

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large, circular emblem in the background. It features a central figure of a knight on horseback, holding a lance and a shield. Above the knight is a crown and a cross. The seal is surrounded by Latin text: "CAROLINA ACADEMIA COACTEMALENSIS INTER CAETERAS ORBIS CONSPICUA".

**LA PREVALENCIA DE MALTRATO INFANTIL
EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON
TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR**

ANNEL ETHEL MARTINEZ

**Tesis
Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría
Para obtener el grado de
Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría**

Marzo 2020



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.OI.071.2020

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Annel Ethel Martinez

Registro Académico No.: 201690614

No. de CUI : P0244965

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Psiquiatría**, el trabajo de TESIS **LA PREVALENCIA DE MALTRATO INFANTIL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR.**

Que fue asesorado por: Dra. Haida Mendoza, MSc.

Y revisado por: Dra. María Alejandra Flores, MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **marzo 2020.**

Guatemala, 12 de febrero de 2020.



Dr. Rigoberto Velásquez Paz, MSc.

Director

Escuela de Estudios de Postgrado



Dr. José Arnoldo Saenz Morales, MA.

Coordinador General

Programa de Maestrías y Especialidades

/rdjgs

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com

Ciudad de Guatemala, 29 de septiembre del 2018

Doctor

Edgar Vásquez

Docente Responsable

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría

Hospital Nacional de Salud Mental "Dr. Federico Mora"

Presente,

Respetable Doctor:

Por este medio informo que he asesorado a fondo el informe final de graduación que presenta la doctora **ANNEL E. MARTINEZ** carné **201690614**, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría, el cual se titula "LA PREVALENCIA DE MALTRATO INFANTIL EN PACIENTES DIAGNOSTICADAS CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR.

Luego de la asesoría, hago constar que la Dra. Annel Martinez, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el dictamen positivo sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,


Dra. Haida N. Mendoza A.

PSIQUIATRA
COL. 10.951

Dra. Haida Mendoza MSc.

Asesora de Tesis

Ciudad de Guatemala, 29 de septiembre del 2018

Doctor
Edgar Vásquez
Docente Responsable
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría
Hospital Nacional de Salud Mental "Dr. Federico Mora"
Presente,

Respetable Doctor:

Por este medio informo que he revisado a fondo el informe final de graduación que presenta la doctora **ANNEL E. MARTINEZ** carné **201690614**, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría, el cual se titula "LA PREVALENCIA DE MALTRATO INFANTIL EN PACIENTES DIAGNOSTICADAS CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR.

Luego de la revisión, hago constar que la Dra. Annel Martinez, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el dictamen positivo sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,



Dr. María Alejandra Flores Colarte
Medica Psiquiatra
colegiado Act. No. 8684

Dra. María Alejandra Flores Msc.

Revisora de Tesis



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de San Carlos de Guatemala

A: **Dr. Edgar Rolando Vásquez Trujillo, MSc.**
Docente Responsable
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría
Hospital Salud Mental

Fecha Recepción: 04 de octubre 2019

Fecha de dictamen: 25 de octubre 2019

Asunto: Revisión de Informe Examen Privado

Annel E. Martínez

“La prevalencia de maltrato infantil en pacientes diagnosticados con trastorno depresivo mayor”

Sugerencias de la Revisión: Autorizar examen privado.

“ID Y ENSEÑAR A TODOS”

M. Pimentel
Dr. María Victoria Pimentel Moreno, MSc.
Unidad de Investigación de
Escuela de Estudios de Postgrado



Cc. Archivo

MVPM/karin

INDICE DE CONTENIDOS

INDICE DE TABLAS	ii
RESUMEN	iii
I INTRODUCCIÓN	1
II ANTECEDENTES	3
2.1 Aspectos históricos del maltrato infantil.....	3
2.2 Definición del Maltrato Infantil.....	4
2.3 Tipos de maltrato infantil.....	4
2.4 Maltrato en el contexto Guatemalteco.....	5
2.5 Consecuencias del Maltrato Infantil.....	6
2.6 Mecanismos de Defensa Utilizados ante el Maltrato.....	6
2.7 Consecuencias neurofisiológicas y neuropsicológicas del maltrato infantil.....	7
2.8 Cambios neuroendocrinos asociados al maltrato infantil.....	9
2.9 Definición de la Depresión.....	10
2.10 Características clínicas de la depresión.....	10
2.11 Epidemiología de la Depresión.....	12
2.12 Causas de la depresión.....	14
2.13 Consecuencias de la depresión.....	17
2.14 Depresión como consecuencia del maltrato en la infancia.....	18
III OBJETIVOS.....	19
IV MATERIAL Y METODOS.....	20
V RESULTADOS.....	25
VI DISCUSIÓN Y ANÁLISIS.....	28
VII CONCLUSIONES.....	30
VIII RECOMENDACIONES.....	31
IX REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	32
X ANEXOS.....	35

INDICE DE TABLAS

Tabla #1 Características demográficas y clínicas de la muestra.....	26
Tabla #2 Frecuencia de abuso según grados de depresión	27
Tabla #3 Los tipos de abuso según el grado de depresión	27

RESUMEN:

OBJETIVO: determinar la prevalencia de una historia de maltrato infantil en pacientes adultas diagnosticadas con Trastorno Depresivo Mayor atendido en la clínica de Trastornos Afectivos de la consulta externa del Hospital Nacional de Salud Mental, Guatemala, así como describir el maltrato infantil como factor de riesgo importante para la depresión, el tipo de maltrato con mayor incidencia y severidad de la depresión entre pacientes con y sin historia de maltrato.

METODO: se realizó una investigación de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. La población estudiada consiste en 64 mujeres; 15% de los cuales no tenían síntomas significativos de depresión y 75% que si presenta síntomas depresivos moderados o más severos. Todas las participantes estuvieron de acuerdo con el estudio. Se utilizaron 2 instrumentos de recolección de datos, el inventario de depresión de Beck II (BDI-2) y el Childhood trauma questionnaire (CTQ)

RESULTADOS: Un 89% de los pacientes que presentaba un Trastorno depresivo mayor reportaba una historia de maltrato en la infancia. El tipo de maltrato reportado con más frecuencia es el abuso emocional. Un 58.3% de los pacientes deprimidos reportaban historia de haber sufrido múltiples tipos maltratos en la infancia. La severidad de los síntomas depresivos este asociado con la historia de haber sufrido maltrato infantil y el hecho de sufrir múltiples tipos de malos tratos en edades tempranas.

CONCLUSIONES: se detectó una prevalencia 75% de historia de maltrato infantil en las pacientes con un trastorno de depresión mayor.

I. INTRODUCCIÓN

Entre las principales causas de la carga mundial de la morbilidad, actualmente está la depresión. Lo cual ocupa el tercer lugar en todo el mundo y el primer lugar en países de ingresos medios y altos, incluso dicen que la depresión es "el trastorno más incapacitantes de todas las enfermedades en los Estados Unidos". Se predice que para 2020 la depresión habrá saltado al segundo lugar y para 2030 anticipan que llegue al primer lugar¹. Los trastornos de depresión constituyen un grupo de trastornos mentales habitualmente caracterizados por un conjunto coherente de síntomas que evidencia la alteración de diferentes funciones psicológicas, entre las que cabe mencionar la cognición, el humor, patrón de sueño, y la conducta. El trastorno depresivo mayor (TDM) esta descrito como un trastorno multifactorial. Los factores de riesgo tanto genéticos como ambientales se han relacionado con el desarrollo de sintomatología depresiva. Entre estos últimos, el maltrato infantil es uno de los factores más consistentemente replicados que influye en el riesgo posterior de depresión mayor, y se ha demostrado en unos estudios que la relación es causal.

Varios estudios hechos en los Estados Unidos y otros continentes han demostrado una fuerte asociación entre los traumas de la infancia y el desarrollo posterior de los resultados perjudiciales para la salud en la edad adulta incluyendo la depresión^{2,3}, la ansiedad y la muerte prematura. Los estudios clínicos y de encuestas muestran en general una prevalencia significativamente mayor de trauma infantil en los trastornos mentales que enfatizan la no especificidad de las experiencias traumáticas como factores de riesgo para la vulnerabilidad a diferentes formas de psicopatología⁵. El maltrato a los menores ha sido un comportamiento constante a lo largo de la historia del ser humano³, e incluso se dice que es tan antiguo como la humanidad misma, a pesar de que haya ahora leyes que protegen los derechos de los menores y mucha evidencia de los consecuencias negativos del maltrato no se ha disminuido este comportamiento.

Los estudios epigenéticos corroboran aún más el hallazgo de que una vulnerabilidad genética solo conducirá a la depresión si el individuo experimentó un maltrato infantil simultáneo. Otros estudios han encontrado que la experiencia adversa temprana en humanos conduce a la sensibilización del sistema central de control de la respuesta al estrés⁽⁶⁾, disminuyendo el umbral del individuo para desarrollar depresión en relación con situaciones estresantes⁽⁷⁾. Además, prueban que las características neuroendocrinas de la depresión reflejan los mismos cambios estructurales y la respuesta biológica en individuos y animales estudiados por trauma infantil. Una mejor comprensión de los

factores subyacentes al desarrollo de la depresión mayor puede mejorar la prevención y el tratamiento, y puede ser de importancia pronóstico.

Es por ello que se decidió mediante este estudio determinar la prevalencia de una historia de maltrato en la infancia en pacientes adultas diagnosticado con trastorno depresivo mayor en pacientes que acuden a la consulta externa del Hospital Nacional de Salud Mental, Dr. Federico Mora. A u nivel clínico, los resultados de esta investigación dará elementos clínicos para mejorar la calidad de la atención brindado a pacientes con depresión mayor.

En el presente estudio se encontró una prevalencia elevado de maltrato infantil en la población estudiada. Las participantes quienes reportaron antecedentes de traumas múltiples también reportaban grados de depresiones más severas. Los resultados fueron similares a otros estudios publicados encontrando que el abuso emocional fue reportado con mayor frecuencia que los otros tipos de maltrato.

II. ANTECEDENTES

2.1. Aspectos históricos del maltrato infantil:

La historia del maltrato a menores ocurre desde que el ser humano se encuentra sobre la faz de la tierra. Es tan antiguo como la humanidad misma. Aristóteles señalaba: un hijo o un esclavo son propiedad...”. Desde tiempos bíblicos ya se dan indicios de los malos tratos que los menores recibían ya que eran sacrificados para recibir a través de su sangre el beneficio de alguno de sus dioses.

En algunas civilizaciones el infanticidio era un medio para deshacerse de los niños con defectos físicos: en Esparta se los lanzaban desde el Monte Tajito, y en la India se los consideraban instrumentos del diablo, y por ello eran destrozado ⁸. En Roma y Grecia en tiempos antiguos el padre podía abandonar o matar a su hijo sin que fuere condenado ⁹. Aristóteles afirmaba que el esclavo y el niño eran propiedad, por lo cual lo que se hiciera con ellos no era injusto, esta situación daba opción a que se pudiese hacer lo que fuere con él.

En el siglo XIX, la evidencia de casos de Maltrato Infantil comenzó a emerger en las historias médicas que describían daños en niños consistentes en fracturas, sofocación y quemaduras. En 1946, se publicaron los hallazgos de fracturas múltiples y hematomas subdurales en 6 niños; se inició la descripción de lo que hoy se conoce como "Síndrome de Maltrato Infante”.

En el segunda mitad del siglo XIX cuando los menores que sufrían maltrato comenzaron a recibir atención jurídica y médica. El caso de Mary Ellen fue reconocido en New York por primera vez. Una niña maltratada física y psicológicamente, que recibió apoyo de la ley por ser parte del reino animal y merecer, por eso motivo, la defensa de su integridad física y moral ¹⁰. En el siglo posterior se reconocieron los derechos en la infancia.

Desde una perspectiva histórica no es posible decir que los niños de esta época son más maltratados que en épocas anteriores, lo que sucede es que hoy en día el niño es un sujeto visible, gracias a todos los estudios sociales, antropológicos, psicológicos y legales que han transformado el concepto de niñez, han permitido la valoración desde la cultura, el desarrollo y los procesos de socialización. Al convertir al niño en sujeto activo y participe de la construcción de la sociedad, se visibilizan sus problemáticas, aspecto que explica que en la actualidad exista un significativo aumento en los casos reportados de maltrato, abuso y violencia contra ellos.

En los últimos treinta años se ha ido esclareciendo la estrecha relación entre el abuso físico infantil y el desarrollo de psicopatología en la etapa adulta.

2.2. Definición del Maltrato Infantil:

Existe una evidente falta de unidad en la comunidad científica, que impide la homogeneidad entre las distintas definiciones de maltrato infantil. Estas definiciones varían en función del contexto en el que se han formulado.

El maltrato infantil es un atentado a los derechos más básicos de los niños, niñas y adolescentes, consagrados a partir de la Declaración Universal de los Derechos Humanos ¹¹.

El maltrato infantil se define como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder ¹². La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil.

Para **UNICEF**, las víctimas del maltrato infantil y el abandono pertenecen al segmento de la población conformada por niños, niñas y adolescentes hasta los 18 años, que sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, en el grupo familiar o en las instituciones sociales.

Convección De Los Derechos De Los Niños De Naciones Unidas (CDN. 1989): “Toda violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentre bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquier otra persona que le tenga a su cargo”.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2006): “Acción, omisión o trato negligente, no accidental, que privan al niño o la niña de sus derechos y su bienestar, que amenaza y/o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico y/o social y cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad”.

2.3. Tipos de maltrato infantil:

2.3.1 El maltrato físico se considera a toda acción no accidental, producto del castigo único o repetido y de magnitud o características variables, proveniente del entorno del menor que le

pueda provocar lesiones físicas o enfermedades, o lo pongan en riesgo de poder padecerlas^{13, 14} e.g., golpes, quemaduras, pellizcos, cortes, pinchazos, fracturas, mordeduras, lesiones internas, exposición a enfermedades graves, asfixia, torceduras, dislocaciones.

2.3.2 El abandono físico-Negligencia física- que es el fracaso por parte de los cuidadores de cuidar, salvaguardar la salud, seguridad y el bienestar del niño, así como el abandono de sus necesidades evolutivas por falta de estimulación cognitiva¹⁴ (e.g. No alimentar, amparar y cuidar al niño de manera adecuada a sus necesidades).

2.3.3 El maltrato emocional se define como toda hostilidad verbal crónica como insultos, amenazas, críticas, así como al bloqueo de las interacciones por parte del niño con su entorno^{13,14}. (e.g. humillaciones, agresiones verbales crónicas, amenazas de abandono, denigración, ridiculización).

2.3.4 El abandono emocional o la negligencia emocional (13) (e.g. No proporcionar al niño respuestas emocionales en relación a sus necesidades).

2.3.5 El abuso sexual, (e.g. exponer al niño a presenciar o formar parte de actos sexuales con adultos o personas menores de 18 años con los que exista, además de una diferencia de edad de más de 5 años, un desequilibrio en relación al poder, al conocimiento, y la satisfacción de necesidades.

2.4. Maltrato en el contexto Guatemalteco:

En Guatemala, las cifras de maltrato a niños es alarmante, se estima que siete de cada diez niños son víctimas de maltrato y de dos a cinco de ellos son víctimas de abuso sexual. En el año 2005, en el Ministerio Público se recibieron 11.900 denuncias por violencia intrafamiliar, abuso sexual contra niños y niñas.

En el artículo Niñez Agredida, del año 2005, López indica que: en Guatemala las cifras de maltrato infantil son altas, especialmente en los departamentos de Guatemala, Zacapa, Jalapa, Chiquimula y Escuintla, en donde se han presentado diversos tipos de abusos o maltrato como golpes, abuso sexual, quemaduras, fracturas, heridas con arma blanca, el maltrato psicológico, que en muchos casos no es denunciado, cuando los niños sufren de este tipo de abuso en ocasiones los padres pierden la custodia de ellos quienes en ocasiones terminan con familiares cercanos o en casas hogar, algunas de las causas que generan este flagelo están: pobreza, desempleo, analfabetismo y violencia intrafamiliar aunque nada justifica el daño que se causa a los pequeños.

2.5. Consecuencias del Maltrato Infantil:

Hay varios estudios (Adverse Childhood Experiences (ACE) Study, LONGSCAN, NSCAW) que han evaluado los factores que afectan las consecuencias del maltrato de menores como; la edad del niño y su estado de desarrollo cuando el abuso o la negligencia ocurrió, el tipo de maltrato, la frecuencia, duración y severidad del maltrato y la relación entre la víctima y el perpetrador

2.5.1 Consecuencias de la salud física leves como; moretones o cortadas o severos como; huesos rotos, hemorragias o hasta la muerte. Algunos resultados que otras investigaciones han identificado son: traumatismo craneoencefálico por maltrato, desarrollo cerebral anormal y mala salud física.

2.5.2 Consecuencias psicológicas inmediatas del abuso y la negligencia pueden ser aislamiento, miedo y desconfianza. Estos pueden tener consecuencias para toda la vida, incluyendo baja autoestima, depresión y dificultades interpersonales. Dificultades durante la infancia con vínculos y desarrollo cognitivo/emocional, también tienden a tener dificultades sociales.

2.5.3 Consecuencias en el comportamiento como; dificultades durante la adolescencia (repetir un grado, abuso de sustancias, delincuencia, absentismo escolar o embarazo), tienden a tener comportamiento abusivo.

2.5.4 Consecuencias sociales, toda la sociedad paga el precio por el abuso y la negligencia de menores, tanto en términos de costos directos como indirectos. Esto incluye los costos asociados con el uso incrementado del sistema de cuidado de salud, la actividad criminal juvenil y adulta, las enfermedades mentales, el abuso de sustancias y la violencia doméstica. También los programas que previenen el maltrato han demostrado ser más beneficiosos y menos costosos ⁶.

2.6. Mecanismos de Defensa Utilizados ante el Maltrato

DSM IV TR indica que entre los mecanismos de defensa que un niño manifiesta se encuentran los siguientes, cabe señalar que en su mayoría se empiezan a manifestar en la adolescencia:

- **Abstención:** este mecanismo permite mantener fuera de la conciencia algo desagradable en este caso el maltrato para evitar conflictos emocionales, emplea palabras con el propósito simbólico de negar o plantear enmiendas a pensamientos, sentimientos o acciones a lo que está viviendo en ese momento.

- Agresión transferida: mecanismo que se utiliza como recurso defensivo puede ser imaginario o real, del agredido como del que se siente frustrado, el niño en este caso transfiere el maltrato recibido y es manifestado a través de la violencia física o verbal.
- Asilamiento: mecanismo que se usa en el momento de recordar situaciones que le han causado daño o le han hecho pasar por algún momento desagradable, la víctima prefiere aislar los acontecimientos dolorosos.
- Anulación: es anular el estímulo que produce angustia o ansiedad, es decir cuando molesta, se anulamos desvalorizándolo y disminuyendo su importancia argumentando que no tiene validez o que no ha sucedido nada.
- Desplazamiento: se da cuando el niño ha acumulado dolor o frustración, él manifiesta su ira, su dolor en otro puede ser un objeto, un juguete, un amigo o una mascota.
- Formación reactiva: consiste en enmascarar un motivo o emoción transformándolo en su contrario, en este caso si el niño es maltratado y recibe golpes e insultos, él con otra persona puede mostrarse, cariñoso y respetuoso.
- Identificación con el agresor: este se manifiesta adquiriendo las mismas actitudes de la persona que maltrata, para eliminar ese miedo o mala experiencia que el agresor le provoca.
- Negación de la realidad: este se manifiesta haciendo uso de la negación de hechos evidentes y cierra el paso de la percepción de aquellas cosas que causan dolor, en el caso específico del maltrato el niño en muchas ocasiones tiende a negar lo que le sucede, para evitar que le haga más daño o que sienta más dolor.
- Regresión: este mecanismo es muy frecuente ya que se manifiesta cuando el niño desea volver a una etapa de su vida donde se ha sentido bien, tal es el caso de aquellos que desean volver al vientre de su madre y lo dejan de manifiesto en su forma de dormir ya que lo hacen en posición fetal.

2.7. Consecuencias neurofisiológicas y neuropsicológicas del maltrato infantil

Durante el primer año de vida, cada neurona se desarrolla para establecer conexiones neuronales de modo definitivo. De este modo, las neuronas nacen y llegan a diferenciarse unas de otras hasta que migran a distintas regiones y establecen así sus propias conexiones. Aunque este proceso está determinado genéticamente, el papel del ambiente es un factor importante a la hora de mantener distintas conexiones y crear un aprendizaje. Las tempranas experiencias pueden causar un aumento o disminución de hasta un 25% de conexiones neuronales.

La infancia es un periodo vulnerable, que coincide con el periodo de mayor crecimiento cerebral, multiplicación neuronal y formación de los circuitos cerebrales, el período de máxima aceleración y crecimiento, que en el humano va desde el segundo trimestre de gestación hasta los dos años de vida. Por lo que los efectos del maltrato durante esta etapa se asocian con cambios en el funcionamiento normal de ciertos neurotransmisores resultando desórdenes en hormonas neuroendocrinas y otras sustancias que afectan al desarrollo normal del cerebro en especial el Sistema Nervioso Central, el Sistema Nerviosos Autónomo. También se nota cambios en el Sistema endocrino y del Sistema Inmune ¹⁴.

Los menores tienen mayores probabilidades de sufrir condiciones psiquiátricas después de haber sufrido un trauma debido a que su cerebro, al estar en proceso de desarrollo, es más sensible a las agresiones que afectan a esta maduración neurobiológica, que puede conllevar una mayor sintomatología ^{15,14}.

De Bellis, 2005, reporta los principales cambios observados que consiste en la pérdida acelerada de neuronas, retrasos en el proceso de mielinización, anomalías en el desarrollo apropiado de la poda neural, inhibición en la neurogénesis, o estrés inducido por factores de crecimiento cerebral ¹⁶. Se observan también cambios respecto a las zonas cerebrales que regulan las funciones ejecutivas en niños que han sufrido malos tratos.

Maltrato infantil se asoció más fuertemente con el volumen de los subcampos hipocampal izquierdo, parece que la mayoría del estrés o subcampos sensibles a glucocorticoides del hipocampo identificados en los estudios traslacionales fueron los más fuertemente asociados con la infancia puntajes de maltrato en humanos¹⁵. Además de la función alterada del hipocampo puede influir la actividad de los circuitos neuronales en la corteza prefrontal, amígdala y núcleo accumbens, que reciben insumos del hipocampo y se asocian con la emocionalidad ¹⁷. La porción ventral del subículo, que es la primaria salida del hipocampo, parece integrarse estímulos procesados cognitivamente en respuestas neuroendocrinas y conductual apropiado al estrés. Un papel clave del subículo ventral es inhibir la actividad del eje HHA siguiendo estresores psicológicos pero no sistémicos.

Además el subículo ventral juega un papel importante en la regulación la respuesta dopaminérgica a factores de estrés o desafíos que son dependiente del contexto (por ejemplo, acondicionamiento del miedo, sensibilización a fármacos). Estas acciones parecen tener lugar a través de un circuito subículo ventral-núcleo accumbens que regula indirectamente el patrón tónico del disparo de las neuronas de dopamina y la liberación tónica de dopamina del VTA. La exposición al estrés temprano altera la trayectoria de desarrollo del subículo y, así mismo, modula tanto el eje HPA y respuestas dopaminérgicas a los factores estresantes posteriores.

Además de la función alterada del hipocampo puede influir la actividad de los circuitos neuronales en la corteza prefrontal, amígdala y núcleo accumbens, que reciben insumos del hipocampo y se asocian con la emocionalidad.

2.8 Cambios neuroendocrinos asociados al maltrato infantil

La alostasis y la carga alostática son conceptos útiles para comprensión de las consecuencias psiconeuroendocrinológicas de estrés, así como de las consecuencias de trauma infantil en el contexto actual. Alostasis involucra los procesos activos por los cuales el cuerpo responde a eventos diarios y mantiene la estabilidad. El término significa "lograr estabilidad a través del cambio". El concepto de carga alostática se propuso como un modo de referirse a la degradación fisiológica de un organismo como resultado de ciclos repetidos de alostasis, que tienen efectos acumulativos que podrían manifestarse como deterioro estructural y funcional.

Durante el estrés agudo se producen una serie de reacciones químicas que tienen lugar tanto en el Sistema Nervioso Autónomo como en el Eje Hipotálamo Hipofisario Adrenocortical^{7,15,17}. Durante el desarrollo las catecolaminas son importantes para determinar las propiedades funcionales de las neuronas maduras, lo que incluye cambios en la densidad de receptores¹⁵. Ante la situación de estrés, el Hipotálamo libera factor de liberación de corticotropina, este llega a la pituitaria que libera corticotropina, que a su vez va a las glándulas suprarrenales que liberan los glucocorticoides. Los glucocorticoides junto con las catecolaminas explican en su mayor parte la respuesta de estrés¹⁴. Un niño en un ambiente de abuso o abandono podría desarrollar un sistema catecolaminérgico desorganizado, haciéndolo más susceptible al desarrollo de signos y síntomas más graves cuando se exponga a traumas a lo largo de la vida¹⁵.

Esto puede ser explicado por la activación neurofisiológica durante el estrés agudo que es usualmente rápida y reversible, en cambio, cuando el evento se prolonga, ocurren una serie de ajustes y adaptaciones a medio y largo plazo, que aumentan la probabilidad de desarrollar trastornos del estado de ánimo como respuesta a la experiencia de otros estresores posteriores en la vida del individuo¹⁷. La exposición a constantes y coherentes estresores leves resulta en resiliencia, pero la exposición a incontrolables, impredecibles o severos estresores puede llevar a deficiencias. Un niño que es criado en un entorno abusivo, tendrá un sistema nervioso con una pobre organización.

Depresión

2.9. Definición de la Depresión:

La depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva ¹⁸.

La posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo se suele plantear a partir de datos observacionales poco específicos, como el deterioro en la apariencia y en el aspecto personal, enlentecimiento psicomotriz, tono de voz bajo, facies triste, llanto fácil o espontáneo, disminución de la atención, verbalización de ideas pesimistas (culpa, hipocondría, ruina, etc.) alteraciones del sueño y quejas somáticas inespecíficas. La base para distinguir estos cambios patológicos de los ordinarios, viene dada por la persistencia de la clínica, su gravedad, y el grado de deterioro funcional y social

Muchos casos de depresión son claramente apreciables en la práctica clínica, aunque resulte difícil establecer su autonomía diagnóstica respecto a otras entidades psicopatológicas. Así, por ejemplo, frecuentemente se percibe el trastorno depresivo asociado a ansiedad con diversas combinaciones sintomáticas en sus manifestaciones. La depresión también puede concurrir con el abuso de alcohol y otras sustancias, y con algunas enfermedades orgánicas cerebrales y sistémicas. También es frecuente su asociación con trastornos de la conducta alimentaria y algunos trastornos de la personalidad. Además, es más común entre personas con enfermedad física crónica y la relación entre ambas es recíproca, ya que los problemas físicos pueden exacerbar la depresión y a su vez la depresión puede afectar negativamente al curso de la patología física. La depresión también es un factor de riesgo para algunas patologías físicas, como es el caso de las enfermedades cardiovasculares.

2.10. Características clínicas de la depresión:

No todas las personas con enfermedades depresivas padecen los mismos síntomas. La gravedad, frecuencia, y duración de los síntomas pueden variar según la persona y su enfermedad en particular: Sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad, o vacío, sentimientos de desesperanza y/o pesimismo, sentimientos de culpa, inutilidad, y/o impotencia Irritabilidad, inquietud, pérdida de interés en las actividades o pasatiempos que antes disfrutaba, incluso las relaciones sexuales, fatiga y falta de energía, dificultad para

concentrarse, recordar detalles, y para tomar decisiones Insomnio, despertar muy temprano, o dormir demasiado, comer excesivamente o perder el apetito, pensamientos suicidas o intentos de suicidio, dolores y malestares persistentes, dolores de cabeza, cólicos, o problemas digestivos que no se alivian incluso con tratamiento (National Institute of Mental Health, 2010). A diferencia de los adultos, en niños y adolescentes se puede presentar como un estado de ánimo irritable en lugar de triste, puede asociarse a alteración del ciclo del sueño, la está más específica para un trastorno depresivo mayor.

Criterios de diagnóstico - Trastorno depresivo mayor (DSM-5)¹⁹:

A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la anterior, por lo menos uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer. Nota: No incluir los síntomas que son claramente atribuibles a otra condición médica.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste, vacío, sin esperanza) o la observación realizada por otros (por ejemplo, parece lloroso). (Nota: En los niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan).
3. pérdida de peso significativa sin hacer dieta o ganancia de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En niños hay que valorar el fracaso para hacer la ganancia de peso esperada).
4. insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no sólo remordimiento o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento.

C. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra enfermedad médica.

Nota: Criterios de A-C representan un episodio depresivo mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (por ejemplo, pérdida, ruina económica, las pérdidas por un desastre natural, una enfermedad grave o discapacidad) pueden incluir los sentimientos de intensa tristeza, reflexión sobre la pérdida, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso señalados en el Criterio A, que puede parecerse a un episodio depresivo. Aunque tales síntomas pueden ser comprensibles o se consideren apropiados para la pérdida, la presencia de un episodio depresivo mayor, además de la respuesta normal a una pérdida significativa debe ser considerada cuidadosamente. Esta decisión requiere inevitablemente el ejercicio del juicio clínico basado en la historia del individuo y las normas culturales para la expresión de angustia en el contexto de la pérdida.

D. La aparición del episodio depresivo mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro del espectro esquizofrénico especificadas y no especificadas y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio de hipomanía. Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios maníacos o hipomanía son inducidos por sustancias o son atribuibles a los efectos fisiológicos de otra enfermedad médica

2.11. Epidemiología de la Depresión:

La depresión es un trastorno mental frecuente. Se calcula que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan cerca de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. Las mujeres en comparación con los hombres, las personas sin pareja y el bajo nivel de educación se asocian con mayor riesgo²⁰.

La depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad. Asimismo, es responsable de más de 40% de las alteraciones de las capacidades causadas por los trastornos mentales ²¹. Los estudios simultáneos y comparables en 15 países de la Encuesta Mundial de Salud Mental mostraron que, en general, las personas atribuyen mayor discapacidad a los trastornos mentales que a los físicos, fundamentalmente debido a la mayor discapacidad social y en el ejercicio de las tareas personales cotidianas, pues la discapacidad en las tareas productivas por trastornos físicos y mentales fue similar.

Los reportes revelan que 9.2% de la población general ha padecido un episodio de depresión, que una de cada cinco personas sufrirá uno antes de llegar a los 75 años y que los más jóvenes presentan tasas mayores ²². El 26% de las personas no serán diagnosticadas y, a pesar de que una elevada proporción de pacientes contactaron con los servicios de salud, cerca del 30% nunca recibió ayuda.

Según el estudio ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) la prevalencia en España es inferior a la de otros países europeos, con una prevalencia-vida del episodio depresivo de 10,6% y una prevalencia-año del 4,0%, aunque una de las características más notables es que presenta una edad de inicio más temprano y altas tasas de comorbilidad y cronicidad ²³. La tasa de prevalencia varía muy poco, según el informe del OMS 2013, en el mundo y va desde un 3,6 por ciento en la región del Pacífico occidental y al 5,4 por ciento en África; de igual forma, en su presentación entre géneros con un 2,6 por ciento para los hombres en el Pacífico occidental, a 5,9 por ciento en las mujeres de África. En Latinoamérica, Brasil es el país con mayor prevalencia de depresión con 5,8 por ciento; seguido de Cuba (5,5) y Paraguay (5,2). Chile y Uruguay tienen el 5 por ciento; Perú, 4,8; mientras Argentina, Colombia, Costa Rica y República Dominicana muestran 4,7 por ciento. A ellos les siguen Ecuador (4,6 por ciento); Bolivia, El Salvador y Panamá (4,4 por ciento); México, Nicaragua y Venezuela (4,2 por ciento); Honduras (4,2 por ciento) y Guatemala con el 3,7 por ciento.

Según la Agencia de Evaluación de Tecnologías en 2014, la depresión es el trastorno mental más costoso en Europa y representa, entre costes directos e indirectos, un 33% del coste total destinado a salud mental, neurología y neurocirugía (118 billones de euros) y un 1% de la economía europea. Los costes indirectos debidos a bajas por enfermedad y pérdida de productividad suponen un 61% de este gasto, mientras que los costes directos se reparten entre la atención ambulatoria (61%), hospitalizaciones (9%), tratamiento farmacológico (8%) y mortalidad (3%).

Además, el estudio ESEMeD-España puso de manifiesto que en una muestra de pacientes con depresión el 59% no acudió ni a atención primaria ni a especializada el año anterior, y de estos, el 76% no recibieron ningún tipo de tratamiento. Entre las barreras al tratamiento efectivo la OMS ha identificado, además del déficit de recursos, la falta de profesionales entrenados y el estigma asociado.

2.12. Causas de la depresión:

2.12.1 Una hipótesis importante en la fisiopatología de la depresión es la hipótesis de las monoaminas. Este postula que la depresión es causada por una alteración en los niveles de una o más de las monoaminas, que incluyen serotonina, norepinefrina y dopamina. La evidencia de la teoría serotoninérgica incluye el hallazgo de que los metabolitos de serotonina se reducen en pacientes diagnosticados con MDD y los antidepresivos han demostrado que aumentan los niveles de serotonina en el cerebro. De forma similar, se ha demostrado que el agotamiento de triptófano, como aminoácido esencial necesario para la síntesis de 5-HT, induce síntomas depresivos ¹⁴. La norepinefrina (NE) también está involucrada en la regulación del estado anímico, como lo demuestra el hecho de que los medicamentos que inhiben la reabsorción de NE y los que aumentan la secreción de NE son efectivos como antidepresivos. Se cree que el estrés crónico altera el sistema noradrenérgico que se relaciona con los sistemas neuroendocrino e inmune. El aumento de los niveles de NE y cortisol aumenta el impulso simpático y la liberación de citoquinas con afecta el eje HPA y tiene efectos neurotóxicos ²⁴. La vía mesolímbica consiste en neuronas dopaminérgicas que median la circuito de recompensa y la motivación. Hay líneas de evidencia que implican la transmisión DA alterada y la vía mesolímbica en la fisiopatología de la depresión, tomando en cuenta la anhedonia y la motivación reducida que indican el mal funcionamiento del sistema de recompensa. El hecho de que los agentes antidepresivos como el bupropión aumenten los niveles de DA en el cerebro proporciona evidencia indirecta del papel de la DA en la regulación del estado de ánimo. El estrés crónico causa cambios neuroadaptativos en la vía dopaminérgica mesolímbica, y estos cambios están implicados en la expresión alterada del factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) y la neuroplasticidad. La serotonina, el NE y el DA están interrelacionados y afectan la el efecto uno al otro en el cerebro ²⁴.

2.12.2 Desregulación del eje HPA and respuesta al estrés

El estrés y la depresión están relacionados. Tomando en cuenta que eventos estresantes de la vida pueden precipitar un episodio depresivo en individuos vulnerables.

En las últimas décadas, se han encontrado varias anormalidades en el eje HPA asociadas con una respuesta hiperactiva al estrés en pacientes deprimidos ¹⁸. Algunas de estas alteraciones incluyen hipersecreción de CRF desde el núcleo paraventricular del hipotálamo, alteración de la retroalimentación negativa del eje HPA, aumento de las glándulas suprarrenales, hipercorisolemia y disminución de la supresión del cortisol en respuesta a la dexametasona. Tres áreas cerebrales que se han visto alteradas por el aumento de los glucocorticoides son la corteza prefrontal medial (mPFC), el hipocampo y la amígdala. El mPFC está involucrado en el funcionamiento ejecutivo y el procesamiento de las emociones²⁵. El hipocampo está involucrado en la memoria y el aprendizaje, y la amígdala está involucrada en el procesamiento de las emociones. Esto resulta en un procesamiento inadecuado del afecto negativo, dificultad para adaptarse a un entorno cambiante y adaptación y aprendizaje deteriorados. La alteración en el circuito emocional-cognitivo da como resultado una mayor reactividad al estrés y un menor procesamiento cognitivo ²⁴.

2.12.3 Inflamación

Se han encontrado niveles aumentados de marcadores inflamatorios tales como IL-1B-2, IL6 y TNF-a, CRP y PGE2 en pacientes con depresión. Hay una relación bidireccional entre la depresión y la inflamación donde la inflamación causa depresión y el estrés psicológico a su vez es pro-inflamatorio. La inflamación causa anhedonia y fatiga, lo que hace que un organismo focalice la exploración y el apareamiento, y se concentre en la curación ^{24,25}.

2.12.4 Disminución de Neuroplasticidad y Neurogénesis

El cerebro posee una notable plasticidad, capaz de crear y eliminar sinapsis rápidamente, así como de alterar los circuitos funcionales en la adaptación y el aprendizaje. Uno de los factores moleculares necesarios para una neuroplasticidad saludable es el BDNF, que promueve la supervivencia de las neuronas existentes y estimula el crecimiento y la diferenciación de nuevas neuronas y sinapsis. Esto explica su papel en los circuitos corticales y límbicos al adaptarse a un entorno cambiante. El hallazgo de que los niveles séricos de BDNF se reducen en pacientes diagnosticados con MDD implica su papel en la fisiopatología ²⁴.

2.12.5 Receptores y rutas de señalización alteradas en la DM

5-HT1A, un receptor que señala vía la familia Gi de las proteínas G, ya que dependiendo de su densidad y localización pre o post sináptica tiene un impacto diferencial en el déficit de la transmisión serotoninérgica. En algunos casos tiene bases genéticas. Como el polimorfismo G1463A en el gen de la enzima hTPH2 o el C1019G en el gen del receptor 5-HT1A; el primero reduce la síntesis de 5-HT mientras que el segundo atenúa su liberación.

Desde esta perspectiva se sugiere que el diagnóstico de DM incluya un estudio de genética molecular para identificar estos polimorfismos.

Además, se infiere que los portadores del polimorfismo C1019G responderán mejor a la combinación de SSRI con algún antagonista del 5-HT_{1A}. La menor densidad postsináptica del receptor 5-HT_{1A} también es un mecanismo fisiopatológico relevante porque su acción inhibitoria sobre la excitabilidad neuronal es consistente con el hipermetabolismo del área Cg25 y la amígdala. Estos cambios metabólicos pueden revelar la disfunción de los circuitos intra-corticales y límbico-corticales ²⁶.

2.12.6 Conceptualización psicológica

En el apego y la pérdida, Bowlby presenta su teoría del apego, que se centra en los fuertes vínculos emocionales que los animales y los humanos forman cuando niños con sus cuidadores y como adultos con otros adultos. Los vínculos emocionales duraderos con las figuras de apego son importantes para el funcionamiento social del individuo y, como tal, son una motivación muy poderosa del comportamiento humano. Un aspecto importante de esta teoría es el concepto de que la pérdida temprana puede hacer que un individuo se desvíe evolutivamente hacia un tipo de apego inseguro, volviéndose hipersensible a la pérdida y magnificando el daño psicológico. Si hay una relación ambivalente que combina el amor y la ira, el paciente perdona al objeto amado de su ira y en su lugar internaliza el objeto. La ira hacia una figura de apego querida también genera culpa, y la depresión puede verse como autocastigo por sentimientos de ira prohibida ^{24,25}.

La teoría psicodinámica de la depresión de Otto Kernberg afirma que la condición es una respuesta a la pérdida de un estado ideal de sí mismo, debido a la pérdida de un objeto internalizado y la creencia de que la propia agresión ha destruido el buen objeto internalizado²⁴.

Aaron Beck propone que la depresión es el resultado de la cognición patológica. La premisa principal de la teoría cognitiva es que los sesgos cognitivos negativos afectan la forma en que un individuo percibe el mundo externo. La pérdida temprana, el estrés o el trauma pueden conducir al desarrollo de esquemas cognitivos negativos, que sirven como un marco sesgado con el cual interpretar eventos futuros. La activación repetida de este modo finalmente hace que se fije y actúe de forma autónoma, haciendo que el paciente ignore los estímulos externos positivos y se enfoque internamente. Este proceso conduce a anhedonia, falta de motivación, aumento de la rumia y depresión ^{4, 24}.

2.13. Consecuencias de la depresión

Con respecto a la función cortical, la depresión implica disturbios múltiples del tratamiento de la información. La mayoría de las personas deprimidas interpretan automáticamente las experiencias desde una perspectiva negativa, y su acceso a la memoria es sesgado negativamente. En Estados depresivos más severos, la cognición y las habilidades de resolución de problemas son más comprometidas por la escasa concentración y la disminución de la capacidad de usar el pensamiento abstracto. Un monólogo virtual de pensamientos e imágenes negativas parece funcionar en piloto automático, y, a diferencia de los Estados de tristeza normales, la ventilación a un confidente tiene poco efecto benéfico. En casos más extremos, delirios o alucinaciones, o ambos, distorsionan groseramente las pruebas de realidad. Estos cambios neurocognitivos apuntan a la disfunción que implica el hipocampo, la corteza prefrontal (PFC) y otras estructuras límbicas ^{25, 27}.

Otra característica biológica de la depresión implica disminución del interés y pérdida de la reactividad del estado de ánimo: disminuyen las actividades espontáneas, dirigidas por objetivos, y los eventos que deben mejorar el estado de ánimo tienen poco o ningún efecto. Uno correlato de la pérdida de interés es la disminución de la recompensa. Incluso las funciones básicas de placer, como el apetito y la libido, se reducen en la depresión severa. La anhedonia y el comportamiento orientado a metas disminuido señalan hacia la disfunción de los circuitos nerviosos implicados en la anticipación y la consumación de las recompensas, que implican el tálamo, el hipotálamo, el Núcleo accumbens, y el PFC ²⁵.

Las alteraciones en el inicio, la expresión y la espontaneidad del movimiento son comunes en la depresión grave. La disminución de la animación o el retraso psicomotor a veces se acompaña de un estado de agitación superpuesta. Además del ritmo y los cambios posturales frecuentes, se observan signos o comportamientos estereotípicos, como ceño fruncido, tirones de pelo, mordiscos en los labios o en los lechos ungueales y rascado compulsivo en estados depresivos graves. La anhedonia y las alteraciones psicomotoras son más pronunciadas con el avance de la edad, y la agitación se limita típicamente a los síndromes depresivos más graves. Estos signos observables apuntan a la disfunción de los circuitos subcorticales que conectan el tálamo, los ganglios basales y el cuerpo estriado.

Los estudios de neuroimágenes han encontrado una alteración en las estructuras y los circuitos que han resultado en una mayor atención a las señales emocionales negativas. Hay una capacidad disminuida de usar el mecanismo de PFC para inhibir la activación subcortical a señales emocionales negativas y la capacidad de anticipar y experimentar afecto y recompensa positivos. Se ha observado volumen reducido de la corteza prefrontal subgenual izquierda y la corteza prefrontal orbital, así como menor volumen del hipocampo,

especialmente en el maltrato. Hay una mayor activación de la amígdala, cíngulo anterior dorsal, ínsula en respuesta a estímulos emocionales negativos. Hay una reactividad disminuida de PFC dorsolateral y una conectividad disminuida entre esta área y la amígdala. Conectividad alterada entre la corteza cingulada anterior y PFC ventromedial con respuesta atenuada del estriado, caudado, ACC y OFC durante la anticipación y recepción de la recompensa.

2.14. Depresión como consecuencia del maltrato en la infancia

La infancia marca notoriamente la vida del ser humano, las cosas que sucedan, las que se aprendan, las que se escuchen, las que se miren, el amor o desamor con que el niño sea tratado, definirá el resto de su vida ³⁰ y definitivamente dejará hondas raíces en sus emociones, es por eso tan importante que en los primeros años de vida el niño reciba todo lo mejor en cuanto a ejemplos, cariño, seguridad y buen trato, pero en muchos casos la realidad es muy diferente y lejos de dar un buen trato se propician golpes, insultos, lejanía e incluso abuso sexual, a esto comúnmente se le conoce como maltrato, que deja secuelas muy dolorosas en la vida de quienes han sido víctimas.

La elevada frecuencia de psicopatología en niños y adolescentes que sufrieron maltrato ha llevado a mencionar al maltrato como predictor de ésta ^{31,32}. El maltrato emocional en la niñez está significativamente asociado con síntomas depresivos en mujeres en varios estudios retrospectivos igual que algunos prospectivos.

El maltrato trae consigo la vulnerabilidad a la depresión. La depresión tiene un alto riesgo de reincidencia: 50% después de la primera, 70% después de la segunda y 90% después del tercer episodio. El 50% de los pacientes recaen después de cualquier forma de psicoterapia a corto plazo. Del 20 al 30% de los pacientes con depresión mayor no responden a la medicación antidepressiva y un tercio de los que inicialmente respondieron la recaída en un año ²⁸.

Se ha reportado que maltrato infantil se relaciona con estilos de cognición negativos y un umbral bajo para eventos estresantes, es decir que los menores que crecen en entornos inseguros, agresivos y hostiles desarrollan graves alteraciones psicológicas y adaptativas ^{4, 15, 31, 32}. Maltrato en la infancia puede predecir la severidad de la depresión en la adultez. Ya se conoce que los pacientes con depresión que han vivido maltrato en su infancia responden muy poco a tratamiento farmacológico con antidepressivos ⁴.

III. OBJETIVOS

3.1 General:

3.1.1 Determinar la prevalencia de maltrato infantil en pacientes adultos diagnosticadas con trastorno depresivo mayor.

3.2 Específicos:

3.2.1 Verificar que el maltrato infantil es un factor de riesgo importante para la depresión.

3.2.2 Identificar qué tipo de maltrato tiene mayor incidencia

3.2.3 Comparar la severidad de la depresión entre pacientes deprimidos con y sin historia de maltrato infantil.

IV. MATERIAL Y METODOS

4.1 Tipo de estudio:

Estudio Descriptivo Transversal

4.2 Población:

Pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor

4.3 Selección y tamaño de la muestra:

Las pacientes diagnosticadas con Depresión Mayor quien asiste la clínica de trastornos afectivos en el Hospital Nacional de Salud Mental en marzo a julio del año 2018.

Tipo de muestra: Mujeres diagnosticadas con Depresión Mayor y en tratamiento por un mínimo de 6 meses previo del inicio del estudio, es de 64 pacientes.

Se diagnosticaron 104 pacientes en total en todo el año de 2017, de ellos 78 fueron mujeres.

Cantidad representativa: 64 pacientes

Para determinar el tamaño de la muestra, se asume que la distribución de valores promedio de n datos esta descrita por una curva normal. En base a esta suposición, bastante común en la literatura, calculamos el tamaño de la muestra n a partir de la expresión:

$$n = Z^2 \times p \times q \times N / NE^2 + Z^2 \times p \times q$$

donde N es el tamaño de la población total (a partir de la cual se calcula el ancho de la distribución normal), z es el nivel de confianza (1.96 para un nivel de 95%) y e es el error de estimación. Nuestro tamaño de muestra de 64 pacientes es compatible con una población total de 78 pacientes, con confianza de 95%.

4.4 Selección de sujetos para el estudio

Criterios de inclusión:

- Adultos femeninos atendidos en la clínica de Trastornos afectivos en el Hospital Nacional de Salud Mental
- Diagnóstico de Trastorno depresivo mayor con más de 6 meses en tratamiento.
- Pacientes que estén de acuerdo con el estudio y consentimiento escrito.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con antecedentes de abuso de sustancias
- Antecedentes de Enfermedades neurológicas
- Antecedentes de Demencia o deterioro cognitivo
- Pacientes diagnosticadas con un Trastorno psicótico

4.5 Definición y operacionalización de variables

Variable	Indicador	Unidad o categoría	Escala de medición
Edad	Fecha de nacimiento	Años	De razón
Etnia	Conjuntos de personas que comparten rasgos culturales	Ladina Indígena	Nominal
Depresión	Presencia de síntomas y signos depresivos por más de 2 semanas según criterios de DSM V	Ninguno Leve Moderada Severa Extremo	Ordinal
Historia de maltrato infantil	Historia de cualquier experiencia de abuso y la desatención de que son objeto los menores de 18 años	Ninguno Leve Moderada Severa	Ordinal
Tipo de maltrato	Historia traumática	Sexual Emocional Física negligencia	Nominal

4.6 Técnicas, procedimientos e instrumentos:

Los diagnósticos fueron realizados por psiquiatras, capacitados quienes utilizaron la versión en español de la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV. La cronología se operacionalizó en función del tiempo: los episodios depresivos mayores debieron durar al menos 6 meses en la ingesta del estudio (lo que amplía el requisito mínimo de diagnóstico de dos semanas). El Inventario de Depresión de Beck II (BDI-2) ³² se utilizó para evaluar la

gravedad de los síntomas. Es un instrumento de detección específico para depresión, su uso se ha generalizado como escala autoaplicada. El BDI-2 es un autoinforme de 21 ítems que intentan valorar la existencia y severidad de los síntomas depresivos. Cada uno de los 21 ítems corresponde a un síntoma de depresión. Las respuestas de cada ítem se recogen en una escala de 4 puntos de 0 a 3 y la suma de las respuestas es la puntuación en el inventario. Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la severidad son los siguientes: 0-1= normal, 11-16 = leve disrupción del ánimo, 17-20 = límite de depresión clínica, 21-30 = depresión moderada, 31-40 = severa y >40 = extrema. (Sensibilidad 100%, especificidad 99%)

Cuestionario de Maltrato Infantil (CTQ-SF):

Para la medición del maltrato en la infancia se utilizó el Cuestionario de Maltrato Infantil (CTQ-SF) ³³. El cuestionario fue desarrollado como una herramienta de detección para las historias de abandono y negligencia en población mayor de 12 años de edad. Es un auto-informe que incluye 28 reactivos tipo Likert de 5 puntos, las opciones de respuestas van desde nunca a siempre. Por ejemplo; me pegaban con un cinturón, palo, cuerda u otras cosas que me dañaban. Con opciones de respuesta nunca= 1, pocas veces= 2, a veces= 3, muchas veces= 4, siempre=5. El instrumento mide cinco tipos de maltrato (abuso/negligencia), abuso emocional (reactivos 3, 8, 14, 18, 25), abuso físico (reactivos 9, 11, 12, 15, 17), abuso sexual (reactivos 20, 21, 23, 24, 27), negligencia emocional (reactivos 5, 7, 13, 19, 28) y negligencia física (1, 2, 4, 6, 26). La puntuación total del instrumento oscila de 25 a 125 y las subescalas de 5 a 25 puntos. Además cuenta con un subregistro potencial de maltrato (reactivos 10, 16, 22), que sólo ayuda a conocer la “negación/minimización” o subregistro de maltrato, cada uno de estos reactivos es dicotomizado (nunca=0 o pocas veces, a veces, muchas veces y siempre =1) y sumado. Sí la suma de estos reactivos es de uno o mayor indica posible subreporte de maltrato (falso negativo).

Para las sub-escalas de maltrato se establecen puntos de corte para establecer su nivel de abuso y negligencia. Se divide en cuatro niveles de abuso/negligencia: nada (o mínimo), de bajo a moderado, de moderado a severo y de severo a extremo. Cabe señalar, que los puntos de corte varían dependiendo de la sub-escala, así pues la sub-escala de abuso emocional el puntaje de 5 a 8 indica “nada (o mínimo)”, de 9 a 12 indica de “bajo (a moderado)”, 13 a 15 indica de “moderado (a severo)”, 16 o más se clasifica como de “severo (a extremo)”. Para la sub-escala de negligencia emocional el puntaje de 5 a 9 indica “nada (o mínimo)”, 10 a 14 indica de “bajo (a moderado)”, 15 a 17 indica de “moderado (a severo)” y de 18 o mayor se clasifica como de “severo (a extremo)”. Para las sub-escalas de abuso y negligencia física los

puntos de corte son los mismos, de tal manera que de 5 a 7 indica “nada (o mínimo)”, 8 a 9 se clasifica como de “bajo (a moderado”, 10 a 12 indica de “moderado (a severo)” y 13 o más se clasifica como de “severo (a extremo)”. Por último, la sub-escala de abuso sexual donde un puntaje de 5 indica “nada (o mínimo)”, 6 a 7 se clasifica de “mínimo (a moderado)”, 8 a 12 indica de “moderado (a severo)” y 13 o más se clasifica de “severo (a extremo)”.

4.7 Plan de procesamiento y análisis de datos:

Se ingresaron los datos obtenidos a un programa Microsoft Excel para su respectiva tabulación y orden, donde se creó una base de datos. A partir de la tabulación se obtendrán tablas, gráficas y análisis de las mismas.

Usando IBM-SPSS statistics versión 24.0 se evaluó las frecuencias, medias, desviaciones estándares etc., así como se hizo correlaciones entre las variables y ANOVA para determinar si hay diferencias estadísticamente significativos entre grupos.

4.8 Alcances y límites:

Los resultados son generalizables al hospital en donde se limitara el estudio.

4.9 Aspectos Éticos:

A las pacientes que consultan en la clínica de trastornos Afectivos del Hospital Nacional de Salud Mental de Guatemala, Federico Mora, se explicara de forma verbal previo a ser parte del estudio en que consiste, que se hará con los resultados obtenidos. Y se informara que los datos no serán trasladados ni utilizados por terceros.

Principio del respeto por las personas;

Dentro del estudio se respetara la integridad de las personas, ya que no implicara ningún riesgo para ellos y se hará a través del consentimiento escrito.

Principio de beneficencia:

La investigación es diseñada de tal manera que no causara daño físico, emocional y psicológico a los sujetos del estudio.

Principio de justicia:

Este prohíbe exponer riesgo a un grupo para beneficiar a otro, pues hay que distribuir de forma equitativa riesgos y beneficios. En esta investigación no se utilizaron fondos de gobierno u otra institución, con ningún fin.

V. RESULTADOS

La muestra consistió de 64 pacientes las cuales cumplieron con los criterios de inclusión, las características generales de las pacientes que participaron en el estudio se pueden ver las siguientes tablas. Todos los sujetos estudiados fueron del sexo femenino. De los 64 pacientes encuestadas 53 (87%) de ellas son de etnia ladina y las 11 (17%) restantes son de etnias indígenas. La población estudiada tenía una distribución heterogénea con respecto a la edad, con una edad media de 38.22 (SD 11.32) años (rango de 18 – 64 años). Las participantes con síntomas depresivos más severos reportaron significativamente con mayor frecuencia historia de maltrato en la infancia. Las características del CTQ se presentan en la tabla #1 La media de puntaje total alcanzado en el CTQ fue de 52.23 (SD 18.56). Se pudo observar que el 89% de las participantes habían padecido alguna experiencia adversa en su infancia. Se encontraron 7 pacientes que no habían tenido historia de ningún tipo de abuso en su infancia.

El tipo de maltrato reportado con mayor frecuencia en la población estudiada fue el abuso emocional (65.6%) seguido por el abuso sexual (57.8%), negligencia física (54.9%), abuso físico (46.9%) y negligencia emocional (40.6%).

El puntaje medio del BDI-2 fue 26.86 (SD 12.37), todas las participantes habían recibido tratamiento antidepresivo. Respecto a los niveles de depresión obtenidos entre los pacientes que participaron 16% tuvo una puntuación normal, 10% calificaron con una depresión leve, 31% con una depresión moderada, 25% calificaron con una depresión grave y un 17% con una depresión extremo. La sumatoria de los que calificaron para una depresión moderada a severa es de 73% por lo que 7 de cada 10 pacientes se encuentran con un trastorno depresivo entre el rango de moderado y grave-extremo. Para calcular las relaciones dosis-respuesta, diferenciamos cuatro grupos de trauma; por lo tanto, se utilizó un índice que cuenta el número de escalas por paciente que logró puntajes de corte para informes clínicamente relevantes de experiencias traumáticas: trauma subliminal, trauma único, doble trauma y trauma múltiple. El grupo de trauma múltiple se refiere a los informes de trauma en tres a cinco escalas. La distribución grupal se muestra en la Tabla 1. El 54.7% de las participantes informaron trauma múltiple y el 17.2% de doble trauma. Con mayor frecuencia se informó la combinación de abuso emocional y negligencia emocional (n = 37, 14.0%) seguido de abuso emocional solo (n = 33, 12.5%). 13 (20.3%) pacientes alcanzaron umbrales en las cinco y tres sub-escalas CTQ iguales. Esto fue seguido por 17.2% (n = 11) para traumas únicas y dobles iguales.

Tabla 1:

Características demográficas y clínicas de la muestra ($n = 64$)

	Media	Desviación estándar
Edad	38.22	11.32
CTQ punteo total	52.23	18.57
BDI- 2	26.86	12.37
	N	%
Etnia		
Ladina	53	83
Indígena	11	17
Severidad de la Depresión		
Normal	8	12.5
Limite	2	3
Leve	7	10.9
Moderada	20	31
Severa	16	25
Extrema	11	17
Tipos de Abuso		
Abuso emocional	42	65.6
Negligencia emocional	26	40.6
Abuso físico	30	46.9
Negligencia física	35	54.9
Abuso sexual	37	57.8
Grupos de trauma		
Trauma sub-umbral	7	10.9
Trauma única	11	17.2
Trauma doble	11	17.2
Trauma múltiple	35	54.7

La tabla 2 muestra el grado de la depresión con el antecedente de abuso, clasificados en los cuatro grupos de trauma. El grupo de trauma múltiple difiere significativamente con valores más altos de los otros tres grupos de trauma, con 35 sujetos, 55% del total de pacientes con depresión, la mayoría de ellas captados con un grado de depresión severa. Curiosamente, los pacientes en el grupo de trauma único muestran valores similares a los pacientes en el grupo de doble trauma. El grupo con antecedentes de trauma subliminal fue el más pequeño con un 11% de los sujetos deprimidas. Las participantes con Depresión moderada y severa son las que reportaron una tasa con significativamente mayor frecuencia el trauma múltiple, 35%.

Tabla 2:

Frecuencia de abuso según grados de depresión

Grado de depresión	Trauma subliminal	Trauma única	Trauma doble	Trauma Múltiple
Normal	3	0	2	4
Leve	0	3	3	2
Moderada	3	4	3	10
Severa	1	2	0	13
Extrema	0	2	3	6
Total (%)	7 (10.9)	11 (17.2)	11(17.2)	35 (54.7)

En base a la severidad de la depresión se pudo comparar el tipo de Maltrato infantil más frecuente. Como se puede observar en la tabla 3 la tendencia es que haya mayor frecuencia del abuso emocional en todos los grados de depresión, con 42 pacientes, (67%) captadas. Luego está el abuso sexual con 37 pacientes (58%) y la negligencia física, 35 casos (55%). El tipo de abuso que se observó con menos frecuencia en el grupo con depresión activa fue la negligencia emocional (40%).

Tabla 3:

Los tipos de abuso según el grado de depresión

Grado de depresión	Negligencia física	Abuso emocional	Negligencia emocional	Abuso físico	Abuso sexual
Normal	4	5	3	3	5
Leve	3	2	1	3	5
Moderada	10	12	8	8	9
Severa	11	12	8	11	12
Extrema	7	8	6	5	6
Total	35	42	26	30	37

VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

Este estudio investigó la prevalencia y las asociaciones de exposición al trauma infantil en una muestra específica de adultos con depresión crónica diagnosticada según los criterios del DSM-IV. Confiamos en el CTQ como un instrumento internacional ampliamente utilizado, confiable y válido. En este estudio la muestra fue exclusivamente del sexo femenino porque la revisión sobre el trauma en la infancia confirmó que las mujeres sufrían con mayor frecuencia de abuso sexual que los hombres.

Además, los resultados indicaron que las asociaciones significativas entre los tipos de trauma, el abuso emocional y el abuso sexual y la gravedad de los síntomas en pacientes con depresión crónica.

En general, la prevalencia de trauma en la infancia reportado en pacientes con Trastorno de Depresión mayor fue notablemente alta con una magnitud del 89 por cada 100. En este estudio, aplicamos umbrales más altos para el examen específico de trauma infantil clínicamente relevante ²⁹. Las contribuciones específicas de ciertos tipos de trauma infantil a la vulnerabilidad de las diferentes formas de psicopatología se informaron repetidamente. Los resultados muestran que el abuso emocional se informó con mayor frecuencia con un 65.6%. Así como el 40.6% de los pacientes informaron negligencia emocional siendo el tipo de maltrato reportado con menos frecuencia.

La relación entre Maltrato en la infancia y Depresión mayor en la edad adulta depende hasta cierto punto de la cultura de cada sociedad, de lo que se considera maltrato o depresión, así como el acceso de pacientes a servicios de salud mental, eso podría contribuir a que las particularidades de esta relación sean diferentes en cada país. Por lo tanto esperamos que nuestros resultado sean similares a los resultado de otras investigaciones realizadas en otros países, como un estudio realizado en los Países Bajos mostró respecto a la frecuencia de historia de maltrato en la infancia de una muestra de 510 pacientes, donde el 53% de adultos con depresión reportó una historia de maltrato infantil en comparación con el 16% de adultos no deprimidos. En este estudio la depresión tuvo mayor asociación con el abuso físico y fue menos asociado con abuso sexual ⁵.

Similarmente, en un estudio estadounidense representativo sobre la prevalencia de trauma infantil en pacientes con depresión, encontraron un 75.6% de pacientes con depresión crónica reportó historia clínicamente significativa de maltrato infantil. 37% de estos pacientes con depresión crónica reportaron múltiples tipos de maltrato en la infancia. De los tipos de maltrato reportado un 61% fue de abuso emocional y 25% de abuso sexual. Estos hallazgos muestran

la relación entre maltrato infantil y la Depresión mayor, los pacientes crónicamente deprimidos están muy agobiados por las adversidades de la infancia y respaldan los informes de una mayor adversidad infantil en las formas crónicas de depresión en comparación con las formas no crónicas ¹.

Este es un hallazgo intrigante, porque se ha sugerido que debido al estrés temprano pueden ocurrir cambios persistentes en sistemas neurobiológicos específicos, como el eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA) o los receptores de serotonina, lo que hace que una persona sea más vulnerable para desarrollar Trastornos psiquiátricos cuando se enfrentan a eventos estresantes ²⁴. Por ejemplo, se informó que los pacientes distímicos tenían relaciones parentales tempranas significativamente más pobres y recibían menos atención que los pacientes con depresión episódica.

Limitaciones: En primer lugar, el método retrospectivo utilizado en este estudio no permite el establecimiento de la causalidad, aunque la antecendencia del trauma infantil satisface el requisito de secuencia temporal. En segundo lugar, el uso de la atención médica es un comportamiento complejo con múltiples causas. No sabemos si existen otras diferencias entre los grupos que no medimos y que no pudimos controlar estadísticamente. En tercer lugar, no estudiamos a los hombres en el Hospital de Salud Mental y poco se sabe sobre los patrones específicos de uso de los servicios de salud de los hombres que han experimentado la victimización infantil.

VII. CONCLUSIONES

7.1: El 89% de las pacientes estudiadas con un diagnóstico de depresión mayor reportaron una historia de maltrato en la infancia.

7.2: Los resultados obtenidos coinciden claramente con la bibliografía consultada sobre los antecedentes de maltrato en la infancia con el subsecuente padecimiento de psicopatologías como la depresión.

7.3: El tipo de maltrato reportado con mayor frecuencia en los sujetos fue el abuso emocional.

7.4: Se detectó solo un 11% de mujeres que no tenían historia de abuso y un 75% de los reportaron abuso tenían depresión de grado moderada a extrema. Un 55% de la población reporto trauma múltiple y una gran mayoría de este grupo tenía síntomas depresivos más severos.

VIII RECOMENDACIONES:

8.1: Avanzar en este ámbito de investigación con estudios de cortes analíticos y explicativos.

8.2: Realizar estudios prospectivos para ver si se replica los resultados.

8.3: Desarrollar programas de detección de maltrato infantil con el apoyo social y psicológico correspondiente.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Negele A, Kaufhold J, Kallenbach L, Leuzinger-Bohleber M. Childhood Trauma and Its Relation to Chronic Depression in Adulthood. *Depression Research and Treatment*. 2015;2015:1-11.
2. Openshaw M, Thompson L, Bernal de Pheils P, Mendoza-Flores M, Humphreys J. Childhood trauma is associated with depressive symptoms in Mexico City women. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;37(4):308-315.
3. De Bonis MC. Evolución histórico-social del fenómeno maltrato (infantil) implicancias médico-legales actuales en nuestro país. *Revista Nuestro Hospital*. 1998;2.
4. Hayashi Y, Okamoto Y, Takagaki K, Okada G, Toki S, Inoue T et al. Direct and indirect influences of childhood abuse on depression symptoms in patients with major depressive disorder. *BMC Psychiatry*. 2015;15:244-55.
5. Comijs H, van Exel E, van der Mast R, Paauw A, Oude Voshaar R, Stek M. Childhood abuse in late-life depression. *Journal of Affective Disorders*. 2013;147(1):241-246.
6. Long-Term Consequences of Child Abuse and Neglect [Internet]. <https://www.childwelfare.gov>. 2019 [cited 29 June 2019]. Available from: https://www.childwelfare.gov/pubpdfs/long_term_consequences.pdf
7. Lucassen PJ, Müller MB, Holsboer F, Bauer J, Holtrop A, Wouda J et al. Hippocampal Apoptosis in Major Depression Is a Minor Event and Absent from Subareas at Risk for Glucocorticoid Overexposure. *The American journal of Pathology*. 2001;158(2):453-68.
8. García CE. Diseño de un instrumento lúdico de cribado para riesgo de maltrato infantil: físico, psicológico y por negligencia. In: Universidad Católica de Colombia. Colombia: 2015.
9. Alvizures DI. Nivel de depresión en niños que sufren maltrato físico. Tesis de Maestría. Universidad Rafael Landívar: Quetzaltenango; 2012. p11-12.
10. Watkins SA. The Mary Ellen Myth: Correcting Child Welfare History. *Social Work*:1990;35(6).
11. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington: 1994.
12. Organización Mundial de Salud. Temas de salud: Maltrato de menores. [Internet] https://www.who.int/topics/child_abuse/es/ [acceso julio 2016]
13. Matrangolo G. maltrato infantil: Herramientas para su evaluación retrospectiva. *PSocial*. Argentina: 2016;2(2):54-64.
14. Molina R. Maltrato infantil: consecuencias neurofisiológicas y neuropsicológicas. Universidad de Jaén, España: 2015.

15. Teicher MH, Anderson CM, Polcari A. Childhood maltreatment is associated with reduced volume in the hippocampal subfields CA3, dentate gyrus, and subiculum. *PNAS*. 2012;109(9):563-72.
16. De Bellis M D. *The Psychobiology of Neglect*. SAGE Journal. 2005;10(2):150-72.
17. Vares E, Salum G, Spanemberg L, Caldieraro M, Souza L, Borges R et al. Childhood trauma and dimensions of depression: a specific association with the cognitive domain. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2015;38(2):127-134.
18. Kupfer D, Frank E, Phillips M. Major depressive disorder: New clinical, neurobiological, and treatment perspectives. *Lancet*. 2012;379:1044-55.
19. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Arlington, VA: 2013.
20. World Health Organization. *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: 2017. [Internet] [acceso Agosto 2016]. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates.pdf
21. Salvo L, Saldivia S, Parra C, Rodriguez R, Cifuentes M, Acevedo P et al. Clinical features of major depressive disorders treated in secondary health care facilities in Chile. *Revista Médica*. 2017;145(3):335-343.
22. Wagner F, González C, Sánchez S, García C, Gallo J. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *México. Salud Mental*, 2012;35(1):3-11.
23. Álvarez M, Atienza G, Ávila MJ, González A, Guitian D, de las Heras E et al. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t). Galicia; 2014.p27-31.
24. Dean J, Keshavan M. The neurobiology of depression: An integrated view. *Asian Journal of Psychiatry*. 2017;27:101-111.
25. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Mood Disorders: Major Depression and Bipolar Disorder. In: Pataki CS, Sussman N [Eds]. *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. 11th edition. Philadelphia: Wolter Kluwer; 2017. p332-367.
26. Vera Delgado KS. *Neurobiología de la depresión mayor y su tratamiento farmacológico*. Tesis de maestría. Universidad de Colima, Ciencias Medias. Colima. 2016.
27. Brent D. Mood disorders: Depressive Disorders. In: Martin A, Bloch M, Volkmar FR [Eds]. *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*. 5th ed. Philadelphia: Wolter Kluwer; 2017. p1314-43.
28. Stahl SM. Mood Disorders. *Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications*. 4th edition. New York: Cambridge University Press; 2013. p237-283.

29. Walker E, Unutzer J, Rutter C, Gelfand A, Saunders K, VonKorff M et al. Costs of Health Care Use by Women HMO Members With a History of Childhood Abuse and Neglect. *Archives of General Psychiatry*. 1999;56(7):609-13.
30. Long-Term Consequences of Child Abuse and Neglect [Internet]. <https://www.childwelfare.gov>. 2019 [cited 29 June 2019]. Available from: https://www.childwelfare.gov/pubpdfs/long_term_consequences.pdf
31. Ulloa Flores R, Navarro Machuca I. Estudio descriptivo de la prevalencia y tipos de maltrato en adolescentes con psicopatología. *Salud Mental*. 2011;43(3):219-225.
32. Ibáñez I, Pina A, Olmedo E, Goas M. Reliability and validity of a Spanish version of the Beck Depression Inventory-II in a sample of the general population of the Canary Islands. *Psicología Conductual*. 2010;18: 35-56.
33. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Science Direct*, 2003;27(2):169-1

X. ANEXOS

ANEXO No 1.

Cuestionario de Maltrato Infantil

(CTQ-SF)

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de situaciones específicas durante la infancia que pueden variar en cuanto a frecuencia, por favor marca con una **X** la que mayormente haya representado tu situación.

Quando yo era niño...	Nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Siempre
1 No tenía suficiente para comer					
2 Sabía que había alguien que me cuidara y protegiera					
3 Mis familiares me decían cosas como estúpido(a), perezoso(a), o feo(a)					
4 Mis padres estaban demasiado borrachos o consumían demasiado alcohol para cuidar a mi familia					
5 Había alguien de mi familia que me hacía sentir especial e importante					
6 Tuve que ponerme ropa sucia.					
7 Me sentí amado(a)					

8 Pensé que mis padres deseaban que yo nunca hubiera nacido.					
9 Alguien de mi familia me golpeo tan fuerte que tuve que ver un médico o ir al hospital					
10 No había nada que hubiera querido cambiar de mi familia					
11 Alguien en mi familia me golpeó tan fuerte que me dejó moretones o marcas					
12 Me pegaban con un cinturón, palo, cuerda o alguna otro cosa que me hiciera daño					
13 Las personas de mi familia nos cuidábamos unas a las otras					
14 Personas en mi familia me decían cosas que me herían o me ofendían					
15 Creo que fui abusado (a) físicamente					
16 Tuve una gran infancia					
17 Me golpeaban tan fuerte que un maestro, vecino o médico lo lleo a notar.					
18 Sentí que alguien de mi familia me odiaba.					
19 Las personas de mi familia se sentían unidas					

20 Alguien trató de tocarme o trató que lo tocará de una manera sexual.					
21 Alguien me amenazó con hacerme daño o decir mentiras sobre mí, si no hacía algo sexual					
22 Tuve la mejor familia del mundo					
23 Alguien trató de obligarme a hacer cosas sexuales o ver cosas sexuales.					
24 Alguien me molestaba					
25 Creo que fui abusado(a) emocionalmente.					
26 Había alguien que me llevara al médico sí lo necesitaba.					
27 Creo que fui abusado(a) sexualmente					
28 Mi familia era una fuente de fuerza y apoyo.					

Bernstein et al. (2003).

Anexo No 1

ANEXO No 2

Inventario de Depresión de Beck (IDB1-11)

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1).

- No me siento triste
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2).

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3).

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4).

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.

Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.

Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5) .

No me siento especialmente culpable.

Me siento culpable en bastantes ocasiones.

Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.

Me siento culpable constantemente.

6) .

No creo que esté siendo castigado.

Me siento como si fuese a ser castigado.

Espero ser castigado.

Siento que estoy siendo castigado.

7) .

No estoy decepcionado de mí mismo.

Estoy decepcionado de mí mismo.

Me da vergüenza de mí mismo.

Me detesto.

8) .

No me considero peor que cualquier otro.

Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.

Continuamente me culpo por mis faltas.

Me culpo por todo lo malo que sucede.

9) .

No tengo ningún pensamiento de suicidio.

A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.

Desearía suicidarme.

Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10) .

No lloro más de lo que solía llorar.

Ahora lloro más que antes.

Lloro continuamente.

Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11) .

No estoy más irritado de lo normal en mí.

Me molesto o irrito más fácilmente que antes.

Me siento irritado continuamente.

No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12) .

No he perdido el interés por los demás.

Estoy menos interesado en los demás que antes.

He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.

He perdido todo el interés por los demás.

13) .

Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.

Evito tomar decisiones más que antes.

Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.

Ya me es imposible tomar decisiones.

14) .

No creo tener peor aspecto que antes.

Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.

Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.

Creo que tengo un aspecto horrible.

15) .

Trabajo igual que antes.

Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.

Tengo que obligarme mucho para hacer algo.

No puedo hacer nada en absoluto.

16) .

Duermo tan bien como siempre.

No duermo tan bien como antes.

Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.

Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17) .

No me siento más cansado de lo normal.

Me canso más fácilmente que antes.

Me canso en cuanto hago cualquier cosa.

Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18) .

Mi apetito no ha disminuido.

No tengo tan buen apetito como antes.

Ahora tengo mucho menos apetito.

He perdido completamente el apetito.

19) .

Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.

He perdido más de 2 kilos y medio.

He perdido más de 4 kilos.

He perdido más de 7 kilos.

Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20) .

No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.

Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.

Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.

Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21) .

No he observado ningún cambio reciente en mi interés.

Estoy menos interesado por el sexo que antes.

Estoy mucho menos interesado por el sexo.

He perdido totalmente mi interés por el sexo.

PERMISO DE AUTOR PARA COPIAR TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada **"LA PREVALENCIA DE MALTRATO INFANTIL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR"** para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.