

Correlatos del maltrato físico en la infancia en mujeres adultas con trastorno distímico o depresión mayor

María Concepción Ibarra-Alcantar,¹ José Antonio Ortiz-Guzmán,¹ Francisco Javier Alvarado-Cruz,¹ Hermelinda Graciano-Morales,¹ Alejandro Jiménez-Genchi²

Artículo original

SUMMARY

Epidemiologic studies have found that childhood physical maltreatment affects 31% and 21% of males and females, respectively, and almost one half of cases correspond to severe physical abuse.

A recent study carried out in population from four representative regions of our country found that 14% to 21% of adolescents reported a history of physical abuse during childhood.

Childhood maltreatment experiences have been found to be associated to development of psychopathology during childhood. In regard to mood disorders, interest has been focused on the relationship between depression and sexual abuse. An explanation to this situation is that both conditions predominantly affect women while physical abuse is more frequent among men. However, physical abuse produces more negative consequences on women's health; severe physical abuse equally affects men and women; moreover, child physical abuse has been significantly associated with depression only in women.

The experiences of adverse events during childhood also seem to be associated with dysthymic disorder, a depressive condition of lower symptomatic severity but longer duration than major depression. Nevertheless, data about childhood physical abuse among patients with dysthymic disorder are scarce. One study found that physical and sexual abuses were significantly more frequent among dysthymic and depressed patients in comparison with control subjects. This finding suggests an association between physical abuse and both acute and chronic forms of depression.

On the basis of this knowledge, the aims of this study were: a) to determine and compare the frequency of childhood physical abuse among women with major depression or dysthymic disorder in a community mental health centre; b) to determine psychiatric comorbidity in relation to the history of physical abuse; and c) to compare the severity of depressive symptoms and suicide risk between depressed patients (major depression or dysthymic disorder) with or without a history of childhood physical maltreatment.

Subjects were recruited from the population seeking psychiatric attention in a community mental health centre. To be included, patients were required to be females, 18–65 years old, literate, meet DSM IV criteria for major depressive disorder or dysthymic disorder, and give their written informed consent.

All patients were assessed with the Mini International Neuropsychiatric Interview, the Beck Depression Inventory and the

Childhood Physical Maltreatment Index. This self-report instrument was developed as part of the study. It consists of five questions and it showed satisfactory psychometric properties (e. g., inter-item score correlations .54-.67, item-total score correlations .78-.85 and Cronbach's alpha=.88).

Eighty patients were studied: 42 with major depression (MD) and 38 with dysthymic disorder (DD). Patients with MD were not significantly different from DD subjects in age (38.0 ± 11.3 vs. 39.8 ± 12.9 , respectively; $t = -.64$, *gl* 78, $p = .52$), civil status (64.2% vs 55.2% living with a partner; $\chi^2 = .67$, *gl* 1, $p = .49$), education years (9.5 ± 3.2 vs. 10.3 ± 3.1 , respectively; $t = -1.1$, *gl* 78, $p = .25$) and occupation (50% vs. 60% dedicated to housework; $\chi^2 = .89$, *gl* 1, $p = .37$).

Seventy six percent of patients reported a history of childhood physical abuse; there were no significant differences between MD and DD patients (75% vs. 72% , respectively). However, severity of maltreatment showed a tendency to be significantly higher among MD patients (4.88 [DE 4.81] vs. 3.18 [DE 3.10]; $t = 1.8$, *gl* 78, $p = .07$). Women with a history of physical abuse obtained significantly higher scores on depression than patients without it. This association was not dependent on diagnosis. In contrast, suicide risk was not significantly different between patients with or without child physical abuse.

The number of comorbid psychiatric disorders showed a marginal association with the history of physical abuse (1.2 [DE 1.0] vs. 0.78 [DE 0.91], $t = -1.6$, *gl* 78, $p = .09$).

According to these results, three out of four women with major depression or dysthymic disorder suffered from physical abuse during childhood. This proportion is notably higher than the one found in general population, and it also differs from the prevalence rate reported in previous studies with depressed patients. In one study where authors examined 1019 patients admitted in a psychiatric hospital, they identified a history of child physical abuse in 12.3% and 8.3% of MD and DD patients, respectively. Later, a rate of 16% and 29% among MD and DD patients was reported. More recently, an epidemiologic study found a rate of 40.3% among women with major depression.

The disparity in the reported prevalence rates might have several explanations. Some studies have used definitions of childhood physical maltreatment which seem to correspond to a severe form. For example, in one study it was defined as the experience of being hit hard or often enough to leave bruises, draw blood, or require medical attention. Another one included some other aggressive behaviors (being pushed, grabbed or shoved), but they were not

¹ Centro Comunitario de Salud Mental Cuauhtémoc. Secretaría de Salud.

² Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Correspondencia: Dr. Alejandro Jiménez-Genchi. Servicios Clínicos, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, Tlalpan, 14370, México DF. Tel. 5655 7999, ext. 583. E.mail: jjmalex@imp.edu.mx

Recibido primera versión: 25 de noviembre de 2008. Segunda versión: 25 de noviembre de 2009. Aceptado: 21 de marzo de 2010.

considered as maltreatment if they had had a low frequency. The inclusion of these behaviors, which could be classified as «mild violence» has yielded figures up to 72% in adolescents.

Then we decided to restrict our definition in such a way it was equivalent to the one used in one of the previous studies. However, the rate remained high (65%), although it was similar to the rate obtained in major depressed women with suicide ideation.

A prospective follow-up study of physically abused children referred to protection agencies found they were more likely to develop major depression during adulthood in comparison with children without exposure to physical abuse. However, as the authors of this report point out, their findings might not be generalized to maltreatment that is not referred to protection agencies, which probably includes «mild» abuse. The exclusion of this kind of physical abuse has led to a lack of data about its effects, and therefore, it might be wrongly understood as innocuous.

Our findings might also be influenced by a selection bias, since subjects with childhood physical abuse might be more likely to seek psychiatric attention. In fact, some of our results support this view because we found that depressed or dysthymic women who suffered from childhood physical abuse showed more severe depressive symptoms and a higher number of comorbid psychiatric disorders. Even so, these findings highlight the relevance of investigating the experiences of physical abuse during clinical assessment of depressed patients.

This is still more important if the significant positive relation between severity of depression and child physical abuse is taken into account. Although the relation was weak ($r=.27$, $p=.03$), it should not be dismissed because it suggests that childhood adverse events have an influence on current patient's clinical status; therefore, the combination of psychotherapeutic approaches with the pharmacological treatment should be considered.

As it was expected, suicide risk was significantly associated with a major depression diagnosis but not with the history of child physical abuse. This is not consistent with a previous study which found a significant relation with suicide ideation. Suicide risk is a wide dimension and, possibly, the relation to physical abuse is more specific (suicide ideation or suicidal intent). This topic warrants future research.

This study has some limitations such as the memory bias, use of self-report instruments, and transversal diagnostic assessments.

Key words: Childhood maltreatment, child physical abuse, major depression, dysthymic disorder, suicide risk.

RESUMEN

De acuerdo con estudios epidemiológicos en México, 18% de los adultos y de 14 a 21% de los adolescentes afirman haber recibido golpes durante su niñez por parte de alguno de sus padres.

Las experiencias de maltrato en la infancia se han asociado con el desarrollo de psicopatología en la edad adulta. Sin embargo, en el caso particular de la depresión mayor, el interés se ha concentrado en la relación existente con la historia de abuso sexual. Uno de los argumentos que se han planteado es que ambas condiciones son más frecuentes en la mujer, mientras que el maltrato físico lo es en hombres.

No obstante, el abuso físico tiene más consecuencias negativas en la salud de las mujeres. Se ha identificado que no existen diferencias significativas entre las mujeres adultas con historia de abuso sexual y aquéllas con antecedente de abuso físico, con respecto a los síntomas físicos y psicológicos que experimentan. Además, la historia de maltrato

físico se asocia significativamente con la presencia de depresión sólo en las mujeres. En conjunto, esta información sugiere que el maltrato físico puede cumplir un papel más importante del que se ha pensado en el desarrollo de la depresión.

La experiencia de eventos adversos en la infancia también parece asociarse con el curso y pronóstico del trastorno distímico, aunque la información con respecto a este trastorno es escasa.

Por lo anterior, en el presente trabajo nos propusimos: a) determinar y comparar la frecuencia del maltrato físico en la infancia en mujeres con trastorno depresivo mayor y trastorno distímico en un centro comunitario de salud mental; b) determinar la comorbilidad psiquiátrica asociada con la historia de maltrato físico; y c) comparar la gravedad de la sintomatología depresiva y del riesgo suicida en función de la historia de maltrato físico y el diagnóstico.

Se estudiaron mujeres, de 18 a 65 años de edad, alfabetas, con diagnóstico de trastorno depresivo mayor o trastorno distímico (DSM-IV) y que aceptaran participar otorgando su consentimiento informado por escrito. Las participantes fueron evaluadas con la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica y respondieron el Inventario de Depresión de Beck (IDB) y el Índice de Maltrato Físico Infantil (IMFI).

El IMFI es un instrumento autoaplicable que se desarrolló como parte de la investigación. Inicialmente se elaboraron 59 reactivos sobre experiencias de maltrato en la infancia, los cuales fueron clasificados por cuatro jueces clínicos. Cinco reactivos se clasificaron como maltrato físico por tres de los cuatro jueces, por lo que éstos se emplearon para conformar el IMFI. El instrumento mostró propiedades psicométricas satisfactorias: coeficientes de correlación elevados entre los reactivos y la suma total, un alto coeficiente de confiabilidad, y en el análisis factorial produjo un solo componente que explicaba casi 70% de la varianza.

Participaron en la investigación ochenta mujeres, 42 con trastorno depresivo mayor (TDM) y 38 con trastorno distímico (TD). El 75 y 72%, respectivamente, reportaron una historia positiva de maltrato físico. La intensidad del maltrato experimentado mostró una tendencia a ser significativamente mayor entre las mujeres con TDM (4.88 [DE 4.81] vs. 3.18 [DE 3.10]; $t=1.8$, $gl\ 78$, $p=.07$).

Las mujeres con historia de maltrato físico obtuvieron calificaciones significativamente más elevadas en el IDB en comparación con las que no lo habían sufrido. Este resultado fue independiente del diagnóstico. En contraste, el riesgo suicida no varió significativamente en función de la historia de maltrato físico.

Las pacientes con historia de maltrato físico tendieron a presentar un mayor número de trastornos psiquiátricos comórbidos. En este mismo grupo, la gravedad de la sintomatología depresiva se relacionó significativamente con la gravedad del maltrato ($r=0.27$, $p=.03$).

Los resultados muestran que aproximadamente tres de cada cuatro mujeres con TDM o TD experimentaron maltrato físico en la infancia. Éste se asocia, además, con una mayor gravedad de los síntomas depresivos y posiblemente con una mayor comorbilidad psiquiátrica.

La elevada proporción de mujeres con TDM o TD con una historia de maltrato contrasta con los datos obtenidos en estudios previos. El origen de la discrepancia puede estar, al menos en parte, en la definición empleada, ya que en este estudio se usó una definición más estricta que incluye el maltrato considerado «leve».

Estos resultados sugieren que se debe investigar sistemáticamente el maltrato físico infantil en las mujeres con TDM o TD y tomarse en cuenta en el plan terapéutico.

Palabras clave: Maltrato infantil, maltrato físico infantil, depresión mayor, trastorno distímico, riesgo suicida.

INTRODUCCIÓN

El maltrato a los menores ha sido un comportamiento constante a lo largo de la historia del ser humano, e incluso se dice que es tan antiguo como la humanidad misma.¹

Mientras que durante siglos se creyó que los golpes y azotes ayudaban a que el niño «forjara» su carácter, apenas a principios del siglo pasado Freud comenzó a señalar las repercusiones que tenía en el psiquismo del sujeto la violencia ejercida por los adultos,^{2,3} y sólo en los últimos treinta años se ha ido esclareciendo la estrecha relación entre el abuso físico infantil y el desarrollo de psicopatología en la etapa adulta.⁴⁻¹⁰

No obstante que en la actualidad existe un mayor conocimiento de los elementos físicos y emocionales necesarios para un mejor desarrollo de los niños, el maltrato físico prevalece como un problema de salud pública internacional. De acuerdo con estudios epidemiológicos recientes, 31% de los hombres y 21% de las mujeres afirman haber recibido maltrato físico en la infancia, y en cerca de la mitad de los casos se trató de abuso físico grave.¹¹

El panorama en México no es muy distinto ya que 18% de la población reporta haber sido golpeada por sus padres.¹² Así también, los resultados de un estudio epidemiológico realizado en la población de cuatro ciudades de nuestro país¹³ muestran que entre 14 y 21% de los adolescentes afirman haber recibido golpes durante la infancia por parte de alguno de sus padres.

Las experiencias de maltrato en la infancia se han asociado con el desarrollo de depresión mayor,^{4,6} un trastorno del estado de ánimo caracterizado por episodios de ánimo depresivo y/o pérdida del interés, acompañados de cambios en el apetito, el peso, el sueño, las funciones cognitivas y la actividad psicomotora, y frecuentemente, también pensamientos de muerte y comportamiento suicida.¹⁴ El interés en la relación existente entre la depresión mayor y el maltrato infantil se ha concentrado en el antecedente de abuso sexual.¹⁵ Se ha sugerido que esto se debe a que tanto la depresión como el abuso sexual afectan predominantemente a las mujeres, mientras que el abuso físico es más frecuente en los hombres.¹⁵ Este argumento, no obstante, desestima la relación entre el abuso físico y la depresión en las mujeres.

Se ha documentado, por ejemplo, que aunque el abuso físico es más frecuente en los hombres, se asocia con más consecuencias negativas en la salud mental de las mujeres;¹⁶ además, el maltrato físico grave afecta por igual a hombres (10.7%) y mujeres (9.2%).¹¹ También se ha identificado que no existen diferencias significativas entre las mujeres adultas con historia de abuso sexual y aquellas con antecedente de abuso físico, con respecto a los síntomas físicos y psicológicos que experimentan.⁷ Por último, la historia de maltrato físico se asocia significativamente con la presencia de depresión sólo en las mujeres.⁴ Esta información, en conjunto, sugiere que el maltrato físico puede

contribuir más de lo que se ha pensado al desarrollo de la depresión mayor en la población femenina.

La experiencia de eventos adversos en la infancia también parece asociarse con el curso y pronóstico del trastorno distímico,¹⁷ otro estado depresivo, que, a diferencia de la depresión mayor, se caracteriza por una menor gravedad sintomática pero con una mayor duración. Si bien tiene una prevalencia menor que la depresión mayor, el trastorno distímico puede producir igual o mayor limitación funcional del individuo.¹⁸

Existe muy poca información sobre la historia de abuso físico en la infancia en adultos con trastorno distímico. Lizardi et al.¹⁹ encontraron que, entre los pacientes con trastorno distímico, se presentaron más reportes de abuso físico y sexual que en los sujetos control, pero no difirieron de los individuos con trastorno depresivo mayor y tampoco se encontraron diferencias por género. No obstante, estos resultados sugieren que el abuso físico se asocia tanto con las presentaciones episódicas como con las formas crónicas de la depresión.

Algunos estudios han informado que el maltrato infantil también podría influir en el curso, características clínicas y comorbilidad asociada a la depresión,^{20,21} e incluso en la respuesta a diferentes modalidades terapéuticas.²² Específicamente, la historia de abuso físico se ha asociado con síntomas neurovegetativos como la hiperexia, la ganancia ponderal y la hipersomnía.²³

Con base en lo anterior, los objetivos de este trabajo fueron: a) determinar y comparar la frecuencia de historia de maltrato físico y su gravedad en mujeres con trastorno depresivo mayor y trastorno distímico en un centro comunitario de salud mental; b) determinar la comorbilidad psiquiátrica en función de la historia de maltrato físico; y c) comparar la gravedad de la sintomatología depresiva y del riesgo suicida en función de la historia de maltrato físico y el diagnóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Sujetos

Los sujetos se seleccionaron de la población que acudió al Centro Comunitario de Salud Mental Cuauhtémoc entre el 4 de marzo y el 31 de agosto de 2005, en busca de atención psiquiátrica. Se invitó a participar solamente a mujeres, de 18 a 65 años de edad, alfabetas y que en la evaluación clínica de admisión recibieron el diagnóstico de trastorno depresivo mayor o trastorno distímico (con base en los criterios del DSM-IV).¹⁴ Las participantes recibieron una explicación del propósito y procedimientos de la investigación y se les solicitó su consentimiento informado por escrito.

Todas las participantes se sometieron a la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI)²⁴ con la fina-

lidad de confirmar el diagnóstico principal y establecer la comorbilidad psiquiátrica. Asimismo, se obtuvieron los datos sociodemográficos y otras características clínicas empleando una cédula de información.

Las entrevistas fueron conducidas por psiquiatras (CIA y JAO) con más de diez años de experiencia clínica, así como entrenamiento en la aplicación de la MINI.

Instrumentos

Una vez concluida la MINI, las participantes completaron el Inventario de Depresión de Beck (IDB),²⁵ en su versión conocida como IA. El IDB es un instrumento autoaplicable de 21 reactivos que evalúa la sintomatología depresiva y se ha utilizado ampliamente en la investigación relativa a la depresión. Cada reactivo ofrece cuatro opciones de respuesta cuyos valores van de cero a tres. La suma de las calificaciones de todos los reactivos proporciona una medida de la gravedad de la sintomatología depresiva, de tal forma que una mayor puntuación indica mayor gravedad. Su validez está bien documentada y se ha probado su validez convergente con otros instrumentos, incluida la Escala de Depresión de Hamilton.^{25,26} La versión en español que utilizamos ha mostrado una elevada confiabilidad.

Finalmente, para investigar la historia de maltrato físico, se pidió a las pacientes que llenaran el Índice de Maltrato Físico Infantil (IMFI). Este instrumento que tiene un formato de autorregistro se desarrolló como parte de esta investigación. Si bien existen varios instrumentos que evalúan el abuso físico, algunos realizan una medición dicotómica que impide una estimación de la gravedad del maltrato y, por otro lado, pocos instrumentos han mostrado poseer propiedades clinimétricas satisfactorias.²⁷

El proceso de desarrollo fue el siguiente. En una primera etapa, tres de los investigadores, basados en su experiencia clínica así como en una revisión de la literatura sobre el tema y de algunos de los instrumentos disponibles para evaluar el abuso infantil, redactaron 59 reactivos cuyo fin era investigar una amplia variedad de experiencias de maltrato en la infancia.

Después se solicitó a tres psiquiatras y un psicólogo (dos mujeres y dos hombres) con experiencia en la atención de pacientes sobrevivientes de maltrato, que clasificaran los reactivos en alguna de las siguientes categorías: maltrato físico, maltrato psicológico, abuso sexual, maltrato por abandono, incierto o no hubo maltrato. Los reactivos que al menos tres de los jueces calificaron como correspondientes a maltrato físico se emplearon para construir el IMFI.

Mediante este procedimiento, se obtuvo un cuestionario de seis preguntas que investigan la frecuencia con que un sujeto recibió golpes de su padre, madre y/o tutor cuando tenía entre tres y 17 años de edad. El sujeto responde seleccionando entre las opciones nunca, algunas veces, frecuentemente y casi siempre, cuyos valores son 0, 1, 2 y 3, respec-

tivamente. La suma de las puntuaciones en cada reactivo proporciona una calificación global para el maltrato físico.

Después, se calcularon los coeficientes de correlación (de Pearson) entre los seis reactivos que originalmente componían el IMFI. Se observó que dos de los reactivos presentaban un coeficiente de 0.79, lo que sugirió redundancia entre ellos. Por tal motivo se revisaron y se decidió eliminar uno de ellos; las correlaciones restantes estuvieron entre .54 y .67 ($p < .001$). A continuación, se estimaron los coeficientes de correlación entre las puntuaciones de cada reactivo con la suma total, y se obtuvieron valores entre 0.78 y 0.85. Asimismo, se evaluó la confiabilidad del cuestionario mediante el cálculo del alfa de Cronbach, con lo cual se obtuvo un valor satisfactorio (0.88). Finalmente, el instrumento se sometió a análisis factorial por el método de extracción de los componentes principales. En éste, los cinco reactivos emergieron como un solo componente que explicó 69.3% de la varianza. Las cargas factoriales para los reactivos fueron .71, .73, .71, .62 y .67, respectivamente. El cuestionario se presenta en el apéndice. El rango de calificaciones posibles está entre 0 y 15; a una mayor puntuación corresponde una mayor gravedad del maltrato. En esta investigación se emplearon dos mediciones del maltrato físico: una medición categórica donde su presencia se definió como una calificación diferente de cero; y una de la gravedad basada en la puntuación total.

La calificación del riesgo suicida se obtuvo del módulo correspondiente de la MINI.²⁴ Éste comprende seis preguntas sobre la presencia en el último mes de deseos de muerte, de autolesiones, ideas suicidas, planes de suicidio e intentos suicidas, así como la presencia de estos últimos pero a lo largo de toda la vida. Las opciones de respuesta son sí y no; una respuesta afirmativa a cada una de las preguntas tiene los valores de 1, 2, 6, 10, 10 y 4 puntos, respectivamente. La suma de los valores de las respuestas permite obtener una puntuación global que puede clasificarse en tres grados: riesgo suicida leve (1-5 puntos), moderado (6-9 puntos) y grave (>9 puntos).

Análisis

Las características demográficas y clínicas se presentan en medias, desviaciones estándar y proporciones.

Para comparar la frecuencia de maltrato físico entre los grupos, se empleó chi cuadrada. Mediante ANOVA de dos factores se compararon las calificaciones en el IDB en función del diagnóstico psiquiátrico y la historia del maltrato físico. Para comparar el riesgo suicida (presencia versus ausencia de riesgo suicida) entre los grupos diagnósticos y en función de la historia de maltrato físico, se empleó chi cuadrada. Finalmente, se estableció la relación entre las puntuaciones en el IMFI y el IDB en el grupo con historia positiva mediante el cálculo del coeficiente de correlación de Pearson.

Cuadro 1. Características demográficas de la muestra

	Depresión mayor (n=42)	Trastorno distímico (n=38)	t / χ^2	gl	p
Edad (años)	38.0 (DE 11.3)	39.8 (DE 12.9)	-.64	78	.52
Estado civil con pareja (%)	64.2	55.2	.67	1	.49
Escolaridad (años)	9.5 (DE 3.2)	10.3 (DE 3.1)	-1.10	78	.25
Ocupación Hogar (%)	50.0	60.0	.89	1	.37

RESULTADOS

Participaron en el estudio ochenta pacientes: 42 con trastorno depresivo mayor (TDM) y 38 con trastorno distímico (TD). En general, se trató de una población de mujeres adultas, con escolaridad promedio de secundaria, alrededor de la mitad de ellas con pareja y con las labores del hogar como principal ocupación (cuadro 1). No hubo diferencias significativas entre los grupos con respecto a estas características demográficas.

El 76.2% de las pacientes afirmó haber sufrido maltrato físico en la infancia. No hubo diferencias significativas entre la proporción de mujeres con TDM y TD con una historia positiva (75% vs. 72%, $\chi^2=.263$, gl 1, $p=.79$). Sin embargo, la gravedad del maltrato experimentado mostró una tendencia a ser significativamente mayor entre las mujeres con TDM (4.88 [DE 4.81] vs. 3.18 [DE 3.10]; $t=1.8$, gl 78, $p=.07$).

Las pacientes con TDM presentaron sintomatología depresiva más grave que aquéllas con TD (cuadro 2). También las mujeres con historia de maltrato físico obtuvieron calificaciones significativamente más elevadas en el IDB en comparación con las que no lo habían sufrido. Esto último fue independientemente del diagnóstico, ya que la interacción categoría diagnóstica \times maltrato físico no fue significativa.

Cuadro 2. Gravedad de la sintomatología depresiva y el riesgo suicida en función de la historia de maltrato físico

	Trastorno depresivo mayor			Trastorno distímico			Comparación	
	Maltrato físico			Maltrato físico			F/ χ^2	p
	positivo (n=33)	negativo (n=9)	Total (n=42)	positivo (n=28)	negativo (n=10)	Total (n=38)		
Inventario de Depresión de Beck	32.7 (DE 7.9)	24.2 (DE 11.2)	30.9 (DE 9.3)	22.6 (DE 9.9)	17.4 (DE 13.3)	21.2 (DE 10.9)	7.0 ^a 10.7 ^b 0.4 ^c	.01 .002 .52
Riesgo suicida presente (%)	51.5	66.6	54.7	14.2	10.0	13.5	0.021 ^a 14.6 ^b	.88 .001

^aMaltrato físico positivo vs. maltrato físico negativo.

^bTrastorno depresivo mayor vs. trastorno distímico.

^cInteracción diagnóstico \times maltrato físico.

Asimismo, las mujeres con TDM presentaron un riesgo suicida significativamente más elevado que las pacientes con TD. En contraste con lo observado en la sintomatología depresiva, el riesgo suicida no difirió significativamente en función de la historia de maltrato físico (cuadro 2).

El número de trastornos psiquiátricos comórbidos mostró una asociación marginal con el antecedente de abuso físico en la infancia (1.2 [DE 1.0] vs. 0.78 [DE 0.91], $t=-1.6$, gl 78, $p=.09$).

Entre la población con historia positiva de maltrato físico (n=61), la gravedad de éste se relacionó significativamente, aunque en forma débil, con la intensidad de la sintomatología depresiva ($r=0.27$, $p=.03$).

DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados de este estudio, tres de cada cuatro mujeres con trastorno depresivo mayor o trastorno distímico sufrieron maltrato físico durante la infancia. Esta proporción es notablemente superior no solamente a la que se ha obtenido en la población general, sino también a la encontrada en otros estudios con pacientes deprimidos. Brown y Anderson,²⁸ quienes examinaron a 1019 pacientes admitidos consecutivamente a un hospital psiquiátrico, identificaron el antecedente de abuso físico en 12.3% y 8.3% de los pacientes con TDM y TD, respectivamente. Más tarde, Lizardi et al.¹⁹ reportaron que 16% y 29% de los pacientes con TDM y TD, respectivamente, mostraban una historia de maltrato físico positiva. En un estudio realizado en una muestra representativa de población general, McHolm et al.²⁹ encontraron una prevalencia de 40.3% entre las mujeres con TDM.

Existen algunas explicaciones para esta disparidad en las prevalencias. La primera tiene que ver con las definiciones de maltrato físico. Brown y Anderson²⁸ emplearon una definición muy general al considerarlo como cualquier ataque físico que el sujeto reportara haber sufrido antes de los 18 años. Esta definición, al no ofrecer descripciones de eventos específicos, tiene la limitante de cederle al sujeto

evaluado el juzgar o determinar qué conductas corresponden a un ataque físico. Otros estudios han empleado definiciones que posiblemente se circunscriben a la forma grave del maltrato físico,^{4,6,7,11} la cual, en el caso de las mujeres, puede representar cerca de la mitad de los casos. Lizardi et al.,¹⁹ por ejemplo, lo definieron como haber sufrido golpes que por su fuerza o frecuencia habían producido equimosis o sangrado, o habían requerido atención médica. McHolm et al.²⁹ incluyeron otras conductas agresivas (empujones, golpes con objetos) pero no las consideraron maltrato si habían sido muy poco frecuentes; asimismo, en su definición de maltrato excluyeron los golpes con la mano (por ejemplo, «nalgadas» o «manazos»). En contraste, Sariola y Uutela, quienes investigaron una amplia variedad de formas de maltrato físico –incluida la violencia leve (por ejemplo, empujones, sacudidas, jalones de pelo, bofetadas, etc.)–, encontraron una prevalencia de 72% en adolescentes.³⁰

Para determinar si la elevada proporción de historia de maltrato físico que obtuvimos se debía a la inclusión de formas «leves», restringimos nuestra definición de tal forma que guardara equivalencia con la empleada por McMillan et al.⁴ (dado que la similitud de los reactivos así lo permitía). Aun así, la cifra resultante siguió siendo elevada (65%), aunque es semejante a la que se ha reportado en las mujeres deprimidas con ideación suicida.²⁹

Es posible que las cifras de prevalencia también se vean influidas por el procedimiento empleado para la obtención de las experiencias de maltrato físico. Tanto Lizardi et al.¹⁹ como Brown y Anderson²⁸ obtuvieron la información mediante entrevistas cara a cara con los sujetos. Estos últimos autores, además, investigaron las percepciones subjetivas de maltrato empleando preguntas como «¿Durante su crecimiento, antes de los 18 años, fue disciplinado por alguien mediante formas que usted consideraba excesivas?» Mientras que este tipo de preguntas puede favorecer la empatía y facilitar el tener mayor profundidad en las preguntas subsecuentes, también puede limitar la información sobre maltrato solamente a aquella que el propio sujeto juzgue como tal.

Recientemente, Widom et al.⁶ dieron a conocer los resultados del seguimiento prospectivo de una cohorte de niños cuyo maltrato físico había sido denunciado a agencias oficiales de protección. Al compararlos con un grupo similar de niños sin maltrato, identificaron que los primeros presentaron un riesgo 1.6 veces mayor de desarrollar un episodio depresivo mayor en la edad adulta. En ese mismo reporte señalan que sus resultados no pueden generalizarse al maltrato que no se denuncia, el cual incluye probablemente las formas «leves». La exclusión de las formas menos o poco severas de abuso físico da lugar a la ausencia de información en torno a sus efectos y, de esta forma, podría ser erróneamente entendido como inocuo, y promoverse entonces su tolerancia.

Es posible también que nuestros hallazgos estén influidos por sesgos de selección. Primero, porque se estudió una

población que buscó atención psiquiátrica; y segundo, porque es posible que la población con historia de maltrato físico tienda a presentar mayor morbilidad psiquiátrica y por lo tanto acuda más a los servicios de salud mental. De hecho, algunos de nuestros resultados sugieren que puede ser así ya que las mujeres deprimidas o distímicas que sufrieron abuso físico en la infancia presentaron mayor gravedad de la sintomatología depresiva y tendieron a presentar un número mayor de trastornos psiquiátricos comórbidos. Esta explicación, no obstante, lejos de subestimarlos, destaca la importancia de indagar sobre experiencias de abuso físico durante la evaluación clínica de las pacientes con trastornos depresivos, y más aún si se tiene en cuenta que identificamos una relación positiva entre la gravedad de la depresión y la del maltrato físico sufrido.

Aunque se trató de una relación débil, creemos que no debe menospreciarse por varias razones. Primero, porque este dato es consistente con los resultados obtenidos mediante estudios prospectivos en que se señala la contribución causal del maltrato físico sufrido en la infancia en el desarrollo de la depresión.⁶ Segundo, la asociación entre hechos ocurridos varias décadas atrás con el estado actual de las pacientes respalda la importancia de considerarlos en el plan terapéutico. Existe evidencia de que los elementos biográficos adversos influyen en la respuesta al tratamiento farmacológico, y se obtienen mejores resultados cuando existe un abordaje psicoterapéutico.²⁸ En este mismo sentido, debemos señalar que solamente evaluamos la historia de abuso físico, pero, dada la frecuente coexistencia con otras formas de maltrato, no podemos excluir el efecto asociado con éstas.

La ausencia de diferencia entre las pacientes con TDM y TD, con respecto al antecedente de maltrato físico, ya había sido identificada por Lizardi et al.¹⁹ Sin embargo, al realizar una estimación de su gravedad, encontramos que ésta tendió a ser mayor en las mujeres con TDM, lo cual podría estar sugiriendo una relación dosis-efecto. Sin embargo, para probar apropiadamente esta hipótesis, se requiere un diseño prospectivo.

En este estudio observamos que la presencia de riesgo suicida se asoció con el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, sin que hubiera influencia significativa de la historia de maltrato físico. Este dato parece contrastar con estudios recientes que señalan que las mujeres con depresión mayor que sufrieron abuso físico en la infancia tienen un riesgo tres veces mayor de experimentar ideación suicida.²² Aquí es necesario resaltar que en el presente trabajo se evaluó el riesgo suicida, entendido éste como una dimensión más amplia e incluyente (ideas suicidas, intentos suicidas), pero también menos específica. De hecho, McHolm et al.²⁹ encontraron que mientras que el abuso físico se asoció con la ideación suicida, no sucedió así con los intentos suicidas.

Este estudio muestra varias limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. En principio debe

tenerse en cuenta que se trata de una investigación *ex post facto* por lo que los resultados se limitan a la observación retrospectiva del fenómeno, no existe control sobre la variable u otras asociadas y no puede establecerse una relación causa-efecto.

En este mismo sentido, hay que agregar que la recopilación de información sobre hechos ocurridos en el pasado siempre está sujeta al sesgo del recuerdo. No obstante lo anterior, informes recientes³¹ han demostrado que la medición retrospectiva del maltrato infantil posee una fuerte capacidad para predecir psicopatología, comparable a la obtenida con la medición prospectiva, con la ventaja de que la primera consume mucho menos tiempo, es menos costosa y no enfrenta otras limitantes como pueden ser las fuentes de información (por ejemplo, la veracidad, disponibilidad y acceso a los registros oficiales de las instituciones gubernamentales o no gubernamentales).

También se ha señalado que la información obtenida mediante el autorreporte puede conducir al subregistro de información, particularmente cuando se trata de temas que pueden resultar embarazosos para el sujeto.³² Sin embargo, se ha identificado, primero, que esto también ocurre –y en proporciones similares– cuando se emplea un formato de entrevista,³³ y segundo, que existe una concordancia aceptable entre los formatos de autorregistro y de entrevista.³⁴

Asimismo, debemos apuntar que aunque el instrumento que se diseñó para evaluar el maltrato físico mostró un comportamiento psicométrico satisfactorio, será necesario reproducir esta información con otros grupos de población (por ejemplo: hombres, adolescentes, pacientes con otra morbilidad psiquiátrica), así como probar su estabilidad temporal.

Es también importante reconocer que se obtuvieron diagnósticos transversales y no longitudinales, por lo que es probable que entre las mujeres con trastorno distímico hubiera pacientes con episodios anteriores de depresión mayor o viceversa, ya que la comorbilidad entre ambos trastornos es elevada. No obstante, en la última década se ha obtenido información que apoya la distinción entre las formas agudas y crónicas de la depresión, y ofrece justificación a la categoría diagnóstica de trastorno distímico.^{17-19,35}

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a las doctoras Lourdes García Fonseca y Magdalena Ocampo, a la licenciada en psicología Verónica Sánchez, y a los doctores Alfredo Whaley e Iván Arango su colaboración desinteresada en el desarrollo del IMFI.

REFERENCIAS

1. Del Bosque-Garza J. Historia de la agresión a los niños. *Gac Med Mex* 2003;139:368-370.
2. Freud S. Obras completas. Volumen XIV. Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología y otras obras (1914-1916). Argentina: Amorrortu Editores; 1992.
3. Freud S. Obras completas. Volumen XVII. De la historia de una neurosis infantil (el «Hombre de los lobos») y otras obras (1917-1919). Argentina: Amorrortu Editores; 1992.
4. MacMillan HL, Fleming JE, Streiner DL, Lin E et al. Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *Am J Psychiatry* 2001;158:1878-1883.
5. Widom CS. Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *Am J Psychiatry* 1999;156:1223-1229.
6. Widom CS, Dumont K, Czaja SJ. A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:49-56.
7. McCauley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L et al. Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse. Unhealed wounds. *JAMA* 1997;277:1362-1368.
8. Sanders B, Giolas MH. Dissociation and childhood trauma in psychologically disturbed adolescents. *Am J Psychiatry* 1991;148:50-54.
9. Luntz BK, Widom CS. Antisocial personality disorder in abused and neglected children grown up. *Am J Psychiatry* 1994;151:670-674.
10. Ogata SN, Silk KR, Goodrich S, Lohr NE et al. Childhood sexual abuse and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1990;147:1008-1013.
11. MacMillan HL, Fleming JE, Trocmé N, Boyle MH et al. Prevalence of child physical and sexual abuse in the community. *JAMA* 1997;278:131-135.
12. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Ramos L et al. Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *Salud Pub Mex* 2005;47:8-22.
13. Villatoro J, Quiroz N, Gutierrez ML, Díaz M et al. ¿Cómo educamos a nuestros/as hijos/as? Encuesta de maltrato infantil y factores asociados 2006. Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM). México, D. F.
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (Cuarta edición). Washington: American Psychiatric Press; 1994.
15. Weiss EL, Longhurst JG, Mazure CM. Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: Psychosocial and neurobiological correlates. *Am J Psychiatry* 1999;156:816-828.
16. Thompson MP, Kingree JB, Desais S. Gender differences in long-term consequences of physical abuse of children: Data from a nationally representative survey. *Am J Public Health* 2004;94:599-604.
17. Hayden EP, Klein DN. Outcome of dysthymic disorder at 5-year follow-up: The effect of familial psychopathology, early adversity, personality, comorbidity, and chronic stress. *Am J Psychiatry* 2001;158:1864-1870.
18. Leader JB, Klein DN. Social adjustment in dysthymia, double depression and episodic major depression. *J Affect Disord* 1996;37:91-101.
19. Lizardi H, Klein DN, Ouimette PC, Riso LP et al. Reports of the childhood home environment in early-onset dysthymia and episodic major depression. *J Abnorm Psychol* 1995;104:132-139.
20. Bernetz CZ, Stein MB. Relationship of childhood maltreatment to the onset and course of major depression in adulthood. *Depress Anxiety* 1999;9(4):164-174.
21. Harkness KL, Wildes JE. Childhood adversity and anxiety versus dysthymia co-morbidity in major depression. *Psychol Med* 2002;32:1239-1249.
22. Nemeroff CB, Heim CM, Thase ME, Klein DN et al. Differential responses to psychotherapy versus pharmacotherapy in patients with chronic forms of major depression and childhood trauma. *Proc Natl Acad Sci USA* 2003;100:14293-14296.
23. Levitan RD, Parikh SV, Lesage AD, Hegadoren KM et al. Major depression in individuals with a history of childhood physical or sexual abuse: relationship to neurovegetative features, mania, and gender. *Am J Psychiatry* 1998;155:1746-1752.
24. Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Amorin P et al. The MINI International Neuropsychiatric Interview (M. I. N. I.): The development and validation of a structured diagnostic interview. *J Clin Psychiatry* 1998;59(Supl. 20):22-23.
25. Beck AT, Steer RA. Beck Depression Inventory Manual. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1993.

26. Brown C, Schulberg HC, Madonia MJ. Assessment depression in primary care practice with the Beck Depression Inventory and the Hamilton Rating Scale for Depression. *Psychol Assessment* 1995;7:59-65.
27. Roy CA, Perry JC. Instruments for the assessment of childhood trauma in adults. *J Nerv Ment Dis* 2004;192:343-351.
28. Brown GR, Anderson B. Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *Am J Psychiatry* 1991;148:55-61.
29. McHolm AE, McMillan HL, Jamieson E. The relationship between childhood physical abuse and suicidality among depressed women: Results from a community sample. *Am J Psychiatry* 2003;160:933-938.
30. Sariola H, Uutela A. The prevalence and context of family violence against children in Finland. *Child Abuse Negl* 1992;16:823-832.
31. Tajima EA, Herrenkohl TI, Huang B, Whitney SD. Measuring child maltreatment: A comparison of prospective parent reports and retrospective adolescent reports. *Am J Orthopsychiatry* 2004;74:424-435.
32. Henry B, Moffitt TE, Caspi A, Langley J et al. On the «remembrance of things past»: A longitudinal evaluation of the retrospective method. *Psychol Assess* 1994;6:92-101.
33. Williams LM. Recall of childhood trauma: a prospective study of women's memories of child sexual abuse. *J Consult Clin Psychol* 1994;62:1167-1176.
34. Fink L, Bernstein DP, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M. Initial reliability and validity of the childhood trauma interview: A new multidimensional measure of childhood interpersonal trauma. *Am J Psychiatry* 1995;152:1329-1335.
35. Klein DN, Shankman SA, Rose S. Ten-year prospective follow-up study of the naturalistic course of dysthymic disorder and double depression. *Am J Psychiatry* 2006;163:872-880.

APÉNDICE

Índice de maltrato físico infantil

Las siguientes preguntas son para investigar si usted experimentó maltrato físico durante la infancia y/o adolescencia (entre los 3 y los 17 años). Por favor, marque con una *X* la opción que mejor se ajuste a su caso.

Por favor conteste todas las preguntas.

¿Qué tan frecuentemente su **padre, madre y/o tutor** hicieron algunas de las siguientes cosas?

	Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
1. Le pegaba en la cara	0	1	2	3
2. Le pegaba con la mano en el cuerpo, brazos o piernas	0	1	2	3
3. Le pegaba con el puño en el cuerpo, brazos o piernas	0	1	2	3
4. Le pegaba con el pie	0	1	2	3
5. Le pegaba con objetos	0	1	2	3

Artículo sin conflicto de intereses