

La depresión en el adulto como factor de riesgo en la salud mental de los niños

Jorge Caraveo A*
Ma. Elena Medina-Mora*
Jorge Villatoro*
María Luisa Rascón*

Summary

This study is based on data obtained through the National Survey on Mental Health, carried out in 1988 on a subsample of the urban population included in the National Survey of Addictions. The objectives of this report are to present the strength of the association and the differential prevalence between the children's caseness elicited through the RQC, depressive symptomatology in the adults obtained through the CES-D, hopelessness and suicidal ideas.

Statistically significant Odds ratio ranged from 1.8 to 4.8, showing that the risk of children having more symptoms reported on the RQC was associated with more severe depressive symptomatology and hopelessness in the adults. Prevalence differences ranged from 2 to 26% according to the severity of the depressive symptoms in the adult.

Multiple regression analysis showed that adult depressive symptomatology, older children, hopelessness and suicidal ideas, and being female, were significantly associated with a positive RQC.

As this was a cross-sectional study, the direction of the association cannot be established. Nevertheless, results confirm and highlight the importance of having a systemic family approach whenever psychiatric symptomatology, is detected in both adults and children.

Resumen

La Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) fue verificada en una submuestra de la población, incluida en la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), realizada por la Dirección General de Epidemiología y el Instituto Mexicano de Psiquiatría en 1988, en una muestra representativa de hogares en la población urbana del país. Para evaluar la presencia de probables casos en niños menores de 12 años, se aplicó el RQC, al inicio de la ENSM. El análisis de la información arrojó una estimación de la prevalencia de trastornos psiquiátricos de 15.6% en niños de 3 a 12 años de edad. En este trabajo, los objetivos son: analizar la fuerza de asociación y la prevalencia diferencial de la presencia/ausencia de la sintomatología psíquica en los niños, con relación a la sintomatología depresiva en la población adulta de los hogares, en donde a su vez había un niño menor de 12 años.

La muestra definitiva de personas adultas entre 18 y 65 años incluidas en la ENSM fue de 2025; y, 1243 de ellas, que representan el 61.3%, informaron de algún niño de 12 o menos años de edad. La variable dependiente para este

trabajo fue el puntaje obtenido en el RQC: a) uno o más síntomas, umbral que se considera sugestivo de algún tipo de malestar; b) dos o más síntomas, que es indicativo, con mayor precisión, de un probable caso. Las variables independientes de los adultos, fueron: 1) presencia de sintomatología depresiva de acuerdo al CES-D; y 2) presencia de sintomatología de desesperanza e ideación suicida. Se calculó el riesgo relativo aproximado (*Odds ratio*) con intervalos de confianza del 95% y la prevalencia diferencial entre los expuestos y no expuestos para cada variable.

La presencia de sintomatología depresiva y desesperanza en el adulto, mostró *Odds ratio* significativos, con rangos entre 1.8 y 4.8, en orden creciente, denotando que entre más severo es el trastorno, mayor es la repercusión en la conducta de los niños. Asimismo, el análisis de regresión múltiple mostró una asociación significativa entre la presencia de sintomatología depresiva, desesperanza e ideas suicidas, mayor edad de los menores y el sexo femenino del entrevistado, con la respuesta positiva en el RQC.

Los resultados sugieren una especificidad de la asociación, por lo que las medidas para detectar y tratar estas condiciones son importantes en el terreno de la prevención y de la investigación clínico-epidemiológica.

Introducción

En el proceso salud-enfermedad mental concurren para su determinación factores diversos, tanto de índole biológica, como psicológica y social, que intervienen desde los albores de la vida. Las experiencias de los niños en el seno familiar son decisivas en el desarrollo de su personalidad, y cuando son adversas juegan un papel de importancia variable, pero nunca trivial, en la iniciación, curso y evolución de trastornos psiquiátricos.

En el seno de su familia, el niño establece su relación con el mundo, aprende a contender con los problemas y adquiere comportamientos que al reiterarse devienen en rasgos del carácter. En general, los patrones desviados que se establecen en la infancia tienden a persistir a lo largo del desarrollo de la vida.

En la última década, el estudio de la epidemiología psiquiátrica en la infancia ha cobrado importancia, y con ella el estudio de factores que influyen en la aparición de trastornos. Entre las condiciones asociadas a la presencia de patologías, han destacado: la disfuncionalidad familiar, el alcoholismo y la presencia de trastornos depresivos en familiares de primer grado.

* División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales Instituto Mexicano de Psiquiatría, Calz. México-Xochimilco 101. San Lorenzo Huipulco 14370, México D.F.

Respecto a la disfuncionalidad familiar, la literatura ha señalado su asociación con la presencia de consumo de drogas en los hijos (17). Por otra parte, la depresión materna y el alcoholismo paterno han sido identificados como factores de riesgo en la presencia de cuadros depresivos en los niños (10,12). Diversos estudios han mostrado que hay un mayor riesgo, al menos dos veces más, entre familiares de primer grado de probandos con depresión mayor, que en los familiares de los controles (13,19,20). Weissman encontró que los hijos de padres con depresión, presentan un incremento de hasta 3 veces más probabilidades de sufrir algún tipo de trastorno definido en términos del DSM-III, principalmente depresión, en comparación con los niños de probandos normales (20).

Merikangas y cols. (10) encontraron en una revisión acerca de la patología en los descendientes, que existe un agregado familiar frecuente entre probandos con depresión, trastornos de ansiedad y alcoholismo. En virtud de la naturaleza familiar de estos trastornos, los descendientes de dichos probandos han sido identificados como sujetos en mayor riesgo para desarrollar alguna de estas patologías, donde el peso etiológico de variables biológicas, psicosociales y psicodinámicas, está en estudio.

Al respecto, Davenport y cols. (5) en estudios clínicos con familias de pacientes con trastornos afectivos bipolares, apreciaron que la externalización de los afectos no es favorecida, tendiéndose a ocultarlos. Esta conducta es reforzada por los miembros de la familia quienes mostraban dificultad para comunicar e interpretar los sentimientos tanto propios como de los demás. Esta negación y represión, fomenta en los miembros sentimientos de ira y pena que no son expresadas y se perpetúan. La expresión de necesidades, de enojo e ira y de miedo a perder el control, son vividos como conducentes a la pérdida de gratificaciones dependientes. Además, la tendencia al aislamiento impide a los niños aprender nuevas o diferentes formas de contender con los sentimientos y situaciones. De esta manera, los patrones maladaptativos son asimilados, repetidos y transmitidos por generaciones.

Las observaciones citadas son importantes aunque probablemente no sean específicas, sino indicativas de un patrón psicodinámico común, que favorezca un mayor riesgo para la expresión psicopatológica en diferentes formas de trastornos.

De una u otra forma, los hallazgos de estudios revisados por Angold (1), indican que los adultos deprimidos, frecuentemente muestran pobres habilidades como padres, así como otros defectos en el funcionamiento social. Rutter y Quinton (14) por su parte, han señalado que el grado de afectación en el funcionamiento psicosocial de los padres es más importante, que el diagnóstico clínico como un predictor de un trastorno en los niños; sin embargo, aun en sus estudios, la depresión en el adulto ha resaltado como predictor en sí mismo.

El objetivo de este trabajo es analizar la contribución de la presencia de sintomatología depresiva y de desesperanza en el adulto, respecto a la presencia o ausencia de sintomatología psiquiátrica en niños de la

República Mexicana. Al respecto, no hay antecedentes de un estudio similar en nuestro medio. La información procede de los datos aportados por la Encuesta Nacional de Adicciones (15) y de la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM), esta última realizada en una submuestra de la población urbana incluida en el primer estudio (2,9).

Material y métodos

La muestra definitiva de personas adultas entre 18 y 65 años incluidas en la ENSM fue de 2025; y, 1243 de ellas, que representan el 61.3%, informaron de algún niño de 12 o menos años de edad. La variable dependiente para este trabajo fue el puntaje obtenido en el Cuestionario de Reporte de Niños, RQC: a) uno o más síntomas, umbral que se considera sugestivo de algún tipo de malestar; b) dos o más síntomas, que es indicativo, con mayor precisión, de un probable caso (2). El estudio de la validez del instrumento en nuestro medio reportó una sensibilidad del 87%, especificidad 74%, valor predictivo positivo (VPP) 69%, valor predictivo negativo (VPN) 89% con un punto de corte de uno o más *items* positivos (6), mientras que con dos o más síntomas, los coeficientes obtenidos fueron: sensibilidad 65%, especificidad 96%, VPP 91% y VPN 80%.

Las variables independientes de los adultos, fueron: 1) presencia de sintomatología depresiva de acuerdo a la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, CES-D; y 2) presencia de sintomatología de desesperanza e ideación suicida.

La sintomatología depresiva en el adulto fue medida a través del CES-D, que es una escala que consta de 20 reactivos, utilizada en estudios epidemiológicos en población general y que pone énfasis en el componente afectivo, evaluando su presencia en el mes previo a su aplicación. El instrumento ha sido adaptado a nuestro medio y la confiabilidad para el presente estudio, mostró un coeficiente *alpha* global de .9334. Para diferenciar a la población de acuerdo con la severidad de la sintomatología se formaron cuatro grupos: 1) ausencia de síntomas en el mes previo a la encuesta; 2) "leve", que incluyó a personas con síntomas pero con puntaje por abajo de la media (21 a 24); 3) "moderada", individuos con puntajes hasta una desviación estándar por arriba de la media (25 a 30); 4) "severa", personas con puntajes por arriba de dos desviaciones estándar de la media (31 o más) (9).

La desesperanza e ideación suicida fue medida a través de 5 reactivos incluidos en la escala de expectativas de vivir-morir, cuya confiabilidad mostró un coeficiente *alpha* global de .93 (9).

Se calculó el riesgo relativo aproximado (*Odds ratio*) con intervalos de confianza del 95%, con el objeto de evaluar la fuerza de asociación. Asimismo se calculó la prevalencia diferencial entre los expuestos y no expuestos para cada variable, con la finalidad de evaluar el exceso o aumento en la frecuencia de ocurrencia del suceso, que para el estudio fue la positividad en el RQC, asociado a diferentes niveles de exposición.

TABLA 1
Odds ratio del RQC y sintomatología depresiva

CES-D	RQC	
	1 o más	2 o más
Leves vs no casos	1.09 (0.80 - 1.48)	1.09 (0.66 - 1.78)
Moderados vs no casos	1.51 (1.07 - 2.11)	1.97 (1.20 - 3.23)
Severos vs no casos	2.99 (2.05 - 4.35)	4.84 (2.90 - 7.80)
Moderados vs leves	1.38 (0.98 - 1.94)	1.80 (1.09 - 2.96)
Severos vs leves	2.74 (1.88 - 4.00)	4.42 (2.73 - 7.16)
Severos vs moderados	1.98 (1.33 - 2.97)	2.45 (1.52 - 3.97)
Moderados no casos y vs y severos leves	1.91 (1.49 - 2.45)	2.87 (2.03 - 4.03)

TABLA 2
Prevalencia diferencial del RQC y sintomatología depresiva

CES-D	RQC	
	1 o más	2 o más
Leves vs no casos	2%	1%
Moderados vs no casos	9%	7%
Severos vs no casos	26%	23%
Moderados vs leves	7%	6%
Severos vs leves	24%	22%
Severos vs moderados	17%	16%
Moderados no casos y vs y severos leves	16%	13%

TABLA 4
Prevalencia diferencial del RQC y desesperanza

Vivir-morir	RQC	
	1 o más	2 o más
No vale la pena vivir	22%	17%
Deseando dejar de existir	13%	17%
Vale más morir	15%	21%
A punto de suicidarse	-1%	23%
Ha intentado suicidarse	-14%	0%
1 o más ítems positivos en el último mes	17%	22%

Para el control de variables de confusión, se utilizó el análisis de regresión múltiple en donde el puntaje en el RQC se tomó como variable continua, evaluando la contribución de las siguientes variables independientes: sexo del niño, sexo del entrevistado, edad del entrevistado, edad del niño, sintomatología depresiva, ideas de desesperanza y suicidio presentes en los últimos 12 meses.

Resultados

El *Odds ratio* obtenido respecto al puntaje en el RQC y en el CES-D muestra que a mayores niveles de sintomatología depresiva en el adulto, hay una asociación significativa con la presencia y severidad de sintomatología psíquica en los niños (tabla 1).

La prevalencia diferencial (tabla 2) también muestra un gradiente que se va incrementando hasta señalar

un 26% más de probabilidades de presentar uno o más síntomas en el RQC de los niños que conviven con un adulto con sintomatología depresiva severa. Cabe resaltar que sólo se aprecia una diferencia de 3% entre lo que se consideró como indicador de algún "malestar", RQC > 1, y aquellos con mayores probabilidades de ser "casos", RQC > 2.

Respecto a la asociación del puntaje del RQC y el reporte de sentimientos de desesperanza e ideación suicida en el adulto (tabla 3) se puede apreciar que la desesperanza es la que muestra una mayor fuerza de asociación, a la vez que un gradiente interno, de acuerdo al contenido reportado y los valores del *Odds ratio* encontrados. Asimismo, resalta la contingencia temporal de ambas situaciones: la desesperanza e ideación suicida en el adulto con la presencia de sintomatología en los niños.

De la misma forma, la prevalencia diferencial (tabla 4) muestra un incremento de 5% más de probabilidades de haberse reportado 2 o más síntomas en el

TABLA 3
Odds ratio del RQC y desesperanza

Vivir-morir	RQC	
	1 o más	2 o más
No vale la pena vivir	2.54 (1.79 - 3.60)	3.03 (2.00 - 4.51)
Deseando dejar de existir	1.73 (1.25 - 2.38)	3.27 (2.23 - 4.75)
Vale más morir	1.90 (1.33 - 2.71)	3.86 (2.57 - 5.78)
A punto de suicidarse	0.94 (0.44 - 1.98)	1.68 (0.75 - 3.71)
Ha intentado suicidarse	0.56 (0.25 - 1.27)	0.98 (0.39 - 2.43)
1 o más ítems positivos en el último mes	2.00 (1.17 - 3.44)	3.69 (2.08 - 6.48)

TABLA 5
Análisis de regresión múltiple del puntaje del RQC

Variabes	Beta	Error estándar	R ² Aj	T
Depresión	0.1855	0.0272	0.04620	6.389 ¹
Edad del niño	0.1964	0.0082	0.08703	7.025 ¹
Ideación suicida	0.0699	0.0602	0.09076	2.447 ²
Sexo entrevistado	-0.0560	0.0565	0.09300	-1.971 ³

¹ p < .0000

² p < .02

³ p < .05

RQC, cuando el adulto presentó desesperanza e ideación suicida en el último mes.

El análisis de regresión múltiple, mostró una $R_m = .3100$ y $R^2_{Aj} = .09300$ indicando que un RQC positivo quedó explicado en 9.3% por las variables incluidas en la regresión (tabla 5). El modelo obtenido obtuvo una $F = 30.9678$ (4, 1165 gl.) ($p < .0000$), habiendo quedado excluidas dos variables: edad del adulto entrevistado y el sexo del menor; por otra parte, las variables con mayor poder predictivo fueron la presencia de sintomatología depresiva en el adulto, mayor edad en los menores, y la presencia de desesperanza e ideas suicidas en el adulto en el último mes; en menor grado, pero significativamente, contribuyó el sexo femenino del entrevistado.

Discusión y conclusiones

Los hallazgos del presente estudio corroboran lo asentado en la literatura con respecto al mayor riesgo de los hijos de personas deprimidas para presentar diferentes trastornos (7,10,14,16,19-22). Las limitaciones proceden del diseño transversal del estudio, que por una parte, no permite establecer direccionalidad, y por otra, el posible sesgo en la información aportada respecto al niño. Ha sido documentado que las madres deprimidas son más críticas respecto a la conducta de sus hijos, que las no afectadas por una depresión, a pesar de que los hijos se comporten de manera similar (12,18). Este factor de confusión pudiera atenuar la aparente especificidad de la asociación observada, esto es, que a mayor sintomatología depresiva mayor el reporte de síntomas en los niños, pero como resultado de la forma de percibir del adulto deprimido. No obstante, hay evidencias de que el riesgo para presentar trastornos de ansiedad y déficit en la atención, es mayor en niños con padres deprimidos (21,22) y que en general la presencia de un trastorno depresivo, especialmente en las madres, tiene consecuencias en la conducta adaptativa de los hijos (12).

Weissman y cols (21) encontraron que los hijos de padres deprimidos mostraron mayor psicopatología, medida ésta con la Escala de Valoración Global (GAS), en comparación a los controles. Asimismo, se apreciaron diferencias significativas en trastornos del aprendizaje y de la atención, prevalencia diferencial de 11.9%, así como en la proporción de niños que

eran atendidos por algún problema emocional, prevalencia diferencial de 21.7%. En este sentido, las prevalencias diferenciales obtenidas en el presente estudio no difieren de manera importante, aunque es preciso tener en mente que ambos instrumentos son de tamizaje, y por tanto, no son equiparables a las entrevistas y criterios diagnósticos estrictos utilizados en el mencionado estudio.

Un aspecto de interés lo constituye la asociación de la sintomatología específica presentada por los padres y el puntaje del RQC de los niños, dado que los primeros pueden tener efecto directo en los menores tal como es el caso de la irritabilidad, aunque este síntoma no sea específico de la depresión (4). Los sentimientos de desesperanza, expresados a través de las ideas de muerte, mostraron asociaciones significativas, y en orden creciente con la presencia de sintomatología en los niños. Dado el diseño transversal no es posible establecer una relación causa-efecto, sin embargo, es preciso resaltar su contingencia temporal y su plausible naturaleza interactiva, que favorecería la persistencia de una y otra condición. En este sentido, y para el caso de la depresión materna, hay evidencias de que aunque ésta haya remitido, la interacción madre-hijo y los problemas conductuales de los niños, no desaparecen en al menos 6 meses. A la vez, la presencia de problemas en los niños, ha sido identificada como un factor predictivo para la falta de recuperación de estados depresivos en las madres (4).

Recientemente, ha sido documentada la participación de diferentes condiciones adversas durante la niñez, en la aparición de cuadros depresivos. La presencia de enfermedad mental en alguno de los padres, se asoció significativamente con la incidencia temprana de sintomatología depresiva antes de los 20 años, así como en la incidencia, prevalencia y recurrencia de este tipo de patología (8), misma que corresponde al tipo de trastorno psiquiátrico más frecuente en la población (3). En los análisis realizados en el presente trabajo sólo se incluyeron unas cuantas variables para explicar la presencia de sintomatología en los niños, de ahí que la varianza explicada por el modelo de regresión haya sido relativamente pequeña, 9.3%. Por ello, la contribución de la presencia de otro tipo de psicopatología en el adulto será explorada en otros reportes, así como el peso de algunas variables sociodemográficas. No obstante, es preciso resaltar, una vez más, la contribución de la presencia de sintomatología depresiva de acuerdo a los resultados obtenidos.

En conclusión, los resultados del presente estudio indican la necesidad de un enfoque sistémico familiar para la atención de los problemas de salud mental, tanto en los niños como en adultos, especialmente en la madre. Los instrumentos utilizados son de fácil aplicación tanto en la comunidad como en la práctica médica general, facilitando la identificación temprana de condiciones de riesgo, mismas que deben ser objeto de una evaluación clínica cuidadosa para establecer el diagnóstico específico y determinar estrategias de vigilancia, intervención y tratamiento.

REFERENCIAS

1. ANGOLD A: Childhood and adolescent depression. *Brit J Psychiatry*, 152:601-617, 1988.
2. CARAVEO AJ, MEDINA-MORA ME, TAPIA R, RASCON ML, GOMEZ E M, VILLATORO J: Trastornos psiquiátricos en niños de la República Mexicana. Resultados de una encuesta de hogares. *Anales. Inst Mex Psiquiat*, 3:56-62, 1992.
3. CARAVEO AJ, MEDINA-MORA ME, RASCON ML, VILLATORO J, LOPEZ E K, JUAREZ F, GOMEZ M, MARTINEZ N A: Características psicopatológicas de la población urbana adulta en México. Resultados de una encuesta nacional en hogares. *Anales. Inst Mex Psiquiat*, 5:22-42, 1994.
4. COX AD, PUCKERING C, POUND A, MILLS M: The impact of maternal depression in young children. *J Child Psychol Psychiatry*, 28:917-928, 1987.
5. DAVENPORT YB, ZAHN-WAXLER C, ADLAND ML, MAYFIELD A: Early child-rearing practices in families with a manic-depressive parent. *Am J Psychiatry*, 141:230-235, 1984.
6. GOMEZ EM, RICO DH, CARAVEO AJ, GUERRERO CG: Validez de un Instrumento de tamizaje. *Anales. Inst Mex Psiquiat*, 4:204-208, 1993.
7. HAMMEN C, GORDON D, BURGE D, ADRIAN C, JAE-NICKE C, HIROTO D: Maternal affective disorders, illness and stress: risk for children's psychopathology. *Amer. J Psychiatry*, 144: 736-741, 1987.
8. KESSLER RC, MAGEE WJ: Childhood adversities and adult depression: basic patterns of association in a US national survey. *Psychol Medicine*, 23:679-690, 1993.
9. MEDINA-MORA ME, RASCON ML, TAPIA R, MARINO MC, JUAREZ F, VILLATORO J, CARAVEO AJ, GOMEZ EM: Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. *Anales. Inst Mex Psiquiat*, 3:48-55, 1992.
10. MERIKANGAS KR, WEISSMAN MM, PRUSOFF BA, JOHN K: Assortative mating and affective disorders. *Psychopathology in Offspring Psychiatry*, 51(1):48-57, 1988.
11. MITCHELL J, McCAULEY E, BURKE P, CALDERON R, SCHLOREDT K: Psychopathology in parents of depressed children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 28(3):352-357, 1989.
12. PUCKERING C: Annotation: Maternal depression. *J Child Psychol Psychiat*, 30(6):807-817, 1989.
13. PUIG AJ, GOETZ D, DAVIES M, KAPLAN T, DAVIES S, OSTROW L, ASNIS L, TWOMEY J, IYENGAR S, RYAN ND: A controlled family history study of prepubertal major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 46(5):406-418, 1989.
14. RUTTER M, QUINTON D: Parental psychiatric disorder: effects on children. *Psychol Medicine*, 14:853-880, 1984.
15. Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría: Encuesta Nacional de Adicciones. México, 1989.
16. SILVERMAN MM: Children of psychiatrically ill parents: a prevention perspective. *Hosp Community Psychiatry*, 40(12):1257-1265, 1989.
17. WALLACE BC: Crack cocaine smokers as adult children of alcoholics: the dysfunctional family link. *J Subst Abuse Treat*, 7(2):89-100, 1990.
18. WEBSTER-STRATTON C, HAMMOND M: Maternal depression and its relationships to life stress, perceptions of child behaviours problems, parenting behaviours and child conduct problems. *J Abnorm Child Psychol*, 16:229-315, 1988.
19. WEISSMAN MM, KID KK, PRUSOFF BA: Variability in rates of affective disorders in relatives of depressed and normal probands. *Arch Gen Psychiat*, 39:1397-1403, 1982.
20. WEISSMAN MM, GERSHON ES, KIDD KK, PRUSOFF BA, LECKMAN E, DIBBLE E, HAMOVIT J, THOMPSON WD, PAULS D L, GUROFF JJ: Psychiatric disorders in the relatives of probands with affective disorders. *Arch Gen Psychiat*, 41:13-21, 1984.
21. WEISSMAN MM, GAMMON GD, JOHN K, MERIKANGAS KR, WARNER V, PRUSOFF BA, SHOLOMSKAS D: Children of depressed parents. *Arch Gen Psychiatry*, 44(10):847-853, 1987.
22. WELNER Z, RICE J: School-aged children of depressed parents: a blind and controlled study. *J Affect Disord*, 15(3):291-302, 1988.