paciente y comprensiva.

A mi esposo Ramón Esteban Jiménez por su apoyo incondicional.

Al Dr. Alejandro Díaz Martínez porque con su ayuda durante tres años estoy cristalizando esta etapa.

A mis padres Margarita y Felipe por haberme brindado enseñanzas con su presencia.

Al Dr. Jorge Caraveo Anduaga.  
Por su humanismo y ayuda en momentos críticos.

Al Maestro Jorge Luis López Jiménez por sus valiosas aportaciones para la conclusión de este trabajo.

## INDICE

I. ANTECEDENTES

II. METODOLOGIA

a.-OBJETIVOS

b.-HIPOTESIS

c.-METODO Y PROCEDIMIENTOS

III. RESULTADOS

IV. CONCLUSIONES

V. CITAS

VI. ANEXOS

## I.- ANTECEDENTES.

### Prevalencia de la depresión.

Los trastornos afectivos constituyen un amplio grupo de enfermedades caracterizados por alteraciones en el estado de ánimo. Las estimaciones del número de personas deprimidas varían considerablemente de año en año, sin embargo la depresión es uno de los trastornos afectivos más frecuentes, con un incremento paulatino diagnosticable en forma precisa. En los EUA una de cada veinte personas recibe el diagnóstico de depresión al menos una vez en su vida. (Guía, 1998).

La depresión es un síndrome con alto índice de frecuencia en la consulta diaria. Se considera actualmente que de cada 10 pacientes que llegan al consultorio del médico general uno padece depresión, (Guía, 1998). La depresión es un padecimiento frecuente en la mujer. En relación con la edad se ha pensado tradicionalmente que el riesgo de depresión se incrementa con el tiempo de vida de un sujeto. Sin embargo los resultados de varios estudios han mostrado una prevalencia considerablemente más alta en personas jóvenes que en ancianos, sugiriendo que en esta centuria la depresión se ha incrementado y la edad de inicio y la edad de la misma ha crecido (Guía 1998).

### ETIOLOGÍA.

El término "depresión" en diferentes campos de la ciencia apoya la idea de que existen mecanismos comunes subyacentes a los fenómenos neurofisiológico, farmacológico, psicológico y clínico. Como resultado muchos investigadores han postulado que los síntomas depresivos son resultado de una reducción de alguna función del sistema nervioso central, y por lo tanto su mejor tratamiento sería con un medicamento que estimulara. Este modelo de estimulación-depresión ha sido el modelo clásico para la fisiopatología y la neurofarmacología permitiendo la clasificación de los trastornos del estado de ánimo de acuerdo a la polaridad y la intensidad de las alteraciones psicomotoras. Por ejemplo, la excitación maníaca se debería a un exceso de la estimulación del sistema nervioso central y la depresión, a lo contrario. El tratamiento también se guió por este modelo, antes de la aparición de los antidepresivos, cuando sólo se contaba con las amfetaminas para estimular los

barbitúricos para tranquilizar. La primera versión de la teoría catecolaminérgica para explicar la depresión y la manía, postulaba en un exceso de catecolaminas podía producir manía y que una deficiencia de estas sustancias, depresión. Aunque abundan las teorías para explicar la depresión, no ha sido posible determinar sus causas. Los estudios familiares, de adopción y en gemelos han establecido la predisposición genética de la depresión. A continuación se mencionan las principales teorías acerca de la depresión.

## MODELOS BIOLÓGICOS.

### Genética.

Los estudios familiares de adopción y en gemelos han establecido la predisposición genética de la depresión. Se ha observado una alta concordancia para la depresión en gemelos idénticos que es mayor a la observada en gemelos fraternos. La concordancia en gemelos monocigóticos es mayor para el trastorno bipolar que para la depresión mayor, sugiriendo una base genética más fuerte para el trastorno bipolar. De acuerdo al Estudio Danés de Gemelos, los probandos bipolares tienen una concordancia en gemelos monocigóticos de 69%, en cambio en dicigóticos es de 19% (ratio de 3.6:1), mientras que los probandos unipolares tienen una concordancia de 54% en gemelos monocigóticos y de 24% en dicigóticos (relación 2.3:1) (McGuffin y Katz 1989). Los pocos estudios realizados en gemelos criados por separado también apoyan el papel de la genética para los trastornos afectivos.

En los estudios de adopción se ha observado que los padres biológicos de los sujetos adoptados tienen una incidencia mayor de trastornos del humor que los padres adoptivos.

Los estudios familiares en que se ha investigado la frecuencia de los trastornos uni y bipolar han demostrado que los trastornos del humor son familiares, ya que la tasa, en familiares de pacientes con trastorno bipolar, no es trastorno bipolar, sino la depresión; el trastorno bipolar le sigue en frecuencia.

Estos hallazgos sugieren que existe una relación genética entre el trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar, y que estos trastornos, más que ser independientes, comparten una predisposición genética común.

Los intentos para identificar el modo de transmisión genética de los trastornos del humor han sido hasta el momento infructuosos. Los estudios de linkage se han enfocado al cromosoma X, al II y a varios antígenos leucocitarios humanos (HLA), sin que se hayan encontrado resultados consistentes.

Los esfuerzos para identificar las alteraciones bioquímicas relacionadas con la depresión han tenido sólo éxito parcial.

### Hipótesis bioquímica.

La hipótesis bioquímica surgió de la observación clínica de que la reserpina producía síntomas depresivos en algunos pacientes. La reserpina produce depleción de norepinefrina, serotonina y dopamina. Por otro lado, ciertas drogas que impiden la recaptura neuronal aumentando la disponibilidad de estos neurotransmisores o bien que inhiben su metabolismo resultan útiles en el tratamiento de la depresión.

Los esfuerzos para identificar las alteraciones bioquímicas relacionadas con la depresión han tenido sólo éxito parcial. Los estudios realizados han consistido en la determinación de 3-metoxi-4 hidroxiindolacético (5-HIAA) en orina, sangre y líquido cefalorraquídeo. La investigación de receptores en el cerebro de pacientes suicidas ha permitido detectar el aumento en la densidad de receptores serotoninérgicos de todo tipo 2(5-HT<sub>2</sub>) y alfa-2, lo que sugiere una hipersensibilidad de estos sistemas de depresión.

La observación de que los antidepresivos tricíclicos inhiben la recaptura de la norepinefrina y serotonina dieron las bases para el establecimiento de su mecanismo de acción y para apoyar el papel de los neurotransmisores en la etiología de los trastornos del humor.

Conforme se le puso mayor énfasis al estudio de los receptores y sus subtipos, se fueron completando estas teorías. El tipo necesario para inducir la disminución en la densidad de los receptores betadrenérgicos inducida por antidepresivos coincide clínicamente con la mejoría de la sintomatología depresiva. Los antidepresivos inhibidores de la Mao y la terapia electroconvulsiva también producen este efecto sobre los receptores. Desafortunadamente, no todos los antidepresivos disminuyen la densidad de los receptores beta, y ciertas maniobras farmacológicas que acortan el tiempo para producir esta disminución no aceleran la aparición de la mejoría.

Debe tenerse presente que la serotonina y la norepinefrina son tan sólo dos de los muchos neurotransmisores y neuromoduladores presentes en el cerebro.

En la depresión se ha observado tanto una hipersecreción en el cortisol, como un incremento en los niveles del factor liberador de ACTH.

Un pequeño porcentaje de pacientes con depresión o con manía presentan una respuesta aplanada al factor liberador de la hormona tirotrófica, observándose una producción baja de parte de la hipófisis de la hormona tirotrófica.

En los estudios polisomnográficos de los pacientes deprimidos se ha observado la falta de continuidad del sueño, latencia acortada al primer sueño de movimientos oculares rápidos (sueño MOR).

## **Sistema psiconeuroendócrino.**

### **Eje hipotálamo-hipófisis-Adrenal.**

Las alteraciones de este eje se encuentran frecuentemente en la depresión, ya que la liberación del factor liberador de la corticotrofina (CRF) por el hipotálamo está regulada por la serotonina, norepinefrina, acetilcolina y el ácido gamma-amino-butírico (GABA).

El factor liberador de la corticotrofina estimula a la hipófisis para la reproducción de hormona adrenocorticotrófica (ACTH), la cual actúa sobre la corteza suprarrenal dando lugar al incremento en la producción de cortisol. En la depresión se ha observado tanto una hipersecreción en el cortisol, como un incremento en los niveles del factor liberador de ACTH.

La administración oral de dexametasona, no ocasiona, en los pacientes deprimidos, la supresión normal de la producción de cortisol. Cerca de 40-50% continúan con niveles altos después de recibir 1, 2 u 8 mg de este esteroide sintético. En la década de los 80s esta prueba pretendió ser usada como diagnóstica, observándose una gran cantidad de falsos positivos debido a la presencia de otros trastornos psiquiátricos y médicos, o bien simplemente a la menor biodisponibilidad de la dexametasona en algunos sujetos.

### **Eje Hipotálamo-hipófisis-Tiroides.**

Es conocida la asociación entre hipotiroidismo y depresión e hipertiroidismo con manía. Un pequeño porcentaje de pacientes con depresión o con manía presentan una respuesta aplanada al factor liberador de la hormona tirotrófica, observándose una producción baja de parte de la hipófisis de la hormona tirotrófica (TSH). Por años se ha utilizado a la triyodotironina (T3) unida al tratamiento antidepressivo en pacientes con depresión resistente.

### **Neuropéptidos.**

Los Neuropéptidos son aminoácidos de cadena corta que tiene funciones neurotransmisoras y neuromoduladoras. La colecistoquinina, somatostatina, péptido intestinal vasoactivo, vasopresina, oxitocina, endorfinas y neurotensina son los neuropéptidos estudiados hasta el momento tratando de determinar su papel en la depresión, sin perder de vista que los factores liberadores de corticotrofina y tirotrófina también son neuropéptidos relacionados con el sistema neuroendócrino.

### **Estudios de sueño.**

El insomnio es un síntoma frecuente tanto en la depresión como en la fase maníaca del trastorno bipolar. En los estudios polisomnográficos de los pacientes deprimidos se ha observado la falta de continuidad del sueño, latencia acortada al primer sueño de movimientos oculares rápidos (sueño MOR), esto es el período de tiempo que va desde el inicio del sueño hasta la aparición del primer período de sueño MOR, aumento en la densidad del MOR y reducción del sueño no-MOR. La latencia acortada MOR se propuso como un marcador biológico de la depresión, aunque no todos los pacientes lo presentan (Keshavan, Reynolds y Ganguli 1989).

En algún tiempo se propuso que dado que los antidepresivos suprimían el sueño MOR y que la supresión de esta fase del sueño tenía efecto antidepresivo, era posible que esto estuviera relacionado con su mecanismo de acción.

### **MODELOS PSICOLÓGICOS.**

#### **Psicoanálisis.**

Abraham fue el primer psicoanalista en proponer una explicación psicológica para la depresión relacionando la pulsión agresiva que se vuelve contra el individuo. En "Duelo y melancolía" Freud sugirió que las pérdidas en la infancia temprana ocasionan alteraciones en la introyección de los objetos perdidos: cuando ocurre una pérdida en la edad adulta, se reactiva la pérdida temprana con su correspondiente enojo hacia el objeto amoroso perdido; debido a que este objeto actualmente se encuentra incorporado en el sujeto, la rabia se dirige hacia sí mismo. Este enojo autodirigido, junto con la sensación de pérdida, se manifiesta como depresión.

Bowlby (1993) amplió el modelo enfatizando la importancia de la liga de apego entre el niño y la madre, la cual al romperse ocasiona la tendencia depresigénica ante las pérdidas en la edad adulta.

#### **Modelo cognitivo conductual.**

Beck propuso que el defecto primario en la depresión consiste en una lateralización en la cognición y que el estado depresivo es una consecuencia,

más que la causa de estas alteraciones cognoscitivas (Beck, Rush, Shaw y col. 1979).

La depresión debe ser vista como producto de la activación de tres esquemas cognitivos hipervalentes que hacen que el individuo tenga una visión de sí mismo, su vida y su futuro totalmente negativa. Estos esquemas cognitivos constituyen la denominada **“triada cognitiva”**.

El primer esquema de triada cognitiva consiste en una visión negativa acerca de sí mismo. El paciente se percibe a sí mismo como deficiente, inadecuado o abandonado, y tiende a atribuir su malestar a supuestos defectos físicos, mentales o morales. En su opinión, él es un indeseable y un inútil debido a estos supuestos defectos, siente no poseer aquellas cualidades o atributos que son indispensables para lograr la felicidad y el bienestar. Este elemento está presente en la mayoría de los pacientes deprimidos.

El segundo esquema que compone a la triada cognitiva hace que interprete en forma negativa su vida (sus experiencias pasadas y actuales). Tiende a ver su mundo personal como algo que le hace demandas exorbitantes, está lleno de obstáculos insuperables para lograr sus metas, o simplemente carece de placer y gratificación.

El tercer esquema hace que el paciente vea su futuro de una manera totalmente negativa. Los pacientes deprimidos creen que sus problemas actuales continuarán por siempre. Miran su futuro como una dificultad, privación y frustración constantes.

Los síntomas psicológicos y conductuales de la depresión derivan precisamente de estos tres esquemas.

La parálisis de la voluntad se debe al pesimismo y desesperanza que el paciente siente: ya que sus esfuerzos van a ser estériles, disminuye su actividad y evita comprometerse a lograr cualquier meta. La creencia de que carece de las capacidades para enfrentarse o controlar las situaciones hace que las evite.

Las ideas suicidas son manifestaciones del deseo extremo de escapar de lo que parece ser incontrolable.

El modelo cognitivo propone que las experiencias tempranas adversas establecen los conceptos negativos, estructurando los esquemas, los que son reactivados por las experiencias vitales adversas ocasionando así la depresión.

El modelo cognitivo propone que las experiencias tempranas adversas establecen los conceptos negativos, estructurando los esquemas, los que son reactivados por las experiencias vitales adversas ocasionando así la depresión.

### **Indefensión aprendida.**

Seligman observó en perros que se exponían frecuentemente a choques eléctricos terminaban por dejar de evitarlos aunque tuvieran la posibilidad. El encontrarse en una situación dolorosa que no puede controlarse o evitar ocasiona un estado de desamparo o indefensión. El Modelo de Indefensión Aprendida de la Depresión postula que las experiencias pasadas de indefensión real le da al individuo la convicción de futuras situaciones displacenteras también incontrolables, haciéndolo responder con pasividad, resignación y aceptación pasiva.

### **Eventos de la vida.**

La mayoría de las teorías de la depresión incorporan a los eventos estresantes de la vida como predisponentes a la depresión o como disparadores en los episodios depresivos. Paykel (1994) revisó la evidencia de la asociación entre eventos de la vida y depresión.

### **Eventos vitales recientes.**

La mayoría de los estudios utilizando sujetos sanos, pacientes con enfermedades médicas y otros pacientes psiquiátricos como controles han demostrado que los pacientes deprimidos tienen un mayor número de eventos de la vida estresantes antes del inicio del episodio depresivo, al igual que la mayor parte de los pacientes con otros padecimientos. Cuando se ha intentado identificar que eventos de la vida específicamente se han relacionado con los cuadros depresivos los resultados aunque inconscientes señalan hacia: muerte y separación, así como discusiones y mala relación con figuras importantes para el paciente.

Los eventos psicosociales tienen mayor importancia al inicio del padecimiento que en episodios subsecuentes, como lo demuestra el estudio de Post (1992)

### **Modelo de Winokur.**

A finales de los 70 s Winokur propuso un sistema de diagnóstico para la depresión basado en el uso de antecedentes familiares específicos. Los pacientes con depresión mayor fueron asignados a diferentes subgrupos establecidos en base a constelaciones familiares diferentes. Definió al Trastorno del Espectro Depresivo como aquella enfermedad en la que en la

familia existían miembros de primer grado con alcoholismo, trastorno antisocial de la personalidad o con ambos padecimientos. En cambio los pacientes con trastorno depresivo Puro tenían historia familiar de depresión.

Aunque no se observaron muchas diferencias entre los dos subgrupos en las características clínicas o en los factores precipitadores, sí se encontraron diferencias en las áreas de problema interpersonal, personalidad y en la evolución o curso de la enfermedad. Los pacientes del espectro depresivo experimentaron menos pérdida de interés y placer en las actividades habituales, mayor frecuencia de problemas sexuales, al estar separados o divorciados, ser más irritables y haber tenido varios episodios depresivos previos. También tendían a recuperarse completamente.

Más recientemente Winokur (1997) ha propuesto que la depresión tiene una etiología heterogénea pero tiene manifestaciones homogéneas. Consiste con esta propuesta, se observan varios trastornos depresivos, acompañando a lo largo de la evolución de la depresión; tales padecimientos son la distimia, la depresión menor, la depresión doble, la depresión breve recurrente y síntomas depresivos subsindromáticos. Esto ha dado lugar a controversia acerca de si la depresión es una sola enfermedad cuyas características clínicas varían y constituyen diferentes subtipos clínicos evolucionando en forma distinta, o un grupo de padecimientos depresivos heterogéneo, cada uno con substratos biológicos y características clínicas diferentes.

Recientemente la hipótesis de la depresión como una única enfermedad ha recibido apoyo por la confluencia de la evidencia empírica indicando que los subtipos depresivos se presentan en el mismo paciente a lo largo del tiempo. Un ejemplo es la depresión doble, que consiste en un incremento de la sintomatología de una distimia previa y que cumple entonces con los criterios de depresión mayor. La distimia es un factor de riesgo para la depresión, y los pacientes con depresión doble parecen oscilar entre estos dos subtipos depresivos, resultando en otro patrón evolutivo o subtipo denominado depresión doble (Keller 1983 y Keller 1997). Kessler y col. (1997) apartaron evidencia adicional a la hipótesis de la depresión como una única enfermedad quienes observaron que los pacientes de la Encuesta Nacional de Comorbilidad que tenían depresión mayor y trastornos depresivos menores eran clínicamente similares, surgiendo la expresión en forma distinta de la misma enfermedad. Akistal y col. (1997) encontraron resultados similares en pacientes con diferentes subtipos depresivos, en quienes observaron que sus antecedentes familiares, las alteraciones de sueño evaluadas a través de registro de sueño y respuesta a tratamiento antidepressivo eran similares.

Por otro lado, en el Estudio de Zurich se encontró poca estabilidad diagnóstica

en los pacientes con depresión mayor a lo largo del tiempo, ya que muchos pacientes cumplían con los criterios de múltiples subtipos depresivos a lo largo de 26 años que duró este estudio de seguimiento (Angst y Merikangas 1997) Winokur ha propuesto que la depresión tiene una etiología heterogénea pero tiene manifestaciones homogéneas

Recientemente la hipótesis de la depresión como única enfermedad ha recibido apoyo por la confluencia de la evidencia empírica indicando que los subtipos depresivos se presentan en el mismo paciente a lo largo del tiempo. En "Duelo y melancolía" Freud sugirió que las pérdidas en la infancia temprana ocasionan alteraciones en la introyección de los objetos perdidos.

Beck propuso que el defecto primario en la depresión consiste en una alteración en la cognición y que el estado depresivo es una consecuencia, más que la causa de estas alteraciones cognoscitivas.

Por otro lado, en relación con el primer nivel de atención médica, un estudio realizado en México (Padilla y Peláez, 1985) sobre detección de trastornos mentales mostró que la frecuencia total de trastornos afectivos en un centro de salud fue del 51%, en una Unidad de Medicina Familiar del 43 % y en un Hospital General de 34 %, lo cual indica que en promedio 40 de cada 100 pacientes con problemas médicos que acuden a un primer nivel de atención presentan trastornos afectivos como cuadro acompañante o principal por el cual solicitan atención médica. Por lo que se refiere a la población estudiantil y según el Programa de salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM, (Guía, 1998). El síndrome depresivo ocupó el primer lugar entre todos los diagnósticos, con un porcentaje del 48 %. Esta cifra es similar a los datos obtenidos en Canadá e Inglaterra. (Guía, 1998).

Por otra parte, entre la población general, las cifras que arrojan estudios de comunidad son reveladoras. En una submuestra en la Encuesta Nacional de Adicciones en México en 1988 (Medina Mora y cols., 1988), se reportó que el 34 % de la población estudiada representaba uno o más síntomas de depresión, además, un 17 % de mujeres y un 8.5 % de hombres (13 % en promedio) presentó sintomatología depresiva de moderada a severa. Asimismo, la ideación suicida, se reportó con una prevalencia del 10% al 14%; el 1.9% indicó haber estado a punto de quitarse la vida, y el 1.6% intentó suicidarse. Los intentos de suicidio ocurrieron en un número mayor entre jóvenes, en tanto que la depresión fue más frecuente en la población de mayor edad.

En un estudio realizado en estudiantes universitarios deprimidos en 1995 por (Manelic y Ortega, 1995). donde se analizaron las características de 1004

sujetos, 626 sexo masculino y 378 sexo femenino, se demostró una prevalencia global de síndromes depresivos.

El estudio sobre la importancia de los factores genéticos en la depresión ha quedado fuera de toda duda. No obstante, hoy en día se ha comenzado a investigar la fuerza de los factores ambientales como precipitantes o reforzadores de la intensidad y la frecuencia de los cuadros depresivos. **Se ha venido observando que tal intensidad y frecuencia de los cuadros depresivos parecen estar asociados a eventos adversos en la infancia.**

### **Depresión y adversidades en la infancia.**

Los adolescentes y los adultos jóvenes se encuentran en una etapa de transición del ciclo vital puesto que muchos de ellos presentan problemas propios de finales de la adolescencia. Si a este factor se agregan otros con influencia familiar como son los genéticos, el alcoholismo, la enfermedad mental, los antecedentes de violencia, y otros eventos disruptivos que funcionen como factores de riesgo, es más probable que esta población se encuentre en un punto de mayor susceptibilidad a la presencia de depresión (Kaplan, Sadock y Cancro, 1989) En un estudio comparativo sobre las influencias medioambientales y genéticas y su influencia sobre la sintomatología depresiva de adolescentes se ha podido concluir que los factores ambientales "críticos" juegan un papel importante en la sintomatología depresiva extrema.

En un estudio con 3 617 personas que sufrieron adversidades en su infancia encontraron asociación entre la depresión en etapa adulta y ciertos factores de adversidad en la infancia y adolescencia tales como violencia, enfermedad mental de los padres, severos problemas maritales de los padres y divorcio (Kessler y Magee, 1993). En este sentido, dirigir la atención de hacia las adversidades de la infancia para esclarecer el peso de estas en la intensidad depresiva parece prometedora. Se analizan a continuación algunas de estas adversidades y los hallazgos respecto a su influencia en la depresión y otras patologías mentales.

### **Rasgos caracterológicos.**

En el seno de la familia el niño establece su relación con el mundo, aprende a contender con los problemas y adquiere un comportamiento que finalmente deviene en rasgos de carácter. En general, los patrones desviados se establecen en la infancia y tienden a persistir a lo largo de la vida. (Caraveo y cols., 1994)

### **Depresión parental.**

Si bien la depresión en los padres juega un papel importante, lo es más aun la de la madre (Boyle, 1997). Algunos estudios sugieren que la depresión materna juega un papel importante en los trastornos emocionales de las hijas, no así en los varones. Se requieren más estudios para corroborar la influencia que la madre puede llegar a tener en los hijos, no solamente en trastornos como la depresión sino también cuando ésta presenta otras patologías como la disfunción familiar, violencia, abandono o problemas de índole económico o circunstancias sociales adversas.

### **Maltrato intrafamiliar.**

Existen diversos factores que intervienen en la génesis del maltrato a los menores. Se han utilizado varios modelos explicativos para entender este fenómeno: el de la transmisión generacional, donde la familia juega un papel importante, otro es el de la llamada tríada de maltrato o abuso, donde los antecedentes de maltrato, la frustración reiterada y el estrés están presentes en la gran mayoría de los maltratadores o abusadores. Los padres que más suelen maltratar son aquellos que poseen baja autoestima, los que están deprimidos, los que tienen un pobre control de impulsos, los que tienen baja tolerancia a la frustración y los bebedores de alcohol. Un 10 % de los maltratadores o abusadores sexuales, poseen una patología psiquiátrica severa, la violencia al interior de las familias no esta del todo desligada de la violencia de la violencia social como se pensó en el pasado los factores sociales que influyen en la aparición de conductas violentas quedan cada día más claros. Asimismo el estrés juega un papel importante en la aparición de conductas violentas, y puede ser generado por circunstancias como el ser madre soltera, tener un gran número de hijos, vivir una disfunción de pareja severa estar, desempleado o subempleado y vivir en la pobreza extrema, llama la atención que un gran número de infanticidios y delitos sexuales violentos ocurra en

seno de familias pobres ya que están sometidas a un mayor número de estresores. (Star, 1988). **Se han detectado algunas consecuencias en adolescentes y en los adultos cuando se encuentran sometidos a estrés o cuando son protagonistas directos de estos factores: como por ejemplo retraso en el desarrollo psicomotor, depresión y labilidad afectiva.** Los niños que han sufrido maltrato muestran conductas de reto a las figuras de autoridad y una expresión afectiva restringida y los que han sido descuidados muestran problemas para expresar una sana afectividad. Se han reportado datos como mayor sentimiento de hostilidad, agresividad, hipervigilancia, miedo y mayor reactividad al miedo, se ha notificado que los niños maltratados tienen más conductas de apego con sus cuidadores, los niños que han tenido antecedentes de maltrato entre los 7 y 13 años, muestran dificultades para mostrar cercanía afectiva. Los efectos del abuso y del maltrato suelen persistir hasta la edad adulta. Es frecuente observar que las mujeres que fueron maltratadas de niñas tienden a expresar más conductas agresivas y menos conductas funcionales en cuanto al establecimiento de una autoridad racional hacia sus propios hijos. Otro aspecto que suelen aparecer en la edad adulta es la mala relación con la pareja, las mujeres adultas que sufrieron abusos sexuales de niñas tienen tres veces más posibilidades de agresiones sexuales maritales (Riggs, y cols., 1990). Queda claro que los esposos abusadores física o verbalmente, fueron víctimas de violencia física en su infancia (Rosembaum y cols., 1981).

### Violencia sexual.

No solamente la violencia sexual es un problema frecuente y de gran importancia, sino también un evento considerado como traumático en la vida de los niños. Por diversos estudios se ha podido determinar, por ejemplo, que las violaciones ocurren en gente joven, las víctimas son menores de los 18 años en un 60% de los casos y un 22% se encuentran entre los 19 y los 24 años. Mediante diferentes estudios de seguimiento a víctimas de maltrato en su infancia se ha podido establecer que la severidad y frecuencia del maltrato son los mejores predictores para evaluar el futuro funcionamiento del niño, adolescente y adulto, En México se cuenta con pocos estudios sobre la incidencia y prevalencia de la violación, Cox, sin embargo, ha reportado que en México en 1992 (Cox, 1992) y basado en cifras oficiales se cometió una violación entre cada 5 y 15 minutos. El abuso sexual y físico tienen serias repercusiones sobre la salud mental, afectando particularmente la esfera

afectiva, por lo que los pacientes con estos antecedentes requieren tratamiento a largo plazo. A pesar de la gran cantidad de estudios descriptivos con relación a los efectos a largo plazo del abuso físico y sexual en la niñez, sobre el funcionamiento psicológico en el adulto un estudio de tales secuelas está poco desarrollado. Por ejemplo, en un estudio realizado por Brown y Anderson en 1991 con pacientes adultos psiquiátricos internados en donde los entrevistados tienen como antecedente abuso sexual y físico, muchos de ellos exhibieron un comportamiento autodestructivo, pobre autoestima, ansiedad, sentimientos de soledad, mala adaptación sexual y disfunciones interpersonales. Este estudio es uno de los más grandes en su tipo, ya que el Hospital Willford Hall Medical Center es el hospital de tercer nivel más grande de la fuerza aérea de EU y cuenta con 1019 admisiones. De los pacientes que reportaron el abuso había una mayor cantidad de mujeres. Los trastornos por abuso de alcohol fueron más comunes en víctimas con abuso físico y combinado con respecto a pacientes sexualmente abusados o sin abuso; los trastornos borderline fueron más frecuentes en víctimas de abuso que en pacientes no abusados. En cuanto al suicidio, éste fue más frecuente entre los pacientes abusados. (Brown y Anderson, 1991). Los reportes en la incidencia de abuso sexual se ha incrementado tres veces más respecto a la década pasada. Expertos están de acuerdo que las consecuencias del abuso sexual pueden ser severas. El impacto del abuso sexual en niños se ha estudiado empíricamente. Algunos estudios sugieren que **niños quienes han sido abusados sexualmente probablemente evidencien de niños y cuando adultos baja autoestima, agresión, comportamiento sexual inapropiado y trastornos en el proceso cognoscitivo, acompañado de un alto índice de ansiedad, depresión y síntomas de estrés postraumático**. Aún cuando el objetivo de estudio de esta investigación no es el suicidio, este debe estudiarse ya que a menudo es concomitante al proceso depresivo, y en algunas ocasiones su vía final. Debido a que la infancia es una etapa que generalmente no se asocia con la idea de muerte, la conducta suicida parece presentar en estos periodos evolutivos un rostro particularmente dramático, quizá por ello los suicidios en niños están llamando la atención. Estos actos autodestructivos, extraordinariamente complejos, pueden manifestar diversos factores motivacionales, dificultando la comprensión de su causa. Actualmente cobran una gran importancia en la explicación de la conducta suicida los denominados modelos multidimensionales que han venido a sustituir a anteriores modelos unidimensionales, psicológicos, sociológicos, la trascendencia tiene valor no solamente explicativo sino que pretende ser predictivo y también preventivo, estos modelos incluyen generalmente variables familiares dentro de las áreas

de vulnerabilidad suicida, además de otros factores de riesgo, psicológicos, socioculturales, genéticos y biológicos (González y cols., 1996). Diversos estudios de eventos de vida han demostrado que el estrés puede producir problemas físicos y mentales como depresión. Los eventos de vida y otros estresores psicosociales son comunes en casos de suicidio, además de ser altamente significativos en parientes cercanos (Heikkinen y Lonnqvist, 1994). Dichos estudios han demostrado que el riesgo de suicidio se incrementa más en mujeres que en hombres durante un seguimiento de 4-5 años ante la pérdida de un pariente o esposo. Las víctimas de suicidio también han experimentado más cambios en sus condiciones de vida y problemas en el trabajo que los controles normales. Los eventos de vida pueden alterar la estructura y función del sistema de soporte social en términos de frecuencia en interacción y estabilidad. Tales cambios pueden asociarse con conducta suicida.

La prevalencia de síntomas depresivos es relativamente común en un reporte realizado en 10 ciudades, se muestra de un décimo a una tercera parte de los sujetos reporto haber tenido síntomas depresivos. Estos síntomas muestran una prevalencia mayor en mujeres que en hombres la prevalencia para mujeres varía entre el 18 y 34 % y en hombres entre el 10 y 19 %. (Lehtinen V, Joukamaa M, 1994)

Factores de riesgo para la depresión. Las mujeres están propensas a contraer la depresión 2 veces más que los hombres la razón para esta diferencia de sexos aun no esta clara el status marital también esta asociado con la ocurrencia de depresión la prevalencia del trastorno es mas alta en viudos que en divorciados en otros grupos. La distribución en la prevalencia de depresión por status marital en hombres y mujeres fue similar en países nórdicos pero no en México. (Lehtinen V Joukamaa M, 1994).

Desde los años 60 se ha venido realizando investigación sistemática sobre los eventos de vida recientes. La literatura corrobora claramente que los riesgos para depresión se incrementan considerablemente como consecuencia de eventos estresantes, aunque puede haber factores etiológicos y atenuantes diversos. Recientemente el foco de interés se ha centrado sobre aspectos sociales particularmente en la red de apoyo social (Paykel, 1994).

## **II.-METODOLOGIA**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

La literatura sugiere que diversas formas de adversidad en la infancia pueden predisponer a la depresión en el adulto joven por lo que surgen los siguientes cuestionamientos:

**1.-¿Existe una asociación significativa entre algunas adversidades vividas en la infancia y la depresión actual del adulto joven?**

En caso de que así sea:

**2.-¿Influye la edad en la que se presentaron?**

Se han confirmado algunas de estas formas de adversidad y otras se consideran probables. En nuestro medio no se dispone de estudios semejantes a los realizados en el extranjero por lo que se ha considerado la realización de este estudio y poder responder los cuestionamientos anteriores.

### **OBJETIVO.**

Evaluar si cada uno de los componentes de una lista de factores se asocia con el riesgo para padecer depresión en el adulto joven.

### **JUSTIFICACION.**

Diversos estudios revelan la importancia de algunas formas de patología mental, por ejemplo de depresión mayor en términos estadísticos. Sólo en uno de ellos la prevalencia se considera alta: en población de estudiantes universitarios mexicanos 4 de cada 10 mujeres y 3.4 de cada 10 hombres presentan estado de ánimo depresivo (Caraveo y cols, 1994). Debe recordarse que el trastorno depresivo mayor esta asociado a una alta letalidad. Por suicidio muere el 15 % del total de la población, (DSM IV, 1995).

## **METODO Y PROCEDIMIENTO.**

### **Tipo de estudio.**

Se trata de un estudio trasversal, retrospectivo, no experimental.

### **Variables**

Se consideraron las siguientes adversidades para el estudio: Historia de alcoholismo en la familia, enfermedad mental en la familia, antecedentes de violencia en la familia nuclear, problemas maritales de los padres, muerte de la madre, muerte del padre, divorcio de los padres, escasa o nula cercanía afectiva, abuso sexual y estilo de crianza estricto.

### **Definición de variables.**

**Historia de alcoholismo en la familia.-** Antecedentes de que algún familiar en forma ascendente haya tenido problemas con su forma de beber.

**Enfermedad mental en la familia.-** Antecedentes de que algún familiar en forma ascendente haya sido hospitalizado por enfermedad mental o que su enfermedad fuera eminentemente ostensible.

**Antecedentes de violencia.-** Referencia del paciente de haber vivenciado o haber sido testigo de actos de violencia física o verbal en su familia de origen.

**Problemas maritales de los padres.-** Referencia del paciente respecto a haber percibido la relación de sus padres como problemática.

**Divorcio de los padres.-** Antecedente de divorcio de los padres.

**Muerte de la madre.-** Antecedente de muerte de la madre.

**Muerte del padre.-** Antecedente de muerte del padre.

**Escasa o nula cercanía afectiva con un adulto.-** Antecedente de no

convivencia con un adulto o de convivencia esporádica o de que el paciente no percibiera muestras de afecto.

**Abuso sexual.**- Antecedente de haber padecido alguna forma de abuso sexual o violación.

**Estilo de crianza estricto.**- Antecedente de haber sido sujeto de un modelo de educación estricto.

## **Procedimiento.**

Se estudiaron 100 estudiantes universitarios, que fueron divididos en dos grupos, 50 de ellos como grupo control y los otros 50 como grupo experimental. En cada grupo se trató de balancear el sexo ubicando el 50% de mujeres y 50% de varones. Se seleccionaron los sujetos experimentales y controles mediante la aplicación de la escala para depresión de Beck por un entrevistador experimentado. Tanto a los sujetos control como al grupo de estudio se les aplicó un cuestionario para investigar los factores de riesgo para el desarrollo de depresión. Los sujetos controles puntuaron con hasta 11 puntos para ser incluidos en ese grupo y los sujetos en estudio se ubicaron si presentaban 12 puntos o más.

El cuestionario fue anónimo, a los participantes se les pidió que se ubicaran espaciadamente para contestar el instrumento sin ser observadas sus respuestas por otros compañeros. Se pidió que los participantes que fueran terminando se retiraran para que los restantes no fuesen distraídos o presionados. Se dio tiempo suficiente para contestación completa del instrumento.

### **Criterios de inclusión para sujetos experimentales:**

1. - Ser alumnos universitarios.
2. - Con edades entre los 18 y los 25 años de edad.

### **Criterios de eliminación para los sujetos de la muestra:**

- 1.- Abandonar el estudio sin completar la aplicación de todos los instrumentos.
- 2.- No contestar todos los instrumentos solicitados

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO.**

El análisis estadístico sugerido para el estudio es el siguiente:

1. En una primera instancia descriptivo.
2. Como un segundo paso selección de variables candidatas para discriminar casos de controles a través de constantes univariadas:
  - A. Chi cuadrada

### **Instrumentos.**

#### **1.- Inventario de Beck.**

Esta es una escala autoaplicable, evalúa 21 reactivos. Cada reactivo consiste en una serie de enunciados en diferentes grados de síntomas o manifestaciones conductuales y somáticas características de la depresión, para su aplicación el entrevistador entrega una copia del inventario al paciente quien de manera personal elige la opción que mejor lo defina en ese momento su respuesta tiene una estimación numérica entre 0 y 3 asignadas en cada rubro donde el valor de la calificación es directamente proporcional a la severidad del síntoma los resultados de la escala se evalúan como sigue de 0 a 10 no hay depresión, de 11 a 20 depresión leve, o moderada más de 20 puntos depresión severa. El inventario se presenta como se observa en el anexo.

#### **2.- Cuestionario para la detección de factores de riesgo en la depresión.**

Es un cuestionario anónimo que consta de dos secciones:

Sección A: consta de 5 ítems en los cuales se investiga sobre la presencia o no de episodios depresivos autodiagnosticables (se explicitan síntomas depresivos) el número de eventos ocurridos hasta el momento actual y las edades de presentación de cada evento.

Sección B: Consta de 10 ítems en los cuales se cuestiona sobre los diez principales adversidades reportadas por la literatura consideradas como factores de riesgo para la depresión. Tales variables son: Historia de alcoholismo en la familia, enfermedad mental en la familia, antecedentes de violencia en la familia nuclear, problemas maritales de los padres, muerte de la madre, muerte del padre, divorcio de los padres, escasa o nula cercanía afectiva, abuso sexual y estilo de crianza estricto.

El cuestionario requiere de la presencia de un aplicador. No tiene un tiempo específico para su contestación y debe ser aplicado por personal profesional capacitado previamente.