



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA,  
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL REGIONAL DE PSIQUIATRÍA “MORELOS” UMAE

TESIS DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA

**Adolescentes deprimidos con antecedente de abuso sexual y madres víctimas de violencia.**

Dra. Blanca Margarita Moreno Ramírez.

**Asesores:**

Dra. Claudia Fouilloux Morales.

Dr. Juan Manuel Saucedo García.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## Tabla de Contenidos

|  |    |
|--|----|
| Antecedentes Científicos   | 4  |
| Pregunta de investigación  | 11 |
| Justificación  | 12 |
| Objetivos  | 16 |
| Objetivos Generales y específicos                                    | 16 |
| Material y métodos   | 17 |
| Tipo de estudio  | 18 |
| Población en estudio; selección y tamaño de la muestra               | 18 |
| Criterios de inclusión, exclusión y eliminación                      | 19 |
| Variables y escalas de medición                                      | 21 |
| Instrumentos   | 25 |
| Métodos de recolección de datos                                      | 33 |
| Plan de análisis de los resultados                                   | 34 |
| Implicaciones Éticas   | 35 |
| Resultados   | 38 |
| Discusión  | 55 |
| Conclusiones   | 58 |
| Referencias  | 59 |
| Anexos   | 62 |
| I. Consentimiento informado para adolescentes                        | 62 |
| II. Inventario de depresión de Beck para adolescentes                | 63 |
| III.- Escala de violencia e índice de severidad en mujeres mexicanas | 66 |
| IV.- Cuestionario sobre abuso sexual                                 | 67 |
| V.- Consentimiento informado para adultos                            | 68 |

## Agradecimientos

Agradezco a la Dra. Claudia Fouilloux Morales, al Dr. Juan Manuel Saucedá García y al Dr. Miguel Palomar Baena por haber guiado con su conocimiento a concluir este proyecto. A la Universidad Nacional Autónoma de México, es un orgullo para mí terminar mi licenciatura y ahora este proyecto en la máxima casa de estudios en México, al Instituto Mexicano del Seguro Social por haberme dado la oportunidad de formarme como médico especialista en sus instalaciones, a todos los médicos del Hospital de Psiquiatría Morelos y del Centro Médico Nacional “La Raza” por el tiempo que han dedicado a mi formación. A todas las personas que aceptaron participar en el estudio y por último a todos mis familiares y seres queridos que me han apoyado a lo largo de todos estos años, en las buenas y en las no tan buenas.

Gracias !!!

## Antecedentes Científicos

El trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico se reconoce como uno de los principales trastornos psiquiátricos y un problema de salud mental en niños y adolescentes.<sup>1</sup>

En la Encuesta Nacional de Comorbilidad en los Estados Unidos, aproximadamente uno de cuatro adolescentes y adultos jóvenes ha experimentado un episodio mayor o menor de depresión 15.3% y 9.9% respectivamente. La cronicidad de estos episodios se relaciona con el empeoramiento del funcionamiento a través del tiempo. Los episodios más prolongados se asocian con menor tiempo de recurrencia y episodios prolongado de distimia que incrementan las posibilidades de desarrollar episodios de depresión mayor. <sup>2</sup>

Los trastornos afectivos que comienzan en los años de la infancia y adolescencia se caracterizan por unas tasas altas de trastornos asociados, por un curso crónico recidivante de la enfermedad, con un deterioro a corto y largo plazo de la funcionalidad social, abuso de sustancias y alto riesgo de suicidio consumado, por lo tanto constituyen un amplio capítulo dentro de la salud pública.<sup>3</sup>

En el 2004 Haavet y Cols. Estudiaron una cohorte a lo largo de 15 años, correlacionando la exposición de eventos negativos en adolescentes con el desarrollo de condiciones médicas y psiquiátricas, entre las cuales se encuentra la depresión, los resultados revelan una asociación importante entre abuso sexual y el desarrollo de depresión con un riesgo relativo de 4.4 (2.4-8.2).<sup>4</sup>

El abuso sexual es una experiencia de vida compleja, no un diagnóstico ni un trastorno, existen varios rubros dentro del término de abuso sexual que incluyen relaciones sexuales,

intento de relación sexual, contacto oral-genital, tocamiento directo de los genitales o a través de la ropa, exhibicionismo, exposición de los niños a la actividad sexual adulta o pornografía, y el uso de los niños para prostitución o pornografía. Esta diversidad asegura un rango diverso de matices del abuso sexual. 5

A mediados de los 70's el abuso sexual infantil fue considerado raro, en las décadas siguientes la incidencia, se incremento. Este aparente incremento es dado por el aumento en el reporte entre el público y los profesionales de la salud. 5

En las Series de Estudios de Incidencia Nacional (Estados Unidos) se encontró un 67% de incremento en todas las formas de abuso sexual de 1986 a 1993 de 931,000 a 1, 553,800 niños, sin embargo los reportes oficiales durante este período declinaron.5

Gorey y Leslie (1997), observaron los rangos de una experiencia sexual no deseada oscilan entre 12-35% en las mujeres y 4-9% en hombres, previo a los 18 años. Calcularon la prevalencia de abuso sexual en niños en Estados Unidos de 16.8% mujeres y 7.9% en hombres. Estos datos son comparables en otros países con los encontrados en Estados Unidos, el rango de abuso sexual mujer: hombre, va de 1.5:1 y de 3:1. 5

En Inglaterra se estima una prevalencia de hasta 20% en mujeres y 5-10% en hombres y Finkelhor (1984), observo cifras similares, en estudiantes menores de 17 años de edad, 19.2% la prevalencia de abuso en mujeres y 9% en hombres. 6

En México El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), a través de las Procuradurías de la Defensa del Menor y la Familia, se han encargado de atender y registrar los casos de maltrato infantil en el país. Sin embargo, del total de los municipios

de la república, sola una cuarta parte cuentan con procuradurías de este tipo. Para 1998 se atendieron 1018 casos de abuso sexual, en el año de 1999 1,044 niños y en el año 2002 1123 casos. En 2002, último año para el que se tienen datos, del total de casos denunciados solo el 14% de ellos se dio parte a las autoridades de procuración de justicia. Los tipos de maltrato fueron dirigidos en contra de niños (51%) y de niñas (49%). En el Distrito Federal del 2003 al año 2004, el sistema electrónico para la atención ciudadana de la función pública inicio expedientes por abuso sexual y maltrato en menores de edad, a nivel preescolar 40 casos, primaria 158 casos, secundaria 30 casos. 7

En el modelo traumatogénico de Filkelhort y Browne, 1985, propone varios factores que estarían a la base de la dinámica traumatogénica del abuso sexual. Sostienen que estas dinámicas no son exclusivas de las agresiones sexuales, la conjugación de las cuatro dinámicas en el abuso es lo que hace único al trauma de este tipo de agresión, diferenciándolo de otros traumas.

1.- Sexualización traumática: La sexualidad del niño/a se conforma y se desarrolla en forma inapropiada para su nivel de desarrollo y disfuncional, puede ocurrir cuando el niño/a es repetidamente compensado por el abusador.

2.- Traición: Cuando este/a menor puede llegar a comprender que la persona en quien confiaba lo ha traicionado a través de mentiras.

El/la menor puede manifestar dolor y depresión por la pérdida de la figura en quien confiaba, sufren un fuerte desencantamiento y desilusión. Junto con esto, se aprecia una intensa necesidad de volver a ganar confianza y seguridad, se observa extrema dependencia y en lo “pegajoso” de estos niños/as. En los adultos se observa como un juicio dañado de la

confiabilidad de la gente. También puede manifestarse como hostilidad y rabia, aislamiento y aversión a las relaciones íntimas. Se sugiere que los hombres tengan dificultades para tener relaciones de tipo heterosexuales o matrimonios.

3.- Indefensión: Se refiere a los procesos de la voluntad, los deseos y sentido de eficacia del niño/a son continuamente contravenidos. Cuando el abuso sexual, el territorio y espacio corporal del/la menor son repetidamente invadidos contra la voluntad de éste/a. Se ve exacerbada cuando existe coerción o manipulación. La indefensión es reforzada cuando la víctima ve que sus intentos de detener el abuso son frustrados. El que no se crea en su relato tras la develación crea también un gran monto de indefensión. Pueden existir pesadillas, hipervigilancia, somatización y conducta adhesiva. Se puede manifestar miedo, ansiedad y depresión como reflejo de la incapacidad de controlar eventos nocivos, que se pueden observar hasta la vida adulta, los intentos suicidas graves observados en adolescentes y adultos. Por último existe un gran riesgo real de ser revictimizado

4.- Estigmatización: Se refiere a las connotaciones negativas que le son transmitidas que le son transmitidas al niño, como maldad vergüenza y culpa. En ocasiones transmitidas por el abusador, quien puede culpar a la víctima de la actividad, degradarla o traspasarle el sentimiento de culpa por la conducta. La presión por mantener el secreto comunican poderosos mensajes de vergüenza, culpa y estigma. La estigmatización es reforzada por actitudes que infiere u oye de personas del entorno. Cuando los niños no saben que su experiencia es compartida por otros pares, la estigmatización puede se ve aliviada. Existe la creencia equivocada de que se es el único que ha vivenciado una experiencia abusiva y que los otros rechazarán a una persona que ha tenido esta vivencia. 8, 9,10



Paolucci 2001, refiere en un meta análisis de 37 estudios, se encontró un efecto significativo del abuso sexual infantil en la depresión ( $d=0.44$ ), suicidio ( $d=0.44$ ), estrés postraumático ( $d=0.40$ ), promiscuidad sexual ( $d=0.29$ ). 5

Por su parte González-Forteza ( 2001), en nuestro país estudio en mujeres y hombres de secundaria, el porcentaje de abuso sexual y su traslape con el hecho de haber intentado suicidarse alguna vez en la vida, así mismo aquellos que presentaban malestar depresivo e ideación suicida y la comparación entre ese grupo entre los que reportan y no reportan haber sido víctimas de abuso sexual o haber intentado suicidarse, con  $N=903$ , 508 eran hombres (54.3%) y 428 mujeres (45.7%), 2% hombres y 7% mujeres reportaron algún abuso sexual, dentro de los resultados observaron que el número de veces que fueron víctimas de abuso sexual en mujeres de 2 veces en la vida y en los hombres 1.6 veces, la edad promedio de 9.5 años de edad en los hombres y 8.1 años de edad en las mujeres, de estos mismos 88.2.% habían realizado algún intento suicida en los hombres y 79.6% en las mujeres a la edad de 11.1 años en los hombres y 12.2 años en las mujeres. Además presentaban malestar depresivo e ideación suicida desde el 18.3% hasta el 27.3% para los hombres y del 8.7% hasta el 13% en las mujeres. 11

Dentro de la familia se sugiere la transmisión generacional del abuso en niños, como padres más propensos a abusar de sus hijos y madres que muy probablemente erran en la protección de sus hijos. Varios factores puede ser identificados que incrementa el riesgo de abuso sexual en niños como género, status económico, etnia, raza, edad, incapacidad física y la forma de solucionar problemas en familia, los conflictos intraparentales como el violencia entre la pareja. 5

Se describen algunas características en el agresor de tipo sexual, como autoestima baja, individuos deprimidos o con tendencia a la depresión, neuróticos, ansiosos, alcohólicos, drogadictos, impulsivos, hostiles, con poca tolerancia a la frustración.<sup>12</sup>

Segal 2008, exploró el afrontamiento y la resiliencia al suicidio, entre mujeres con historia de abuso sexual a cualquier edad, incluyendo infancia. Se incluyeron un total de 138 mujeres estudiantes, 79% caucásicas, utilizaron la entrevista « Sexual Experiences Survey », en la cual se identifican diferentes grados de victimización sexual (diferentes expresiones de abuso sexual) y « Reasons for Living Inventory (RFL) » la cual detecta las razones probables para no cometer suicidio, encontrando que un grado de victimización mayor tuvo un efecto significativo para cometer suicidio. <sup>13</sup>

La violencia o maltrato implica un espectro amplio de acciones, se pueden ejercer en diferentes niveles, ya sea afectivo o psicológico, o en el cuerpo, en la libertad o en la capacidad de tomar decisiones. La violencia ocurre tanto en el nivel individual y familiar como en el plano más amplio de los grupos sociales y las instituciones del Estado, para la OMS violencia o maltrato se circunscriben como sinónimos y lo conceptualiza como « El uso intencional de fuerza física o poder, hecho o amenaza, contra uno mismo, otra persona, o contra un grupo o comunidad, que resulte o tenga una alta probabilidad de resultar en lesión, muerte, daño psicológico, subdesarrollo o privación ». Los tipos de maltrato o violencia que reconoce la OMS son : autoinflingida (conducta intencional y dañina hacia uno mismo como el suicidio y la conducta parasuicida), la interpersonal (conductas violentas entre individuos, sin que necesariamente estén organizadas o planeadas por grupos sociales o políticos); en este último podemos ubicar a la víctima y al agresor, siendo

clave distinguir entre la violencia doméstica (familiar e íntima) que incluyen la violencia entre los miembros de la familia y de pareja. 14, 15

La influencia de la familia en los niños y adolescentes y el desarrollo de psicopatología esta bien establecido; la exposición a altos niveles de conflictos intraparentales puede mostrar una asociación alta de trastornos psiquiátricos en los que se incluyen la depresión, la cual ha recibido una atención limitada.<sup>16</sup>

Se ha puesto de manifiesto la existencia de una estrecha asociación entre la violencia de pareja física, psicológica o sexual que ejerce el hombre hacia la mujer y una forma indirecta de maltrato infantil no sólo como testigos de la violencia hacia su madre, pues afecta la personalidad del menor, el sentimiento de seguridad y confianza en el mundo y en las personas que le rodean. Cuando esta experiencia se repite de forma intermitente, constituye una amenaza continua y es percibida como incontrolable, por lo que es un grave riesgo para el bienestar de los menores, encontrando un alto porcentaje de psicopatología en los que se incluye la depresión, conductas agresivas, antisociales, bajo rendimiento escolar, agresividad hacia la madre maltratada y aislamiento. Se llega a considerar por parte del niño que la violencia es normal, que hay circunstancias que justifican el uso de la violencia, por lo tanto se hacen construcciones mentales como “mi madre tiene la culpa de que mi padre la maltrate”, “el hogar no es un lugar seguro”, “mi madre no puede protegerme y pueden maltratarme.”<sup>17</sup>

Pregunta de investigación

¿Cuál es la frecuencia de:

- I) antecedente de abuso sexual en una muestra de adolescentes deprimidos?
- II) tener una madre víctima de maltrato en una muestra de adolescentes deprimidos?

## Justificación

Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos. Se calcula que más del 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento en su vida. El informe mundial sobre la salud de 2001, refiere que la prevalencia puntual de depresión en el mundo en los hombres es de 1.9% y de 3.2% en mujeres; en los niños y adolescentes se calcula que un 20% sufre de algún trastorno mental, en particular los síntomas depresivos y la depresión durante la adolescencia se han convertido en un problema de magnitud notoria que genera una genuina preocupación en el sector salud por sus efectos actuales y posteriores. 18,19

En México, Lara y Medina Mora estudiaron el costo social y la discapacidad de los trastornos mentales en el año 2007, observaron que la depresión produce los niveles mas elevados de discapacidad, un 54% de la muestra eran mujeres y cerca del 40% jóvenes. 20

La encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica (ENEP), proporciono las primeras estimaciones nacionales en la prevalencia de los trastornos mentales. Se estimó que el 8.4% de la población ha sufrido, según criterios del DSM IV, un episodio depresivo mayor en la vida con una media de edad de inicio de 24 años. Esta edad temprana implica muchos años de sufrimiento y interrupciones en la vida. En otros países, algunos estudios de cohorte sugieren que la edad de inicio para la depresión esta disminuyendo. 21

La adolescencia periodo caracterizado por vitalidad y un rápido desarrollo, pero también de vulnerabilidad, una adolescencia poco exitosa puede tener un gran impacto en la edad adulta. El dogma que casi todos los adolescentes gozan de una excelente salud es ahora cuestionado por datos de investigación sugerentes de quejas psicológicas y somáticas muy

frecuentes, en este periodo la salud puede estar influenciada por eventos negativos como la exposición a la violencia o maltrato, debido a que los adolescentes no son solo mas viejos que los niños y más jóvenes que los adultos, el conocimiento relacionado con su salud no debe ser basado en extrapolaciones en datos de otros grupos de edad. 4

Una variedad de condiciones psiquiátricas en adultos han sido asociadas al abuso sexual en niños, como depresión, y su aparición temprana de episodios afectivos, el trastorno de personalidad inestable o limítrofe, somatización, abuso de sustancias, estrés postraumático, trastorno de identidad disociativa, bulimia nerviosa, regulación del afecto, control de impulsos, el sentido de si mismos, distorsiones cognitivas y problemas con la socialización. La prevalencia de depresión mayor en mujeres con antecedente de abuso sexual es de 3 a 5 veces más común que en mujeres sin antecedente de abuso sexual.5

Investigaciones sobre resultados de niños abusados y con negligencia, han demostrado que la victimización en la infancia posiciona a los niños con aumento de riesgo para delincuencia, criminalidad violenta, sugiere que el trauma a edades tempranas tiene como resultado fallas en los sistemas esenciales para el manejo de respuesta al estrés, estado de alerta, memoria e identidad personal que puede afectar el funcionamiento tiempo después de la exposición aguda al trauma, se espera que las consecuencias sean profundas y duraderas cuando influyen la conducta y la vida mental de un niño en desarrollo. 22

Soto señala que en México sólo se denuncia entre el 5 y 50% de los delitos sexuales, si se calcula que en la ciudad de México el promedio por día es de 8 delitos sexuales, puede estimarse que se cometen entre 16 y 160 diariamente. 21

En 1998 en el Distrito Federal la conducta suicida de la población estudiantil de secundaria y bachillerato, fue de 4.3% de los hombres y 12.1% de las mujeres. Los motivos de esta conducta pueden ser múltiples, entre ellos el abuso sexual, en población escolar se ha reportado una prevalencia de 4.3%. Las estadísticas en México son escasas y no necesariamente reflejan la realidad, esto se debe al deficiente sistema de registro y control, muchos actos de abuso sexual no son denunciados por la víctima o los testigos, por ignorancia, culpa, vergüenza o estigmas sociales, morales o religiosos. 10

En cuanto a la relación familiar se ha demostrado que la percepción del adolescente de hostilidad parental como el maltrato o violencia domestica fue predictiva para el desarrollo de síntomas internalizados.<sup>23</sup>

Goodman y Epstein en el 2008, refieren algunos problemas encontrados en hijos de mujeres maltratadas como el impacto de ser testigo de violencia, el efecto profundo en la percepción inicial del mundo, la seguridad y el cuidado, reaccionando en edad preescolar con introversión, ansiedad y depresión; en edad escolar con conducta agresiva, abuso de alcohol y drogas, delincuencia juvenil y suicidio y en etapas posteriores la transmisión intergeneracional del maltrato hacia otros (as) y en relaciones de pareja.<sup>24</sup>

Parecen existir pocas intervenciones centradas en los hijos expuestos a la violencia familiar, las madres violentadas pueden ser precisamente el agente más importante para tratar de reducir o prevenir las secuelas de la violencia sufrida de los hijos de la violencia ya sea como testigos o como víctimas, evitando además la falta de protección del menor, quien también puede ser violentado física, emocional, psicológica, sexual y/o negligentemente. 14

Estos resultados comprueban la necesidad de establecer estrategias de detección de los grupos de riesgo, prevención oportuna y la promoción de la salud emocional en la población escolar, previniendo los múltiples trastornos psiquiátricos derivados entre los que se incluyen consumo de sustancias, criminalidad, cambios de conducta, derivados la disfuncionalidad, el alto costo económico perdido en días no laborados, intento suicida y consumación del suicidio.<sup>15, 17,22</sup>



## Objetivos

### Objetivo General

Conocer la frecuencia del antecedente de haber sido víctima de abuso sexual en una muestra de adolescentes deprimidos, así como si las madres de éstos fueron víctimas de maltrato.

### Objetivos específicos

Conocer la frecuencia del antecedente de haber sido víctima de abuso sexual en una muestra de adolescentes deprimidos.

Conocer la frecuencia de maltrato en madres de una muestra de adolescentes deprimidos.

## Material y métodos

1.- En el mes de mayo a julio del 2010, se captaron a los adolescentes que fueron diagnosticados por médicos psiquiatras del Hospital Regional de Psiquiatría “Morelos”, con algún tipo de trastorno depresivo como distimia, trastorno depresivo crónico recurrente, y episodio depresivo y a sus respectivas madres que acudían a la consulta externa de psiquiatría. Una vez captados se explicó de forma detallada en que consistía el protocolo de estudio, ambos tenían que firmar el consentimiento informado para incluirse en el mismo, posteriormente se aplicó el “Inventario de depresión de Beck para adolescentes” y el “Cuestionario de antecedente de abuso sexual” a los adolescentes y se aplicó la “Escala de Violencia e Índice de Severidad en Mujeres Mexicanas” a las madres de los adolescentes, de forma individual y confidencial para cada uno de los participantes, con la posibilidad de retirarse del estudio si así lo deseaba alguno de los participantes.

Tipo de estudio

Transversal, retrospectivo, observacional, descriptivo.

Población en estudio; selección y tamaño de la muestra

Se consideraron 50 pacientes adolescentes (hombres y mujeres), con sus respectivas madres, la muestra fue tomada por conveniencia.

### Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Criterios de Inclusión: Adolescentes de 13 a 18 años de edad (hombres y mujeres), que acudían a consulta externa del Hospital Regional de Psiquiatría « Morelos », que cumplieran con el diagnóstico de algún trastorno depresivo conforme a los criterios del DSM-IV, diagnosticado por un médico psiquiatra del hospital, se consideraron los siguientes diagnósticos: Distimia, episodio depresivo leve, moderado y severo también el trastorno depresivo crónico recurrente leve, moderado y severo.

Que los adolescentes aceptaran participar en el protocolo y firmaran carta de consentimiento informado para menores de edad, también firmado por el padre o tutor.

Y que sus madres también aceptaran participar en el protocolo firmando carta consentimiento informado.

### Criterios de No Inclusión:

Que cursarán con enfermedad medica grave o discapacitante.

Aquellos que cursarán con retraso mental y/o trastorno psicótico.

### Criterios de Eliminación:

Aquellos que abandonaron el estudio (en caso de fuera el adolescente y/o la madre de este, se elimino a ambos).

Aquellos que retiraron su consentimiento informado (si lo retiro el adolescente y/o la madre de este, se elimino a ambos).

Que no contestaron completa y/o correctamente la evaluación.

No se eliminaron adolescentes ni a sus madres de la muestra ya que respondieron completa y correctamente la evaluación, nadie abandono el estudio y no retiraron su consentimiento informado.

## Variables y escalas de medición

### Variable Dependiente

Trastorno depresivo fue definido conforme a los criterios del DSM-IV, los pacientes debían contar con dicho diagnóstico. 25

### Definición teórica de la variable

A. Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un período mínimo de dos semanas, que representará un cambio respecto a la actividad previa. Uno de los 5 síntomas debía ser el punto No. 1 y/o 2.

(1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo sentirse triste o vacío). En los niños y adolescentes puede ser irritable.

(2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día

(3) Pérdida importante de peso, sin hacer régimen o aumento de peso (Por ejemplo cambio en 5% corporal en un mes), o pérdida o aumento de apetito casi cada día.

(4) Insomnio o hipersomnia casi cada día

(5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás o meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)

(6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día

(7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día.

(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 solo 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 no cumplen criterios para un episodio mixto

C.- Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de áreas importantes para el individuo.

D.- Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos de una sustancia como medicamento o enfermedad médica

E.- Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas permanecen por más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor. 25

Definición operacional de la variable

Dado por el médico psiquiatra del Hospital Regional de Psiquiatría “Morelos” IMSS, del adolescente, como “SI” en caso de cursar con algún trastorno depresivo y “NO” en caso no contar con algún diagnóstico de trastorno depresivo.

## Variables Independientes

### Abuso Sexual

#### Definición teórica

Fue definido abuso sexual como cualquier actividad sexual que un niño no puede comprender, o dar consentimiento o que viola la ley. La actividad sexual puede incluir caricias, contacto oral-genital, genital y anal, así como exhibicionismo, voyeurismo y exposición a material pornográfico. El abuso sexual, puede ser diferenciado desde un juego sexual o la conducta de la edad apropiada. Se establece una edad de diferencia entre la víctima y el abusador, siendo este último mayor como mínimo de 5 años. En el juego sexual el nivel de desarrollo de los participantes puede ser similar y la actividad debe ocurrir sin coerción. 26

#### Definición operacional

Se evaluó mediante las preguntas directas y de forma confidencial:

¿Alguna vez alguien sea o no de tu familia te tocó o acarició alguna parte de tu cuerpo que no querías que te tocara o acariciará?

¿O te forzó o presionó a tener un contacto sexual?, es decir

¿Te obligo a que tú lo tocaras sexualmente; o tuviste relaciones con esta persona en contra de tu voluntad cuando tú no querías hacerlo? 7,11, 27,28

Las opciones de respuesta fueron “sí” y “no.”



Abuso sexual definido: Considerando cuando el paciente respondiera que “sí”, a una de las preguntas previas y cuando el agresor fuera 5 años mayor que él o ella.

Abuso sexual negativo: Cuando la respuesta fuera “no” en las tres preguntas previas.

Violencia o maltrato

Definición Teórica

« El uso intencional de fuerza física o poder, hecho o amenaza, contra uno mismo, otra persona, o contra un grupo o comunidad, que resulte o tenga una alta probabilidad de resultar en lesión, muerte, daño psicológico, subdesarrollo o privación »<sup>15</sup>

Definición operacional

Se utilizó la “Escala de Violencia de Pareja Mujeres Mexicanas e Índice de Severidad” la cual se aplicó a las madres de los adolescentes.

## Instrumentos

Utilizamos Inventario de Depresión de Beck, validada para adolescentes mexicanos.

La escala de Depresión de Beck, Steer y Brown (1996), es una escala de 21 ítems de síntomas depresivos, autoaplicable, tipo « likert » diseñada para el uso con adolescentes y adultos. Esta versión tiene medidas de los síntomas acordes a los criterios diagnósticos del DSM-IV, los ítems incluyen detección para peso, apetito, cambios en el sueño así como también sentimientos de minusvalía, agitación dificultad para la concentración y pérdida de energía. Así mismo el tiempo de evolución de síntomas fue ampliado de una semana a dos semanas, consistente con el DSM-IV como criterio temporal para depresión mayor. Se ha demostrado buena confiabilidad en test-retest  $r$ 's de =0.93 y de buena (=0.84) excelente (=0.94), para estudiantes de nivel secundaria y preparatoria, y de 0.92 entre pacientes psiquiátricos externos Estimados de confiabilidad de consistencia interna de (Al Musawi, 2001; Arnau, Meagher, Norris y Bramson, 2001; Beck et al., 1996, respectivamente). También ha mostrado un alto grado de validez cuando se correlaciona con otras medidas de depresión y ansiedad (Beck et al.1996; Blumentritt y Wilson Van Voorhis, 2004; and Steer, Ball, Ranieri, y Beck, 1997).<sup>29</sup>

Cada ítem fue calificado en una escala de cuatro puntos (0-3), con un total de score sumado que se sitúa del 0-63. Los más altos puntajes reflejan mayor severidad de la depresión Beck et al. (1996). El inventario de depresión de Beck, ha demostrado una validez excelente convergente y divergente con otras escalas como la de Escala de Depresión Hamilton, la Escala de Ideación Suicida y la Escala de Ansiedad de Hamilton (Beck et al.1996).<sup>29</sup>

Dentro de la escala los ítems se dividen en dos factores, el primero de 12 ítems incluye tristeza, pesimismo, fracasos pasados, pérdida de placer, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo y pérdida de interés. El segundo factor de 9 ítems incluye como desagrado así mismo, pensamientos suicidas, agitación, indecisión, minusvalía, pérdida de energía, cambios en el sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, dificultad en la concentración, cansancio o fatiga o pérdida de interés en el sexo. La consistencia interna de los factores es más alta que la correlación entre ellos, sugiere que los ítems de los factores están más relacionados entre ellos que los ítems del otro factor.<sup>26</sup>

Su contenido enfatiza más en el contenido de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50% de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológico-cognitivos y los 6 restantes a síntomas somático vegetativos.<sup>29,30</sup>

### Interpretación

El paciente tuvo que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor reflejó su situación durante el momento de aplicación y la última semana previa. La puntuación total se obtuvo sumando los valores de las frases seleccionadas de 0 a 3.

### Indicadores

Los puntos de corte para graduar la intensidad/severidad fueron los siguientes:

No depresión de 0-9 puntos

Depresión leve de 10-18 puntos

Depresión moderada de 19-29 puntos

Depresión grave más de 30 puntos. 29

Torres-Castillo y cols. (1991) realizó la validez y reproductibilidad del inventario de Beck en México, el inventario fue aplicado a 96 pacientes que acudían a un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México. Encontrando sensibilidad de 0.86 y especificidad de 0.86.<sup>31</sup>

Posteriormente se realizó la estandarización del instrumento en residentes de la ciudad de México, donde se obtuvieron resultados similares con los obtenidos en bibliografía internacional, concluyendo que la versión al español del inventario de Beck para la evaluación de síntomas depresivos posee propiedades psicométricas adecuadas en poblaciones de habla hispana. Se siguieron los lineamientos para traducir y adaptar instrumentos de evaluación psicológica. Con una muestra de 1508 personas de entre 15 y 65 años de edad, la confiabilidad por consistencia interna fue de alfa de Cronbach =0.87,  $p < .000$ . El análisis factorial mostró que la versión mexicana al igual que la internacional, se compone de tres factores. Se obtuvieron tablas normativas tanto para estudiantes como para la población general. Se realizó la validez concurrente entre la Escala de Zung y el inventario de depresión de Beck con 120 personas, la correlación estadística entre ambas escalas fue de  $r = 0.70$ ,  $p < .000$ . El tercer estudio evaluó la validez concurrente entre el inventario de depresión de Beck y la Escala de Zung, con una población de 546 estudiantes de bachillerato con edades de entre 15 y 23 años, la correlación estadística de ambas fue de  $r = 0.65$ ,  $p < .000$ .<sup>32</sup>

Se realizó un estudio para demostrar la confiabilidad del inventario de Depresión de Beck en adolescentes, mexico-americanos, con una edad de 13 a 19 años, promedio de 15.5 años, N= 131, con un grado escolar promedio de 9.1 (SD=1.5). Se reportó una consistencia interna de 0.90 usando el coeficiente alfa. Este nivel corresponde con investigaciones previas que indican un rango de coeficiente alfa 0.91 y 0.93 en estudiantes de secundaria, preparatoria y adultos jóvenes.<sup>29</sup>

Para evaluar Abuso sexual se utilizó el cuestionario sobre antecedente de abuso sexual.

Se evaluó mediante la pregunta directa y de forma confidencial: ¿Alguna vez alguien sea o no de tu familia te tocó o acarició alguna parte de tu cuerpo que no querías que te tocara o acariciara? ¿O te forzó o presionó a tener un contacto sexual?, es decir ¿Te obligo a que tu lo tocaras sexualmente; o tuviste relaciones con esta persona en contra de tu voluntad cuando tu no querías hacerlo? <sup>7,11, 27,28</sup>

Las opciones de respuesta fueron “sí” y “no”

Las preguntas fueron obtenidas de los siguientes estudios realizados en el país, ante la inexistencia de alguna escala validada para abuso sexual en adolescentes mexicanos.

Rubén Chávez Ayala determino los “Factores del abuso sexual en la niñez y adolescencia en estudiantes de Morelos, México”, en el año 2009. Con una n=1730 pertenecen a una cohorte de 13,293 estudiantes, de entre 12 y 24 años de edad. <sup>27</sup>

González-Forteza realizó un proyecto en nuestro país en el año 2001, titulado “El abuso sexual y el intento suicida asociados con malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes” El indicador para medir esta problemática fue evaluado previamente y se

incluyó en la Encuesta Nacional Uso de Drogas en la comunidad escolar, así como en la Encuesta de Drogas, Alcohol y Tabaco en estudiantes del Distrito Federal: medición otoño 1997. Permite registrar la presencia de abuso sexual. 11

Rivera-Rivera en el 2006, realiza el estudio titulado “Abuso Físico y sexual durante la niñez y revictimización de las mujeres mexicanas durante la edad adulta”, para conocer el abuso sexual antes de los 15 años de edad, incluyó 26,043 mujeres de 15 años y más. El estudio fue parte de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM 2003). 30. Por último estos reactivos también se encuentran en la Encuesta Nacional sobre Violencia 2006. 7

También utilizamos la “Escala de violencia de pareja mujeres mexicanas e índice de severidad”

Esta escala fue validada en el año 2004 en México, para medir la violencia ejercida por parte de la pareja masculina, incluyó una muestra de 26,042 mujeres de 15 años y más que formaron parte de la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres 2003 (ENVIM), realizada en noviembre del 2002 y marzo del 2004.

Esta escala, partió de la conceptualización de violencia que consistió en un patrón repetitivo de maltrato por parte de la pareja masculina hacia la mujer, caracterizado por una serie de conductas coercitivas que podían incluir

- a) Violencia física: empujones, golpes, heridas de arma de fuego o punzo cortante
- b) Violencia emocional: intimidación, humillaciones verbales, amenaza de violencia física

c) Violencia sexual: forzar física o emocionalmente a la mujer a tener relaciones sexuales

d) Violencia económica: ejercicio del control a través del dinero

Originalmente se incluyeron 27 reactivos seleccionados de dos instrumentos que han demostrado tener utilidad para la medición de la violencia masculina hacia las mujeres en la relación de pareja a saber : Index of Spouse Abuse (ISA) y el Severity of Violence Against Women Scale (SVAWS), además se realizó la construcción del índice de severidad a través de análisis de confiabilidad y validez factorial a partir de las respuestas de las mujeres a la escala de violencia, arrojaron un alpha de Cronbach de 0.99, por otro lado, el análisis con rotación varimax arrojó una solución de cuatro factores con cargas factoriales de cada reactivo mayor de 0.40 que se identificaron como :

Factor I SVP (Violencia psicológica): Reactivos 8, 9, 12, 15,17

Con un valor mínimo de 0 y máximo de 81, con una media de 5 y desviación estándar de 13.2, se considero como « No caso de violencia »: 0-5 puntos, « Caso de violencia psicológica »: 5.1-18-2 puntos y « Violencia psicológica severa »: 18.3-81.

Violencia Física fue construida en base a dos variables por la amenaza que comprende para la víctima en Violencia Física y Violencia Física Severa en dos subescalas Factor II y Factor III respectivamente.

Factor II VF (Violencia física): Reactivos 3, 5, 6,13 y 19

Con un valor mínimo de 0 y máximo de 93, con una media de 2.4+-9.9, se considero como « No caso de violencia »: 0-2.4, « Caso de violencia física » : 2.4-12 y « Violencia física severa » por arriba de 12.

Factor III VF (Violencia Física): Reactivos 2, 4, 7, 10,11 y 16

Con un valor mínimo de 0 y máximo de 144, con una media de 0.6+-5.43, se considero como « No caso de Violencia física »:0 y « Caso de violencia física severa » por arriba de 0.

Factor IV SVS (Violencia Sexual): Reactivos 1,14 y 18

Con un valor mínimo de 0 y máximo de 5, con una media de 1.15 +- 5.4, se considero « No caso de violencia sexual » 0-1, « Caso no severo de violencia sexual » 1.1-6 y « Caso severo de violencia sexual » por arriba de 6.

| <i>Pesos asignados a cada reactivo según índice de severidad</i>                       | <i>Pesos calculados por frecuencia</i> |                   |                     |                     |
|--|--|-------------------|---------------------|---------------------|
|  | <i>Nunca</i>                           | <i>Alguna vez</i> | <i>Varias veces</i> | <i>Muchas veces</i> |
| ¿Le han exigido tener relaciones sexuales?   | 0                                      | 6                 | 12                  | 18                  |
| ¿Le han quemado con cigarro u otra sustancia?  | 0                                      | 6                 | 12                  | 18                  |
| ¿Le han pateado?   | 0                                      | 8                 | 16                  | 24                  |
| ¿Le ha amenazado con pistola o rifle?  | 0                                      | 6                 | 12                  | 18                  |
| ¿Le ha empujado intencionalmente?  | 0                                      | 5                 | 10                  | 15                  |
| ¿Le ha golpeado con el puño o la mano?   | 0                                      | 7                 | 14                  | 21                  |
| ¿Le ha disparado con una pistola o rifle?  | 0                                      | 9                 | 18                  | 27                  |
| ¿Le ha dicho que es poco atractiva o fea?  | 0                                      | 4                 | 8                   | 12                  |
| ¿Se ha puesto celoso o ha sospechado de sus amistades?                                 | 0                                      | 4                 | 8                   | 12                  |
| ¿Le ha amenazado con arma, con alguna navaja, cuchillo o machete?                      | 0                                      | 7                 | 14                  | 21                  |
| ¿Le ha intentado ahorcar o asfixiar?   | 0                                      | 9                 | 18                  | 27                  |
| ¿Le ha rebajado o menospreciado?   | 0                                      | 5                 | 10                  | 15                  |
| ¿Le ha torcido el brazo?   | 0                                      | 6                 | 12                  | 18                  |
| ¿ Ha usado la fuerza física para tener relaciones sexuales?                            | 0                                      | 9                 | 18                  | 27                  |
| ¿Le ha insultado?  | 0                                      | 4                 | 8                   | 12                  |
| ¿Le ha agredido con navaja, cuchillo o machete?  | 0                                      | 9                 | 18                  | 27                  |
| ¿Le ha rebajado o menospreciado frente a otras personas?                               | 0                                      | 5                 | 10                  | 15                  |
| ¿ Le ha amenazado con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones sexuales? | 0                                      | 4                 | 8                   | 12                  |
| ¿ Le ha sacudido, zarandeado, jaloneado?   | 0                                      | 5                 | 10                  | 15                  |
|  | 0                                      | 118               | 236                 | 354                 |



## Indicadores

La evaluación se realizó a través del ISVP, es global, es decir se consideró la dimensión psicológica, física y sexual, posteriormente esta variable o índice fue categorizada utilizando los siguientes puntos de corte.

- a) No casos: Las mujeres que obtuvieron valores de 0 hasta por debajo de la media
- b) Casos de violencia de pareja: las mujeres que obtuvieron valores por arriba de la media hasta la media, más una desviación estándar.
- c) Casos severos de violencia de pareja: Por arriba de la media, más una desviación estándar. 33

### Método de recolección de datos

Tras la autorización para realizar el protocolo por parte de las autoridades correspondientes en la Universidad Nacional Autónoma de México, el Hospital de psiquiatría “Morelos”, y el Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret”, se consideraron adolescentes (hombres y mujeres ) de entre 13 y 18 años, que acudían a la consulta externa de psiquiatría del Hospital Regional de Psiquiatría “Morelos” que cursaban con diversos diagnósticos del espectro de la depresión como distimia, trastorno depresivo crónico recurrente, episodio depresivo, así mismo sus madres fueron invitadas a participar en el protocolo.

En el área de consultorios se explicó detalladamente en que consistía el protocolo, al adolescente y a la madre. Se obtuvo carta de consentimiento informado para cada uno de los participantes y con autorización del padre o tutor.

Acto seguido en el área de consultorios y de forma individual se dieron las instrucciones para el llenado de las escalas.

Se aplicó el “Inventario de depresión de Beck para adolescentes” y el “Cuestionario sobre abuso sexual”, al adolescente, de forma individual y confidencial.

De forma consecutiva se solicitó a la madre respondiera la “Escala de Violencia e Índice de Severidad para Mujeres Mexicanas”. Sin límite de tiempo, para contestar adecuadamente los instrumentos de evaluación.

Plan de análisis de los resultados

Se utilizó el programa Stata V 9 para la organización de la información.

Porcentajes y medidas de frecuencia y dispersión.

En algunos casos se utilizó Chi cuadrada para asociación de variables y en otros la prueba exacta de Fisher.

Correlaciones de Pearson y posteriormente regresiones.

## Implicaciones Éticas

Esta investigación por los temas tratados se presento como:

### c) Riesgo mayor que el mínimo

No se realizó ninguna utilización de medicamentos, o manipulación de conducta de los sujetos involucrados y la probabilidad de que los participantes resultarán afectados fue mínima.

Incluyó la realización de una escala autoaplicada exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamiento rutinarios.

Procesos conductuales que podrían causar estrés psíquico pueden estar justificados si existen beneficios específicos, terapéuticos o profilácticos que podrían redundar en el provecho de la población siempre y cuando se respete la dignidad e integridad humana. Los estudios de esta categoría se justifican si se obtienen conocimientos que de otro modo no podrían obtenerse, para la comprensión de la enfermedad o trastorno que sufre el sujeto.

Se consideró la información y de acuerdo a las consideraciones éticas exigidas en la declaración de Helsinki y su revisión en el 2000. Con confidencialidad absoluta para los participantes.

Conforme a la Ley General de Salud 2002, en su título quinto, capítulo único del artículo 96 al 103 a cerca de “La investigación para la salud” podemos comentar que toda investigación comporta riesgos, complicaciones y efectos colaterales, de los cuales se

consideraron las lesiones físicas o psicológicas que no excedieran las que normalmente surgirían en la vida diaria, en la exploración médica o psicológica corriente.

Dimos una explicación adecuada a la edad y escolaridad de lo que se realizaría en la investigación, las molestias que podría causar y se acordó se podrían retirar del estudio en el momento en que se desearan, sin que esto afectará la relación con el investigador o las circunstancias laborales, escolares o de servicios en las que se encuentre el adolescente o la madre de este. Así pues los elementos clásicos, para consentir con conocimiento incluyó la capacidad de expresar preferencias y entender naturaleza, finalidad y técnicas de la investigación. 34

Como medidas de prevención y limitación de daño se consideraron:

- a) En el caso de que se encuentra abuso sexual en el adolescente o la exploración de dicho antecedente ocasionara estrés psíquico o reacciones emocionales no contempladas recibirían la atención pertinente dentro de la unidad, psicológica, psiquiátrica y/o farmacológica, y se daría seguimiento a su caso en particular
- b) En el caso de que se encontrara maltrato en la madre o la exploración de dicho antecedente ocasiona estrés psíquico o reacciones emocionales no contempladas recibiría la atención pertinente dentro de la unidad, psicológica, psiquiátrica y/o farmacológica, se daría seguimiento a su caso en la unidad.

En las madres en las que se detecto maltrato por parte de su pareja se oriento al respecto para recibir atención psicológica y/o psiquiátrica dentro de la unidad como derechohabientes.

No se reportaron incidentos referentes a la exploración del antecedente de abuso sexual en los adolescentes.

## Resultados

### Proporción de adolescentes según sexo

Tabla 1

| Sexo    | Frecuencia | Porcentaje |
|---------|------------|------------|
| Hombres | 22         | 44         |
| Mujeres | 28         | 56         |
| Total   | 50         | 100        |

La muestra estuvo constituida por 50 pacientes que acudieron a la consulta externa de psiquiatría quienes cumplieron con los criterios del estudio. Del total de los adolescentes estudiados, el 56% fueron mujeres.

### Edad

La media de edad de los participantes fue de 15 con una DE 1.77 años, una edad mínima de 13 años y una máxima de 18 años.

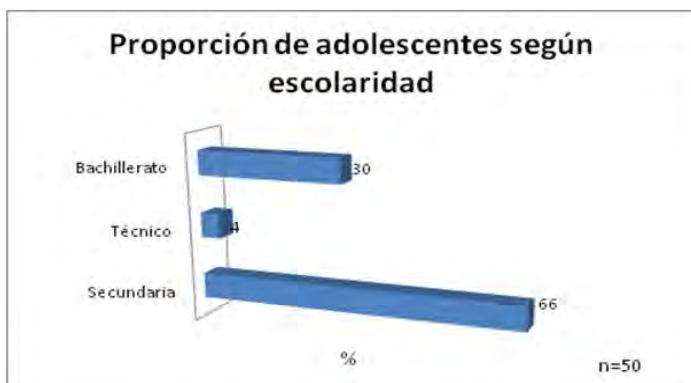
### Escolaridad

#### Proporción de adolescentes según escolaridad

Tabla 2

|              | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|------------|
| Secundaria   | 33         | 66         |
| Técnico      | 2          | 4          |
| Bachillerato | 15         | 30         |
| Total        | 50         | 100        |

Gráfica I



El 66% de los pacientes estudió o estaba estudiando la secundaria, el 30% bachillerato y el resto nivel técnico.

Proporción de adolescentes según diagnóstico previo al entrar al estudio.

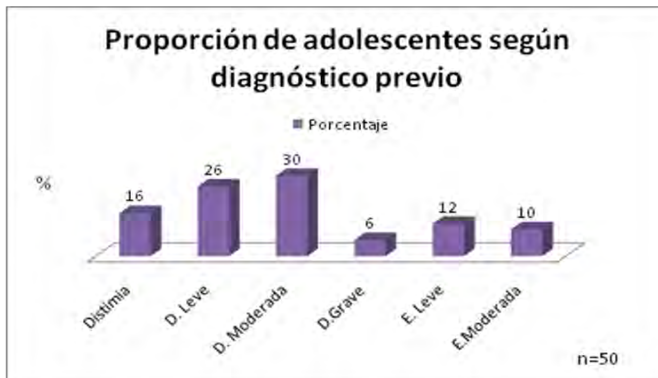
Tabla 3

| Diagnóstico Previo | Frecuencia<br>(No. De Adolescentes ) | Porcentaje |
|--------------------|--------------------------------------|------------|
| Distimia           | 8                                    | 16         |
| D. Leve            | 13                                   | 26         |
| D. Moderada        | 15                                   | 30         |
| D. Grave           | 3                                    | 6          |
| E. Leve            | 6                                    | 12         |
| E. Moderada        | 5                                    | 10         |
| Total              | 50                                   | 100        |

(D. Leve: Trastorno depresivo crónico recurrente episodio actual leve  
D. Moderada: Trastorno depresivo crónico recurrente episodio actual moderado  
D. Grave: Trastorno depresivo crónico recurrente episodio actual grave  
E. Leve: Episodio depresivo leve  
E. Moderada: Episodio depresivo moderado)



Gráfica II



(D. Leve: Trastorno depresivo crónico recurrente episodio actual leve  
D. Moderada: Trastorno depresivo crónico recurrente episodio actual moderado  
D. Grave: Trastorno depresivo crónico recurrente episodio actual grave  
E. Leve: Episodio depresivo leve  
E. Moderada: Episodio depresivo moderado)

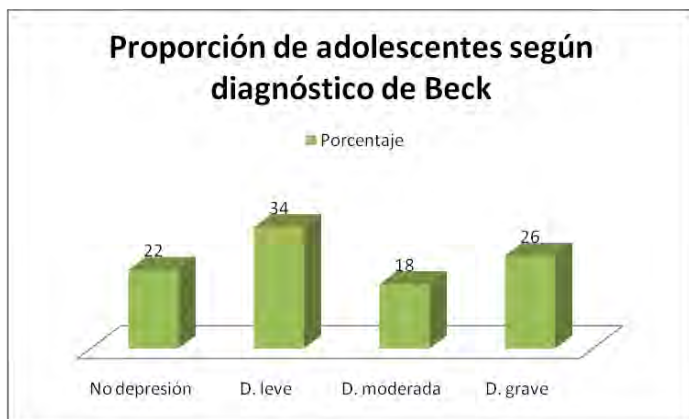
Los adolescentes contaban con los siguientes diagnósticos previos al entrar al estudio 16% presentaban distimia, 26% trastorno depresivo crónico recurrente episodio actual leve, 30% moderado y 6% grave, 12% episodio depresivo leve y 10% episodio depresivo moderado.

Proporción de adolescentes tras la aplicación del Inventario de Depresión de Beck para adolescentes.

Tabla 4

| Severidad de Beck | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------|------------|------------|
| No depresión      | 11         | 22         |
| D. leve           | 17         | 34         |
| D. moderada       | 9          | 18         |
| D. grave          | 13         | 22         |
| Total             | 50         | 100        |

Gráfica III



De acuerdo al puntaje de Beck el 34% presentaron depresión leve, el 18% depresión moderada y el 26% depresión grave, el resto 22% según el inventario de depresión para adolescentes de Beck se ubicaban dentro de “No depresión”.

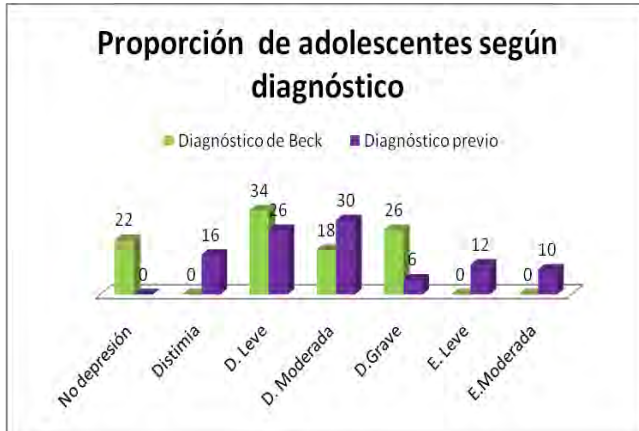
## Proporción de adolescentes según diagnóstico

Tabla 5

|              | Inventario de depresión de Beck | Diagnóstico previo |
|--------------|---------------------------------|--------------------|
|              | Porcentaje                      | Porcentaje         |
| No depresión | 22                              | 0                  |
| Distimia     | 0                               | 16                 |
| D. Leve      | 34                              | 26                 |
| D. Moderada  | 18                              | 30                 |
| D. Grave     | 26                              | 6                  |
| E. Leve      | 0                               | 12                 |
| E. Moderada  | 0                               | 10                 |
| Total        | 100                             | 100                |

(D. Leve: Trastorno depresivo crónico recurrente episodio actual leve  
D. Moderada: Trastorno depresivo crónico recurrente episodio actual moderado  
D. Grave: Trastorno depresivo crónico recurrente episodio actual grave  
E. Leve: Episodio depresivo leve  
E. Moderada: Episodio depresivo moderado)

Gráfica IV



(D. Leve: Trastorno depresivo crónico recurrente episodio actual leve  
 D. Moderada: Trastorno depresivo crónico recurrente episodio actual moderado  
 D. Grave: Trastorno depresivo crónico recurrente episodio actual grave  
 E. Leve: Episodio depresivo leve  
 E. Moderada: Episodio depresivo moderado)

Se encontró una correlación moderada, aunque significativa ( $r=0.51$ ,  $p=0.01$ ) entre ambos diagnósticos.

Respecto a las características demográficas de las madres la media de edad de las Madres de los adolescentes participantes fue de 44 con una DE 6.6 años, con una mínima de 32 años y una máxima de 66 años.

Proporción de Madres de adolescentes participantes según escolaridad, estudio completa o incompleta nivel primaria, secundaria, carrera técnica, bachillerato y licenciatura.

Tabla 6

|              | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|------------|
| Primaria     | 1          | 2          |
| Secundaria   | 18         | 36         |
| Técnico      | 14         | 28         |
| Bachillerato | 11         | 22         |
| Licenciatura | 6          | 12         |
| Total        | 50         | 100        |

Gráfica V



Del total de las Madres participantes el 38% estudió solo nivel básico o está incompleto y el 12% con licenciatura completa o incompleta. No se reportaron casos de Madres sin estudios o con posgrados.

#### Proporción de Madres de adolescentes participantes según ocupación

Tabla 7

| Ocupación    | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|------------|
| Hogar        | 28         | 56         |
| Hogar/Empleo | 20         | 40         |
| Empleo       | 2          | 4          |
| Total        | 50         | 100        |

Gráfica VI



El 4 % de las Madres reportaron tener empleo, el 56% se dedicaban al hogar y el 40% restante tenían un empleo y además se dedicaban a las labores del hogar.

Proporción de Madres de adolescentes participantes según severidad del maltrato

Tabla 8

| Severidad del maltrato             | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------------------|------------|------------|
| No caso de violencia de pareja     | 21         | 42         |
| Caso de violencia de pareja        | 15         | 30         |
| Caso severo de violencia de pareja | 14         | 28         |
| Total                              | 50         | 100        |

Gráfica VII



El 30% de las Madres fueron casos de violencia de pareja y el 28% casos severos de violencia de pareja.

### Proporción de adolescentes según tipo de familia

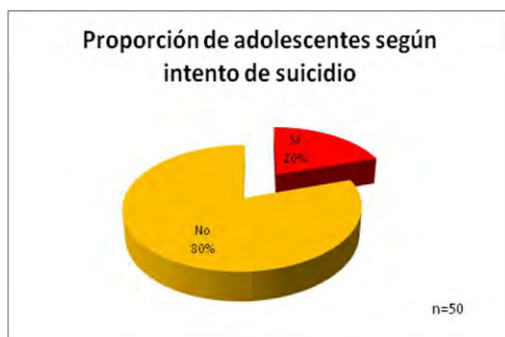
Tabla 9

| Familia      | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|------------|
| Integrada    | 31         | 62         |
| Desintegrada | 19         | 38         |
| Total        | 50         | 100        |

Del total de adolescentes participantes, el 62% pertenece a una familia integrada, el resto a familias desintegradas.

De nuestra muestra, observamos que un 20% de los adolescentes tenían el antecedente de intento de suicidio.

Gráfica VIII



La media de edad de los pacientes que intentaron suicidarse fue de 15.8 DE 2.09 años. Sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos que intentaron y no intentaron suicidarse ( $p>0.05$ ).

Con respecto al sexo y antecedentes de abuso sexual del adolescente y maltrato severo a la madre se encontró que es mayor la presencia de los mismos en los que intentaron suicidarse que en los que no ( $p<0.05$ ), además de existir una relación positiva entre los factores de riesgo antes mencionados y el intento de suicidio ( $p<0.05$ ).



Proporción de adolescentes según intento de suicidio por sexo y antecedente de abuso sexual en el adolescente y antecedentes de maltrato severo en la Madre.

Tabla 10

|  | Si         |            | No         |            | valor de p |
|--|------------|------------|------------|------------|------------|
|  | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |            |
| <b>Sexo</b>  |            |            |            |            |            |
| Hombres  | 1          | 10         | 21         | 52.5       | 0.0290     |
| Mujeres  | 9          | 90         | 19         | 47.5       |            |
| <u>Abuso sexual del adolescente</u>                |            |            |            |            |            |
| Si   | 8          | 80         | 6          | 15         | 0.000      |
| No   | 2          | 20         | 34         | 85         |            |
| <u>Antecedentes de maltrato severo de la Madre</u> |            |            |            |            |            |
| No caso de violencia de pareja                     | 0          | 0          | 21         | 52.5       | 0.001      |
| Caso de violencia de pareja                        | 4          | 40         | 11         | 27.5       |            |
| Caso severo de violencia de pareja                 | 6          | 60         | 8          | 20         |            |

Gráfica IX



Esta gráfica nos muestra a aquellos adolescentes que intentaron suicidarse por sexo, mujeres 52.5% (9) y un 10% (1) eran hombres.

Gráfica X



De los adolescentes que trataron de suicidarse se observa que un 40% de las madres de estos son “Caso de violencia de pareja” y 60% “Caso severo de violencia”.

Gráfica XI



Esta gráfica nos muestra que un 80% de los adolescentes que trataron de suicidarse alguna vez, cuenta con el antecedente de abuso sexual.

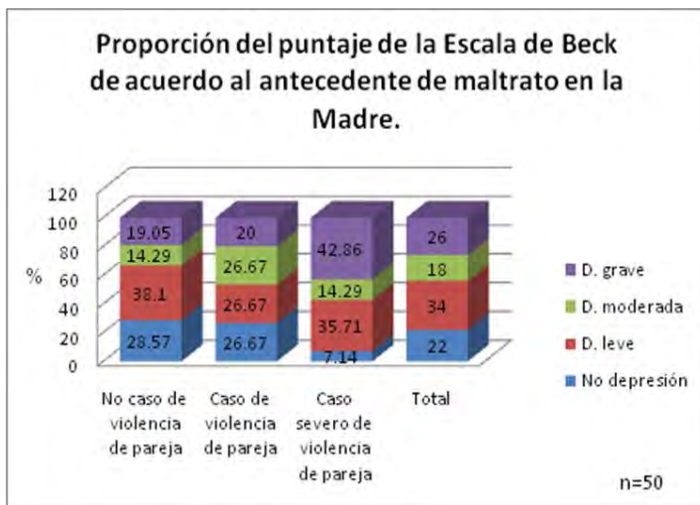
Si se realiza un análisis de regresión logística, se encuentra que el intento de suicidio es 11 veces más frecuente en los adolescentes con antecedentes de abuso sexual y 6.67 veces más por cada aumento en la severidad del maltrato de la Madre ( $p < 0.05$ ). No se encontró asociación estadísticamente significativa con el sexo y el intento de suicidio. Razones de momios y es de 11.35 para abuso sexual y 6.67 por cada aumento en la categoría de acuerdo a la escala de maltrato en las madres.

No existe una relación significativa entre la severidad de acuerdo a la escala de Beck en el adolescente y la severidad del maltrato en la madre del adolescente ( $p > 0.05$ ).

Tabla 11

| Antecedente de maltrato            | Diagnóstico de acuerdo a la escala de Beck |    |            |    |             |    |            |    |            |     |
|------------------------------------|--|----|------------|----|-------------|----|------------|----|------------|-----|
|                                    | No depresión                               |    | D. leve    |    | D. moderada |    | D. grave   |    | Total      |     |
|                                    | Frecuencia                                 | %  | Frecuencia | %  | Frecuencia  | %  | Frecuencia | %  | Frecuencia | %   |
| No caso de violencia de pareja     | 6  | 12 | 8          | 16 | 3           | 6  | 4          | 8  | 21         | 42  |
| Caso de violencia de pareja        | 4  | 8  | 4          | 8  | 4           | 8  | 3          | 6  | 15         | 30  |
| Caso severo de violencia de pareja | 1  | 2  | 5          | 10 | 2           | 4  | 6          | 12 | 14         | 28  |
| Total                              | 11   | 22 | 17         | 34 | 9           | 18 | 13         | 26 | 50         | 100 |

El 12% de los casos presentaron depresión grave y cuentan con antecedentes de caso severo de violencia de pareja en la Madre.



Gráfica XII

Tabla 12

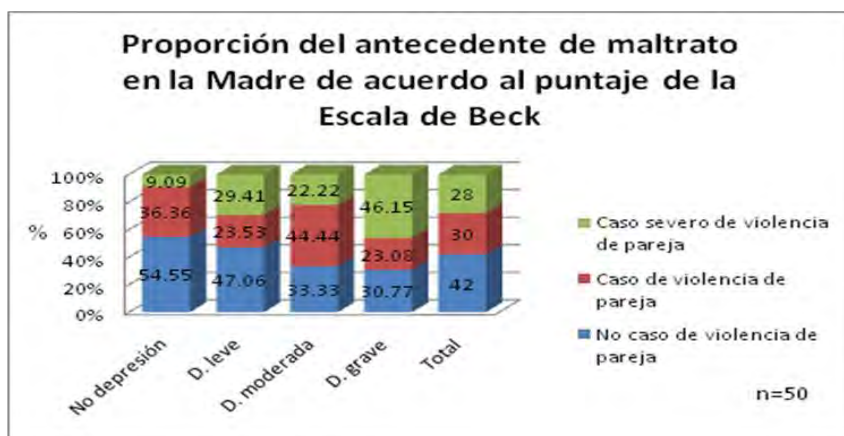
| Diagnóstico de acuerdo a la escala de Beck |              |       |            |       |             |       |            |       |            |     |
|--|--------------|-------|------------|-------|-------------|-------|------------|-------|------------|-----|
| Antecedente de maltrato                    | No depresión |       | D. leve    |       | D. moderada |       | D. grave   |       | Total      |     |
|  | Frecuencia   | %     | Frecuencia | %     | Frecuencia  | %     | Frecuencia | %     | Frecuencia | %   |
| No caso de violencia de pareja             | 6            | 28.57 | 8          | 38.1  | 3           | 14.29 | 4          | 19.05 | 21         | 100 |
| Caso de violencia de pareja                | 4            | 26.67 | 4          | 26.67 | 4           | 26.67 | 3          | 20    | 15         | 100 |
| Caso severo de violencia de pareja         | 1            | 7.14  | 5          | 35.71 | 2           | 14.29 | 6          | 42.86 | 14         | 100 |
| Total                                      | 11           | 22    | 17         | 34    | 9           | 18    | 13         | 26    | 50         | 100 |

No hay diferencias significativas entre los antecedentes de maltrato en la Madre y la severidad de acuerdo a la escala de Beck en el adolescente.

Proporción de la severidad según escala de Beck en el adolescente, asociado a la severidad del maltrato en la madre del adolescente.

Tabla 13

| Diagnóstico de acuerdo a la escala de Beck |              |       |            |       |             |       |            |       |            |     |
|--|--------------|-------|------------|-------|-------------|-------|------------|-------|------------|-----|
| Antecedente de maltrato                    | No depresión |       | D. leve    |       | D. moderada |       | D. grave   |       | Total      |     |
|  | Frecuencia   | %     | Frecuencia | %     | Frecuencia  | %     | Frecuencia | %     | Frecuencia | %   |
| No caso de violencia de pareja             | 6            | 54.55 | 8          | 47.06 | 3           | 33.33 | 4          | 30.77 | 21         | 42  |
| Caso de violencia de pareja                | 4            | 36.36 | 4          | 23.53 | 4           | 44.44 | 3          | 23.08 | 15         | 30  |
| Caso severo de violencia de pareja         | 1            | 9.09  | 5          | 29.41 | 2           | 22.22 | 6          | 46.15 | 14         | 28  |
| Total                                      | 11           | 100   | 17         | 100   | 9           | 100   | 13         | 100   | 50         | 100 |

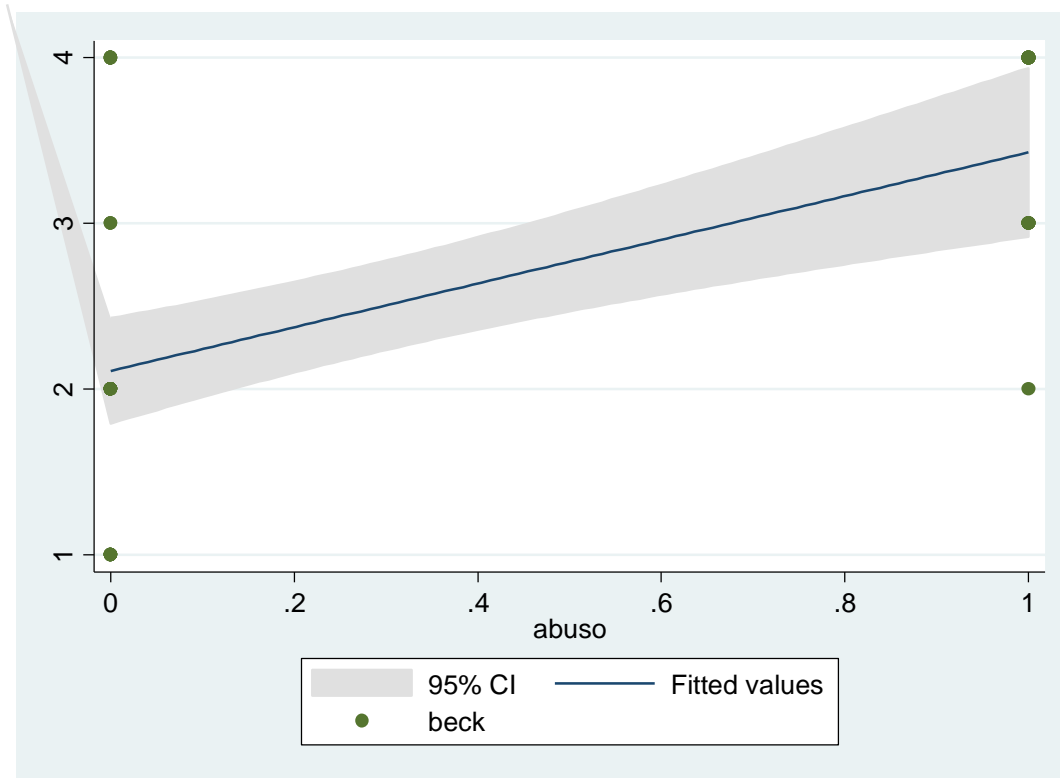


Gráfica XIII

No hay diferencias significativas entre el diagnóstico de acuerdo a la escala de Beck y el antecedente de maltrato en la Madre.

En cuanto al abuso sexual en el adolescente podemos decir que existe una relación positiva entre la escala de Beck y el antecedente de abuso sexual en el adolescente ( $p < 0.0001$ ), y opuesto a esto no hay relación estadísticamente significativa entre la severidad del maltrato en la madre del adolescente y el puntaje de la escala de Beck.

Gráfica XIV



En esta gráfica se observa la relación positiva entre el ser antecedente de ser abusado sexualmente y el aumento del puntaje de acuerdo a la escala de Beck.

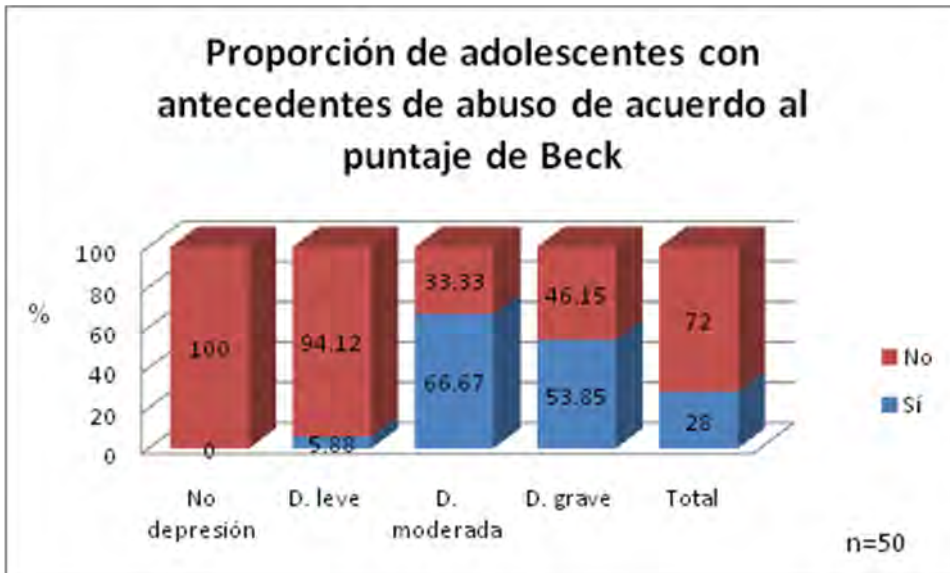
Tabla 14

| Diagnóstico de acuerdo a la escala de Beck |              |        |            |       |             |       |            |       |            |     |
|--|--------------|--------|------------|-------|-------------|-------|------------|-------|------------|-----|
| Antecedente de abuso sexual                | No depresión |        | D. leve    |       | D. moderada |       | D. grave   |       | Total      |     |
|  | Frecuencia   | %      | Frecuencia | %     | Frecuencia  | %     | Frecuencia | %     | Frecuencia | %   |
| Sí   | 0            | 0.00   | 1          | 5.88  | 6           | 66.67 | 7          | 53.85 | 14         | 28  |
| No   | 11           | 100.00 | 16         | 94.12 | 3           | 33.33 | 6          | 46.15 | 36         | 72  |
| Total                                      | 11           | 100    | 17         | 100   | 9           | 100   | 13         | 100   | 50         | 100 |

Proporción de adolescentes con antecedente de abuso sexual de acuerdo al puntaje de la escala de Beck.

Observamos un total de 14 adolescentes que refirieron ser abusados sexualmente, en una muestra de 50 adolescentes deprimidos.

Gráfica XV



Si se construye un modelo de regresión para explicar el puntaje de Beck solamente tomando el abuso sexual del adolescente, resalta que explica casi el 29% del cambio en el antes mencionado ( $p < 0.05$ ).

## Discusión

En la muestra obtenida observamos que la media de edad para los adolescentes fue de 15 años y estaban cursando o tenían completa la educación secundaria el 66%, seguido de un 30% para bachillerato, como varios autores refieren, esta edad temprana de inicio de algún trastorno mental implica discapacidad, cronicidad y decremento en la calidad de vida de un ser humano.<sup>2, 3, 4, 20,21</sup>

De los adolescentes incluidos en el estudio con diversos diagnósticos del espectro de la depresión, se les aplicó la Escala de Depresión para adolescentes de Beck validada para mexicanos, observamos que un 22% se ubico dentro de “No depresión”, por lo que consideramos aclarar que éste instrumento de medición no es para hacer diagnóstico de depresión, más bien para la severidad, por lo que no se excluyó a los adolescentes ya que contaban con los diagnósticos ya mencionados.

Gorey y Leslie 1997, reportan que la relación de antecedente de abuso sexual entre mujeres y hombres es de 3 a 1, en nuestro estudio encontramos una relación 7 a 1 respectivamente. Este resultado supera las cifras encontradas previamente, incluso en el Distrito Federal. Es necesario considerar que es una población que cuenta con algún trastorno depresivo, duplicándose este antecedente en el género femenino. <sup>5</sup>

González-Forteza 2008, en un estudio realizado en población mexicana, cuyo objetivo fue asociar el malestar depresivo con el abuso sexual, intento e ideación suicida en adolescentes, encontró que entre los que tenían el antecedente de abuso sexual, el 88.2.% de los hombres había realizado algún intento suicida comparado con 79.6% de las mujeres. Nosotros observamos cifras similares, el 100% de los hombres y un 64.2% de las mujeres, contaban también con antecedente de intento suicida aunado al antecedente de abuso sexual y depresión.<sup>5</sup>



Observamos del total de nuestra muestra un 58% de los adolescentes con algún tipo de trastorno depresivo, cuenta con el antecedente de maltrato es sus madres. Según reportes de la OMS la prevalencia de violencia infligida por la pareja durante toda la vida de la mujer, y contaban con hijos con algún malestar psíquico; oscila del 6 % hasta el 71% mundialmente, lo que nos ubica dentro de lo ya establecido, pero al mismo tiempo con un porcentaje elevado. Las investigaciones llevadas a cabo hasta la actualidad sobre los hijos de estos hogares violentos, muestran la necesidad de una intervención específica sobre las repercusiones que conlleva para ellos la exposición a una situación altamente traumática y desestabilizadora.<sup>15, 17</sup>

Patrón y Limilaña en el 2005, estudiaron las consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas, en una muestra de 40 mujeres , hasta un 30% de los hijos mostraron tristeza y aislamiento, en nuestro estudio, del total de los pacientes ubicados como “Depresión grave” que implica el 26 % de la muestra, conforme al Inventario de Depresión de Beck para adolescentes, el 46.15% de estos se ubicaron también con el antecedente en madres como “Caso severo de maltrato”, las consecuencias del maltrato en las madres de los adolescentes pueden ser múltiples, como son ansiedad, agresividad a terceros, consumo de sustancias, sin embargo los síntomas de tipo depresivo llegan a predominar ya sean solos o en comorbilidad.<sup>17</sup>

Aunque está bien demostrado que los conflictos intraparentales como la violencia de pareja ejercen un efecto directo en el desarrollo de síntomas internalizados como la depresión en los adolescentes.<sup>23,24</sup> En este estudio no fue posible demostrar una relación directa entre la severidad de acuerdo a la escala de depresión para adolescentes de Beck y la severidad del maltrato en la madre conforme a la Escala de Violencia e Índice de Severidad para mujeres mexicanas ( $p>0.05$ ). Cabe mencionar que los resultados probablemente se vean “diluídos” entre los distintos diagnósticos de los adolescentes y la severidad del maltrato en las madres obtenido conforme a las escalas, así como por el tamaño de muestra.

Debemos de considerar además la depresión es multifactorial podemos mencionar además de la violencia intrafamiliar; la predisposición genética y la importancia de las diferencias individuales.<sup>35</sup> Con este estudio no se pretendió establecer la relación “causa-efecto” de la depresión en los adolescentes, nuestro objetivo fue estudiar la frecuencia del antecedente de abuso sexual y el antecedente de maltrato en sus madres asociado a la depresión en los adolescentes.

## Hallazgos

La proporción adolescentes con antecedente de abuso sexual mostró una relación positiva en relación a la escala de Beck, ya que el 66.67% cursaron con “Depresión moderada” y el 53.85% con depresión grave. Con una  $p < 0.0001$ .

Así mismo el antecedente en los adolescentes de intento suicida asociado a quienes mostraron maltrato en sus madres muestra un 60% como “Caso severo de violencia de pareja” y un 40% como “Caso de violencia de pareja”.

Los antecedentes de abuso sexual del adolescente y maltrato severo a la Madre se encontró que es mayor la presencia de los mismos en los que intentaron suicidarse que en los que no ( $p < 0.05$ ),

Acerca del intento suicida el 20% de nuestra muestra ( $n=50$ ) tuvo algún intento suicida, de este total un 90% eran mujeres y un 10% hombres.

## Limitaciones

Consideramos la posiblemente la proporción de maltrato en las madres es mayor, las estadísticas son dispares, aunque nuestros resultados coinciden con los encontrados en otros estudios. 14, 15,16

El instrumento para medir abuso sexual que utilizamos ha sido usado en otros estudios, sin embargo consideramos no engloba todos los tipos de abuso sexual conocidos, por lo que inferimos la proporción encontrada de abuso sexual pueda ser mayor utilizando otro instrumento de medición.

## Recomendaciones

Es necesario el desarrollo de un instrumento que evalúe ampliamente el abuso sexual y pueda ser utilizado estudios posteriores.

Esperamos que este estudio sirva para la realización de otros más que permitan ampliar nuestro conocimiento

## Conclusiones

La frecuencia del antecedente de abuso sexual en una muestra de adolescentes deprimidos fue de 28%.

La frecuencia del antecedente de maltrato en madres de adolescentes deprimidos fue de 58%.

Nuestros resultados son compatibles con los encontrados en otros estudios, el antecedente de abuso sexual se encuentra muy relacionado con la depresión y más aún con el intento suicida, no fue posible encontrar la asociación clara, aunque existe, entre maltrato de las madres y su asociación con la presencia de depresión del adolescente.

La depresión en el adolescente es multifactorial, y dentro estos tenemos el abuso sexual y el maltrato en las madres por sus parejas, es un tema delicado de suma importancia en el que se deberá insistir para lograr un mayor conocimiento de nuestros adolescentes, promoción de la salud mental, detección de grupos de riesgo, prevención oportuna de suicidio, prevención y tratamiento de la comorbilidad asociada, disfunción familiar y de pareja así como el alto costo económico derivado en días no laborados.

Las limitaciones de nuestro estudio son el tamaño muestra, no existe como tal un instrumento de medición de abuso sexual que abarque todas las formas de abuso sexual.

## Referencias

1. - Birmaher B, Ryan N, Williamson D. Depression in children and adolescents: clinical features and pathogenesis, in mood disorders across the life span. En: Shulman K, Tohen M, Kuthcher S, editors. New York, Wiley: 1996. p. 51-83.
2. - Kaminski K, Garber J. Depressive spectrum disorders in high-risk adolescents: episode duration and predictor of time recovery. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*; 2002; 41(4):410-418.
3. - Royo J. Depressive disorders in children and adolescents. *Anales Sis San Navarra* 2002; 25: 97-103.
4. - Haavet O, Straand J, Saugstad OD, Gründfeld. Illness and exposure to negative life experiences in adolescence: two side of the same coin? A study of 15-year-olds in Oslo, Norway. *Acta Paediatr* 2004; 93: 405-411.
5. - Putnam F. Ten year research update review: child sexual abuse. *J. Am. Acad. Child Adolescents. Psychiatry* 2003; 42: 269-278.
6. - Giardino A, Child Abuse and neglect, sexual abuse. Disponible en:  
<http://emedicine.medscape.com/article/915841-overview>
- 7.- Secretaría de salud: Informe Nacional sobre violencia y salud. México, DF: SSA; 2006.
8. - Pool A. Analysis based on the traumatogenic model of the graphic indicators associated to children sexual abuses in the person in rain test. *Psykhé* 2006; 15(1)45-55.
9. - Matorin A, Lynn SJ, The development of a measure of correlatos of child sexual abuse: The traumatic sexualization survey. *Journal of Traumatic stress* 1998; 11(2):261-280.
10. - Finkelhor D, Browne A. The traumatic impact of sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry* 1985; 55(4):530-541.
- 11.- González-Forteza C, Ramos L, Brambila L, Ramírez C. El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Salud Mental* 2001; 24 (6):16-25.
- 12.- Santana-Tavira R, Sánchez-Ahedo R, Herrera-Basto E. El maltrato infantil: un problema mundial. *Salud Pública de Mex* 1998; 40:58-65.
13. - Segal D. Self-reported history of sexual coercion and rape negatively impacts resilience to suicide among women students. *Death Studies* 2009; 33(9):848-855.

- 14.- Caballero M, Ramos L. Violencia: Una revisión de la violencia dentro del marco de trabajo de investigación en el instituto nacional de psiquiatría. *Salud Mental* 2004; 27 (2):21-30.
15. - World Health Organization. WHO Multi-Country Study women's health and domestic violence against women. Geneva Switzerland 2006. Disponible en:  
[http://www.who.int/gender/violence/who\\_multicountry\\_study/summary\\_report/chapter1/en/index.pdf](http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter1/en/index.pdf)
- 16.- Rice F, Gordon T, Sheton K. Family conflict interacts with genetic liability in predicting childhood and adolescent depression. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry* 2006; 45(7):841-848.
- 17.- Patró R, Limiñana R. Víctimas de violencia familiar: consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. *Anales de Psicología* 2005; 21:11-17.
- 18.- Bello M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora M, Lozano R. Prevalencia de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de Méx* 2005; 47(I):S4-S11.
- 19.- González-Forteza C, Jiménez-Tapia, Ramos-Lira, Wagner F. Aplicación de la escala de depresión del center of epidemiological studies en adolescentes de la ciudad de México. *Salud Pública de Mex* 2008; 50:292-299.
20. - Lara M, Medina-Mora M, Borges G, Zambrano J. Social cost of mental disorders: disability and work day lost. Results from mexican survey of psychiatric. *Salud Mental* 2007; 30(5): 4-11.
- 21.- Benjet C, Borges G, Medina-Mora M, Bautista-Fleitz C, Zambrano-Ruiz J. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública de Méx* 2004; 46(5): 417-424.
- 22.- Nacional Mental Institute. Child and adolescent violence research. 2000. Disponible en:  
<http://mentalhealth.about.com/library/rs/blviol.htm>
23. - Millikan E, Wamboldt M, Bihun J. Perceptions of the family characteristics, and adolescent internalizing symptoms. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2002; 41(12):1486-1494.
24. – Goodman L, Epstein, D. Listening to battered women: A survivor centered approach to advocacy, mental health, and justice. Washington, DC: American Psychological Association, 2008.

25. - Asociación americana de psiquiatría. DSM-IV-TR. Barcelona: Masson, 2002.
26. - Lahoti S, Mc Clain N, Girardet R. Evaluating the child abuse. *Am Fam Physician* 2001; 63:883-892.
- 27.- Chávez R, Rivera-Rivera L, Angeles-Llerenas A, Díaz-Cerón E, Leigh-Allen B, Lazcano E. Factores del abuso sexual en la niñez y la adolescencia en estudiantes de Morelos, México. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(3):506-514.
- 28.- Rivera-Rivera L, Allen B, Chávez-Ayala R, Ávila-Burgos L. Abuso físico y sexual durante la niñez y revictimización de la mujer durante la edad adulta. *Salud Pública Mex* 2006; 48(2) S268-278.
29. - Wilson C, Blumentritt T. Psychometric properties of the Beck depression inventory-II in a clinically-identified sample of mexican american adolescents. *J. child Fam. Stud.* 2007; 16:789-798.
30. - Osman A. Psychometric properties of the Beck depression inventory-II in nonclinical adolescent samples-*Journal Clinical of Psychology* 2008; 64:83-102.
- 31.- Torres-Castillo M, Hernández-Malpica E, Ortega-Soto H. Validez y reproductibilidad del inventario para depresión de Beck en un hospital de Cardiología. *Salud Mental* 1991; 21:26-31.
- 32.- Jurado S, Villegas M, Méndez L, Rodríguez F, Loperena V, Varela R. La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental* 1998; 21:26-31.
- 33.- Valdez-Santiago R, Hjar-Medina M, Salgado de Zinder V, Rivera-Rivera L, Ávila-Burgos L, Rojas R. Escala de violencia e índice de severidad una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. *Salud Pública Mex.* 2006; 48(2):S221-S231.
- 34.- Ley General de Salud para el Distrito Federal, colección Porrúa, 17ª edición, Tomo II, 2002, 1241 pp.

También disponible en:

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/index-t5.htm>

- 35.- Rice F, Harold G, Shelton K, Thapar A. Family conflict interacts with genetic liability in predicting childhood and adolescent depression. *Adolesc. Psychiatry* 2006; 45(7):841-848.

## ANEXO I: Consentimiento informado para adolescente.

| <b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN PARA DISCAPACITADOS Y MENORES DE EDAD.</b>  |  |
|---|--|
| <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. HOSPITAL REGIONAL DE PSIQUIATRIA MORELOS</b>   |  |
| <b>Lugar y fecha</b>  |  |
| <b>El paciente (nombre)</b>   |  |
| <b>Autoriza participar en el protocolo de investigación titulado:</b>   | <b>Adolescentes deprimidos con antecedente de abuso sexual y madres víctimas de violencia.</b>   |
| <b>Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:</b>  |  |
| <b>El objetivo del estudio es</b>   | Conocer la frecuencia, del antecedente de haber sido víctima de abuso sexual y si sus madres son víctimas maltrato, en adolescentes deprimidos |
| <b>Se me ha explicado que mi participación consistirá en</b>  | Responder al cuestionario de depresión y al cuestionario sobre abuso sexual, conforme las indicaciones del investigador.                       |
| <b>Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:</b>   |  |
| <p>El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.</p> <p>Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento, en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.</p> <p>El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia de mi representado (a) en el mismo. En caso necesario se me canalizará a la consulta y servicio correspondiente para mi atención.</p> |  |
| <b>Nombre y firma del paciente _____</b>  |  |
| <b>Nombre y firma</b><br><b>Testigo padre y/o tutor 1</b>   | <b>Nombre y firma</b><br><b>testigo 2</b>  |
| <b>Dra. Blanca Margarita Moreno Ramírez</b><br><b>99364940</b>  |  |
| <b>Dirección del investigador: Puerto Mazatlán No, 130, Col. Piloto CP. 01290, Delegación Álvaro Obregón</b><br><b>Teléfono para dudas ó aclaraciones: 56438796</b>   |  |

## ANEXO II

## Inventario de Beck para depresión

A continuación una serie de cuadros con frases que nos indican diferentes grados de depresión, por favor encierre en un círculo el número de frase que describa mejor la forma en que usted se siente actualmente.

A

- 0 No me siento triste
- 1 Me siento triste
- 2 Me siento triste todo el tiempo
- 3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo

B

- 0 No estoy particularmente pesimista o desalentado con respecto al futuro
- 1 Me siento más desanimado que antes con respecto al futuro
- 2 No espero que las cosas me resulten bien
- 3 Siento que mi futuro no tiene esperanza y que seguirá empeorando

C

- 0 No me siento fracasado
- 1 Siento que he fracasado más de lo que debería
- 2 Cuando veo mi vida hacia atrás, lo único que puedo ver son muchos fracasos
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total

D

- 0 Obtengo tanto placer como siempre de las cosas que me gustan
- 1 No disfruto las cosas como antes
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar
- 3 Estoy insatisfecho con todo

E

- 0 No me siento particularmente culpable
- 1 Me siento culpable con respecto a muchas cosas que he hecho o debía hacer
- 2 Me siento bastante culpable casi todo el tiempo
- 3 Me siento culpable todo el tiempo

F

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez seré castigado
- 2 Espero ser castigado
- 3 Siento que estoy siendo castigado

G

- 0 Me siento igual que siempre a cerca de mi mismo
- 1 He perdido la confianza en mi mismo
- 2 Estoy desilusionado de mi mismo
- 3 No me agrado



H

- 0 No me siento crítico ni me culpo más de lo usual
- 1 Soy más crítico de mi mismo de lo que solía ser
- 2 Me crítico por todas mis fallas y mis errores
- 3 Me culpo por todo lo malo que sucede

I

- 0 No tengo ninguna intención de dañarme
- 1 Tengo pensamientos a cerca de matarme, pero no los llevaría a cabo
- 2 Me gustaría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad

J

- 0 No lloro más de lo habitual
- 1 Ahora lloro más de lo que acostumbraba
- 2 Ahora lloro todo el tiempo. No puedo detenerme
- 3 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo hacerlo, aunque quiera

K

- 0 No me irrito más ahora de lo que siempre lo he hecho
- 1 Ahora me molesto o me irrito más fácilmente que antes
- 2 Me siento irritado todo el tiempo
- 3 Las cosas que usualmente me irritan ya no consiguen hacerlo ahora

L

- 0 No he perdido el interés por otras personas
- 1 No estoy interesado en otras personas de lo que era usual
- 2 He perdido mucho interés en la gente y me preocupa poco lo que sucede
- 3 He perdido todo mi interés en la gente y no me preocupa nada de lo que pase

M

- 0 Tomo decisiones tan bien como antes
- 1 Estoy menos seguro de mi mismo ahora y trato de evitar tomar decisiones
- 2 Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda
- 3 En ningún caso puedo tomar ningún tipo de decisión

N

- 0 No me siento que me vea peor ahora que antes
- 1 Me preocupa que yo parezca viejo o poco atractivo
- 2 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia y ellos me hacen parecer poco atractivo
- 3 Siento que soy feo (a) o repulsivo (a) a la vista

O

- 0 Puedo trabajar tan bien como antes
- 1 No puedo trabajar tan bien como lo acostumbraba
- 2 Me cuesta muchísimo trabajo hacer algo
- 3 De plano no puedo hacer nada

P

- 0 Puedo dormir tan bien como antes
- 1 Ahora despierto más casado que antes
- 2 Despierto una o dos veces más temprano que antes y es muy difícil que me vuelva a dormir
- 3 No puedo dormir más de cinco horas y me despierto muy temprano diariamente

Q

- 0 No me canso más de lo usual
- 1 Me canso más fácilmente que antes
- 2 Me cansa hacer algo
- 3 Estoy muy cansado para hacer algo

R

- 0 Mi apetito no es peor de lo usual
- 1 Mi apetito no es tan bueno como antes
- 2 Mi apetito es mucho peor ahora
- 3 No tengo apetito de nada

S

- 0 No he perdido mucho peso o ninguno últimamente
- 1 He perdido más de tres kilos
- 2 He perdido más de cinco kilos
- 3 He perdido más de siete kilos

T

- 0 No estoy más preocupado(a) por mi salud que antes
- 1 Estoy preocupado(a) por problemas físicos como dolores y molestias
- 2 Estoy muy preocupado (a) por problemas físicos y es difícil pensar en otras cosas
- 3 Estoy tan preocupado (a) con mis problemas físicos y es difícil que no puedo pensar en nada más

U

- 0 No he notado cambios en mi interés por el sexo
- 1 Estoy menos interesado (a) en el sexo que antes
- 2 Estoy mucho menos interesado (a) en el sexo ahora
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo

# ANEXO III

## ESCALA DE VIOLENCIA E INDICE DE SEVERIDAD PARA MUJERES MEXICANAS

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

*Pesos calculados por frecuencia*

| Nunca | Alguna vez | Varias veces | Muchas veces |
|-------|------------|--------------|--------------|
|       |            |              |              |

REACTIVOS:

|    |   |  |  |  |  |
|----|---|--|--|--|--|
| 1  | ¿Le ha exigido tener relaciones sexuales?   |  |  |  |  |
| 2  | ¿Le ha quemado con cigarro u otra sustancia?  |  |  |  |  |
| 3  | ¿Le ha pateado?   |  |  |  |  |
| 4  | ¿Le ha amenazado con pistola o rifle?   |  |  |  |  |
| 5  | ¿Le ha empujado intencionalmente?   |  |  |  |  |
| 6  | ¿Le ha golpeado con el puño o la mano?  |  |  |  |  |
| 7  | ¿Le ha disparado con una pistola o rifle?   |  |  |  |  |
| 8  | ¿Le ha dicho que es poco atractiva o fea?   |  |  |  |  |
| 9  | ¿Se ha puesto celoso o ha sospechado de sus amistades?                                |  |  |  |  |
| 10 | ¿Le ha amenazado con arma, con alguna navaja, cuchillo o machete?                     |  |  |  |  |
| 11 | ¿Le ha intentado ahorcar o asfixiar?  |  |  |  |  |
| 12 | ¿Le ha rebajado o menospreciado?  |  |  |  |  |
| 13 | ¿Le ha torcido el brazo?  |  |  |  |  |
| 14 | ¿Ha usado la fuerza física para tener relaciones sexuales?                            |  |  |  |  |
| 15 | ¿Le ha insultado?   |  |  |  |  |
| 16 | ¿Le ha agredido con navaja, cuchillo o machete?                                       |  |  |  |  |
| 17 | ¿Le ha rebajado o menospreciado frente a otras personas?                              |  |  |  |  |
| 18 | ¿Le ha amenazado con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones sexuales? |  |  |  |  |
| 19 | ¿Le ha sacudido, zarandeado, jaloneado?   |  |  |  |  |
|    |   |  |  |  |  |
|    | TOTAL   |  |  |  |  |

## ANEXO IV

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_ DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_

SEXO MARQUE CON UNA X MASCULINO: \_\_\_\_\_ FEMENINO: \_\_\_\_\_

Marque en el recuadro de la derecha según sea su respuesta:

|  |    |    |
|--|----|----|
| ¿Alguna vez alguien sea o no de tu familia te tocó o acarició alguna parte de tu cuerpo que no querías que te tocara o acariciará?       | SI | NO |
| ¿O te forzó o presionó a tener un contacto sexual?   | SI | NO |
| ¿Te obligo a que tú lo tocaras sexualmente; o tuviste relaciones con esta persona en contra de tu voluntad cuando tu no querías hacerlo? | SI | NO |

## ANEXO V: Consentimiento informado para la Madre.

| <b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN</b>   |  |
|---|--|
| <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. HOSPITAL REGIONAL DE PSIQUIATRIA MORELOS</b>   |  |
| <b>Lugar y fecha</b>  |  |
| <b>El paciente (nombre)</b>   |  |
| <b>Autoriza participar en el protocolo de investigación titulado:</b>   | <b>Adolescentes deprimidos con antecedente de abuso sexual y madres víctimas de violencia.</b>                     |
| <b>Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:</b>  |  |
| <b>El objetivo del estudio es</b>   | Determinar en adolescentes deprimidos, la frecuencia de antecedente de abuso sexual y maltrato en sus madres.      |
| <b>Se me ha explicado que mi participación consistirá en</b>  | Contestar el cuestionario de Violencia de Pareja e índice de Severidad conforme las indicaciones del investigador. |
| <b>Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:</b>   |  |
| <p>El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.</p> <p>Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento, en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.</p> <p>El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia de mi representado (a) en el mismo. En caso necesario se me canalizará a la consulta y servicio correspondiente para mi atención.</p> |  |
| <b>Nombre y firma del paciente</b> _____  |  |
| <b>Nombre y firma</b><br>testigo 1  | <b>Nombre y firma</b><br>testigo 2   |
| <b>Dra. Blanca Margarita Moreno Ramírez</b><br><br><b>99366313</b>  |  |
| <b>Dirección del investigador: Av. Puerto Mazatlán No. 130, Col. Piloto Delegación Álvaro Obregón Cp. 01290</b><br><br><b>Teléfono para dudas ó aclaraciones: 56438796</b>  |  |