



# **BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA**

---

---

**HOSPITAL PSIQUIATRICO  
DR. RAFAEL SERRANO**

**PSICOPATOLOGIA EN HIJOS DE MADRES CON/SIN  
DEPRESION. UN ESTUDIO COMPARATIVO.**

## **TESIS**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:  
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA**

**QUE PRESENTA**

**SANDRA REBECA PASCACIO VAZQUEZ**

**ASESOR METODOLOGICO Y EXPERTO:  
DRA. MARIA DEL CARMEN LARA MUÑOZ**

**PUEBLA. PUE. 2014**

INDICE	
INTRODUCCIÓN	2
OBJETIVOS	15
MATERIAL Y METODOS	16
RESULTADOS	24
DISCUSIÓN	28
CONCLUSIONES	27
REFERENCIAS	29

## Introducción

Los individuos que padecen depresión tienen dificultades para mantener relaciones interpersonales saludables, mantienen mayor retraimiento e interacciones negativas con otros. Dado que la familia es un importante contexto del desarrollo humano, entender la asociación entre la depresión materna y el bienestar de sus hijos jóvenes tiene gran trascendencia para conocer el alcance del trastorno depresivo en generaciones futuras (Turney, 2011).

Jensen y cols (2011) citan que el costo estimado para la sociedad como resultado de los problemas de conducta en adolescentes es de 335 a 350 billones de dólares por año en Estados Unidos. Según la Asociación Americana de Psicología en el 2000, los trastornos de conducta en los niños y adolescentes son caracterizados por mostrar actitudes agresivas hacia otros y oposición general hacia las reglas y normas sociales (Reyes y Marsh, 2011). Esto permite visualizar la importancia del problema.

### **Prevalencia de depresión en mujeres**

La frecuencia de depresión en mujeres va del 20% hasta 25% de las mujeres a lo largo su vida (Bahar y cols, 2014). En mujeres de 18-44 años (edad reproductiva) afecta del 12 al 14% (Segall y cols, 2012); durante el embarazo las madres primerizas experimentan síntomas depresivos alrededor del 8 al 14% de (Flykt y cols, 2010); y en el posparto aqueja del 10 al 15% de las mujeres (Segall y cols, 2012), llegando hasta el 30 a 60% en puerperio de mujeres con antecedente de trastorno del estado de ánimo (Kimmel y cols, 2014).

### **Prevalencia de psicopatología en adolescentes**

Los trastornos psiquiátricos frecuentemente inician en la adolescencia, la incidencia de depresión es mayor en este período (Rawal y cols, 2013); detectándose sintomatología depresiva elevada de 14.7%; 11.1% en varones y 17.9% en mujeres en una muestra de 57403 alumnos mexicanos con media de edad de 17 años ( $\pm 2.7$ ).

Johnson y Greenberg (2013) observaron que el 21% de niños y adolescentes experimentan un trastorno de ansiedad, del 20 al 25% de los adolescentes un trastorno depresivo al

momento que terminan la secundaria y que uno de cuatro adolescentes de la comunidad tiene síntomas elevados de ansiedad o depresión. Los jóvenes de padres deprimidos tienen tasas de depresión seis veces más altas que los hijos de padres no deprimidos, además de inicio a edades más tempranas.

Cuando la exposición de los niños a la depresión materna es durante el primer año del postparto se relaciona a reportes de problemas infantiles. Problemas internalizados 9% en hijos de madres sin depresión comparado con 34% de hijos de madres con depresión. Problemas externalizados 7% en hijos de madres sin depresión comparado con 18% en hijos de madres con depresión. Los problemas externalizados se han relacionado a depresión actual en la madre. La severidad de los síntomas depresivos maternos a los cuatro meses de edad del niño, se relacionó con problemas de conducta siete años más tarde (Fihrer y cols, 2009 Rhonda y cols, 2011), durante la infancia y hasta la adolescencia (Azak y cols, 2012).

La depresión de padres incrementa de dos a tres veces el riesgo comparado con grupos controles para ansiedad, trastornos de conductas disruptivas y trastorno depresivo

mayor en niños (Weissman, 2006). En autorreportes de los infantes se encontró 15% de ansiedad y 36.5% con ideación suicida (Rhonda y cols, 2011; Weissman y cols, 2006). Más de un tercio de los infantes de madres deprimidas tienen un trastorno psiquiátrico actual, incluyendo ansiedad 16%, depresión 10% o trastorno de conducta disruptiva 22%, y al menos la mitad tuvieron un trastorno psiquiátrico previo (Weissman y cols, 2006), otros investigadores citan problemas cognitivos y de atención (Barker y cols, 2012). Estos problemas en los hijos inician frecuentemente antes de la pubertad, continuando en la adolescencia y adultez (Weissman y cols, 2006).

### **Factores ambientales en madres deprimidas e hijos**

Las madres deprimidas están expuestas a diferentes estresores de vida acumulados que incluyen desventaja socioeconómica, violencia familiar, bajo soporte social, mas riesgo por bajos logros escolares, embarazo en adolescentes, uso de sustancias y conductas criminales (Barker y cols, 2012, Cents y cols, 2013). También sufren comorbilidades psiquiátricas como ansiedad 69.8% y trastorno por consumo de sustancias 17.5 % (Rhonda y cols, 2011); los hijos de madres con depresión tienen más riesgo de estar expuestos factores ambientales desfavorables

(estado socioeconómico bajo OR 3.53, violencia de pareja OR 4.99, poco afecto de pareja OR 4.28, bajas redes de soporte emocional OR 5.34, madre con problemas legales OR 2.47) con cada uno de los factores de riesgo aumentó 20% la probabilidad para trastornos internalizados y externalizados, por ejemplo un infante con tres factores de riesgo aumenta la probabilidad de tener un trastorno del comportamiento aproximadamente en el 80% (Barker y cols, 2012).

Es importante notar la variedad de factores contextuales que han sido identificados como factores de riesgo para las condiciones del desarrollo en los infantes, que incluyen crianza disfuncional, psicopatología en los padres, rechazo de los demás (de pares, figuras de autoridad, entre otros) y convivir con pares trastornados (Reyes y Marsh, 2011).

### **Manifestación de la depresión materna en hijos**

La depresión materna ocasiona un disturbio en el desarrollo de los niños por disminuir la habilidad de la madre de criarlos de manera cálida, constante y sensible (Barker y cols, 2012 Flykt y cols, 2010, Johnson y Greenberg, 2013, Rhonda y cols, 2011, Weissman, 2006). Las madres deprimidas frecuentemente están menos perceptivas y comprometidas para

responder a las necesidades de sus hijos (Gross y cols, 2012).

La exposición a la depresión prenatal influye durante la etapa del posparto en la producción de los infantes de cortisol a lo largo del día. El desarrollo del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal en humanos también se influencia por el ambiente postnatal. Estudios de niños mayores y adolescentes que fueron expuestos a depresión materna han reportado elevado cortisol durante la mañana, tarde y en la noche comparado con niños de padres no deprimidos. Y se demuestra que a los 6 meses de edad los infantes de madres con ansiedad y depresión tienen niveles significativamente mas altos de cortisol a la hora de dormir, disminuye menos el cortisol de la mañana y la tarde hasta los 12 meses de edad. Una respuesta mal adaptativa al estrés es componente de la etiología y la expresión de muchos trastornos psiquiátricos. La exposición crónica a una hiperactividad del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal durante periodos de rápido desarrollo cerebral puede tener efectos de larga duración, como efecto en la actividad del patrón circadiano de la producción del cortisol (Azak y cols, 2012).

Se han descrito tres rutas principales sobre el efecto de la depresión en los hijos, primero, hijos de madres deprimidas pueden estar predispuestos genéticamente a respuestas fisiológicas mayores y son más vulnerables a los factores ambientales que frecuentemente se relacionan a la misma depresión de los padres. Segundo, la depresión materna prenatal produce daño fisiológico en el feto: ritmo cardíaco elevado, aumento de la reactividad fisiológica, retraso en el crecimiento, prematuridad y bajo peso al nacer y por último, los recién nacidos de mujeres deprimidas tienen cambios bioquímicos similares a los de la madre, como altos niveles de cortisol y bajos de dopamina y serotonina (Flykt y cols, 2010).

Otras posibles formas de expresión de la psicopatología de los padres en los hijos incluye genética, factores relacionales (poco apoyo y afectividad), conflictos maritales y estrés familiar asociado, y el desarrollo de conductas mal adaptativas como evitación de situaciones temidas e interpretaciones negativas de eventos (Johnson y Greenberg, 2013).

Otros autores señalan que la gran morbilidad provoca deficiente funcionalidad social y ocupacional, e incrementa

el riesgo de inmadurez en hijos de madres deprimidas (Rhonda y cols, 2011; Weissman y cols, 2006).

El alcance es tan amplio que se ha mostrado también que los síntomas maternos depresivos prenatales tienen un efecto indirecto significativo en los síntomas depresivos en la edad adulta de sus hijos, aumento de los problemas de salud antes de los 5 años de edad que predice un mayor estrés de la salud, pobre ajuste social para los hijos a la edad de 20 años y dificultades con el funcionamiento social. La pobre salud en los hijos es solo una de las múltiples variables involucradas en la transmisión intergeneracional de depresión que puede ser de hasta tres generaciones (Rasposa y cols, 2013; Rhonda y cols, 2011).

También se ha encontrado que la depresión materna estaba indirectamente relacionada a un mayor IMC de los infantes. Las madres con síntomas de depresión de moderados a graves (puntuación de 10 a 27 en la escala Patient Health Questionnaire-9) fueron el 7% y tuvieron un riesgo mayor de tener un hijo de 5 años con sobre peso u obesidad (OR 2.62) que las madres sin síntomas depresivos. Asociado a horarios variables de alimentación, con mayor consumo de bebidas azucaradas (OR 2.91), desayuno irregular y alimentación en

restaurantes 3 veces o mas por semana mas que las madres sin depresión (OR 2.43). Madres con depresión tienen menor posibilidad de poner límites acerca del alimento, usan el alimento como recompensa, los niños duermen menos horas por día y pasan menos horas en actividades físicas de juego. Los resultados muestran relación entre síntomas de depresión de la madre y obesidad en infancia temprana (Gross y cols, 2012).

También se ha evaluado el soporte parental, calidez, afecto, expresión del afecto positivo, recompensas positivas e implicación de los padres. El apoyo se conceptualiza como la ayuda a protegerse de los efectos del estrés de la vida y del ánimo negativo así como fomentar sentimientos de eficacia y autoestima por parte de los padres hacia sus hijos. El manejo general del menor consiste en tres componentes: monitorización, por ejemplo que tan frecuentemente el padre sabe dónde y con quien está el menor; disciplina justa y constante, por ejemplo que la disciplina no dependa del humor del padre; parentaje democrático por ejemplo explicar las razones de las decisiones de los padres y preguntar la perspectiva del menor en las decisiones importantes. Este constructo de "paternaje con autoridad" (firmeza, consistencia y

concesión de autonomía) está relacionado con bajos niveles de estrés internalizado y pocos problemas conductuales, comparado con estilos de paternaje sin estos elementos. Se ha encontrado que jóvenes que sufren ambos diagnósticos, de ansiedad y depresión, reportan a sus familias como bajas en "parentaje democrático" en comparación de aquellos jóvenes que tenían únicamente depresión. Se ha propuesto que la estructura y la concesión de autonomía proporcionado por el "paternaje con autoridad" funciona porque fomenta el desarrollo de los patrones de auto-regulación así como de capacidades cognitivas y sociales; esta capacidad, entonces, permite el funcionamiento adaptativo fuera del ambiente familiar del joven. Se postula que estas dimensiones de los padres son fundamentales para la formación de un concepto positivo del self y bienestar psicológico en adolescentes. La falta de esto incrementa el riesgo de estrés psicológico, se relaciona con depresión en adolescentes y se ha encontrado que el bajo apoyo de la madre se relaciona con depresión y ansiedad al mismo tiempo. Siendo la depresión materna un favorecedor para un bajo apoyo. Los afectos negativos por parte de los padres se asocian generalmente a síntomas internalizados, a diferencia de la muestra de poco afecto positivo que es único para depresión, aunque se han encontrado diferencias

en otros estudios. De una muestra de adolescentes jóvenes (media de edad=11.3) y sus padres (912 madres y 647 padres) se arrojaron resultados que indican que los grupos con altos niveles de depresión (6%) y altos niveles de depresión y ansiedad (7%) se asociaban significativamente con baja calidad de parentaje y alta psicopatología de los padres (Johnson y Greenberg, 2013; Jensen y cols, 2011).

Específicamente en adolescentes y en cuanto al problema en la diada padres e hijos; hay un aumento normal de leve a moderado de conflictos durante la adolescencia temprana, cuando los jóvenes expresan su creciente autonomía y desafían la autoridad hacia los padres y aunque el conflicto tiende a disminuir durante la adolescencia, se asocian el afecto negativo por parte de los padres con aumento de este conflicto, lo cual puede ocasionar una disminución en el apoyo de los padres y otorga patrones de desregulación efectiva de las emociones en los adolescentes. Jóvenes de padres que muestran frecuentemente afectos negativos no solo tienen pocas oportunidades de aprender como regular sus propias emociones, también llevan esos patrones y deterioran otras relaciones sociales y aumenta el riesgo de depresión. Los auto-reportes en jóvenes muestran relación consistente entre un fuerte

conflicto y depresión de diversas muestras que incluyen adolescentes afro-americanos, méxico-americanos, europeos/europeo-americanos, chinos y australianos. La hostilidad/ira parental predice síntomas depresivos en adolescentes longitudinalmente (Johnson y Greenberg, 2013). También se ha asociado la depresión materna y conductas agresivas en adolescentes, debido a que las madres deprimidas tienden a prácticas de disciplina inconsistentes, laxas e inefectivas, por malos estilos de comunicación y bajos niveles de organización y cohesión familiar (Pugh y Farell, 2012).

La vida temprana se ha considerado un periodo crucial para la organización de los sistemas afectivos. El sistema de recompensa presenta un desarrollo sustancial en la adolescencia con un aumento de la sensibilidad y búsqueda de la recompensa. La depresión parental es el factor de riesgo más robusto para depresión en personas jóvenes, alrededor de 40% de adolescentes con padres deprimidos desarrollan trastornos depresivos a principios de la edad adulta (Rawal y cols, 2013).

Las alteraciones en el proceso de recompensa pueden representar un factor de vulnerabilidad temprana para el

desarrollo del trastorno depresivo. La depresión en adultos se asocia con una hiposensibilidad de recompensa y una disminución en la búsqueda de recompensa puede ser una característica de depresión en niños y adolescentes. El estudio del papel de la respuesta a la recompensa es importante en la predicción de los síntomas depresivos, disfunción, e inicio de depresión en adolescentes hijos de padres deprimidos. La disminución de la respuesta de recompensa puede dejar disminución en el interés de actividades placenteras y reduce motivación de eventos sociales, apoyo y relaciones interpersonales. Las estructuras cerebrales involucradas en el proceso de recompensa son la corteza orbitofrontal, amígdala, estriado ventral y corteza prefrontal medial.

El tratamiento de estos trastornos de la infancia es controversial y está basado en un número limitado de estudios clínicos controlados. En contraste, para adultos hay considerable evidencia de la eficacia de variedad de farmacoterapia y psicoterapia para la depresión (Weissman y cols, 2006). Se ha reportado que la remisión de la depresión mayor de la madre, después del tratamiento, se asocia significativamente con reducción de los síntomas de psicopatología en sus hijos, esta reducción fue

significativamente menor en niños con madre deprimidas que experimentaban los factores de riesgo mas severos y respondían menos al tratamiento (Barker y cols 2012). La remisión de la depresión materna después de tres meses de medicación se asoció significativamente con reducción en los síntomas y diagnósticos de los niños del 11% en promedio en las tasas de diagnósticos de niños de madres con depresión remitida comparado con el incremento de aproximadamente 8% en las tasas de diagnostico en infantes de madres que su depresión no remitió (Weissman y cols 2006). De ahí la importancia de localizar el foco generador (padres) de la amplia morbilidad infantil y dar tratamiento.

La relación de la depresión de la madre con la psicopatología de los hijos no se ha abordado en nuestro medio. Considerando el elevado costo social de la depresión, el efecto sobre la siguiente generación amerita un estudio cuidadoso.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Comparar la psicopatología en hijos de madres con síntomas de depresión contra los hijos de madres sin síntomas de depresión.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Identificar el nivel de psicopatología de hijos adolescentes de madres con síntomas de depresión.

Identificar el nivel de psicopatología de hijos adolescentes de madres sin síntomas de depresión.

### **MATERIAL Y METODO.**

Diseño del estudio

Se realizó un estudio tipo TRANSVERSAL, COMPARATIVO, análisis secundario de una base de datos.

Sujetos

Madres de adolescentes de primer año de una escuela secundaria técnica de la ciudad de Puebla.

Adolescentes, estudiantes de primer año de una escuela Secundaria Técnica de la Ciudad de Puebla.

### **VARIABLES E INSTRUMENTOS**

Variable independiente

Síntomas de depresión en las madres de adolescentes.

Identificada con la Lista de 90 Síntomas.

Variable dependiente

Psicopatología en adolescentes. Escala de Connerse, versión larga para padres.

Instrumentos

Escala de síntomas SCL -90

La Derogatis Symptom Check List `90 (SCL-90) es una escala que evalúa el grado de "distrés" psicológico que experimenta el sujeto durante el período comprendido entre el día de la evaluación y la(s) semana(s) anterior(es) a la aplicación. Es un instrumento autoaplicable que evalúa individuos a partir de 18 años de edad.

El SCL 90 está constituido por 90 reactivos, que se contestan en una escala Likert de cinco puntos de distrés,

que van desde "no del todo" (cero) hasta "extremadamente" (cuatro). La psicopatología se refleja en nueve dimensiones de síntomas primarios. El contenido de los reactivos que componen las dimensiones son:

1. Somatización. Reflejan un grado de estrés proveniente de las percepciones de una disfunción corporal.
2. Obsesivo compulsivo. Reflejan conductas identificadas con el síndrome clínico de este nombre.
3. Sensibilidad interpersonal. Sentimientos de inadecuación personal e inferioridad, particularmente en comparación con otros individuos.
4. Depresión. Refleja un índice representativo de la manifestación clínica de la depresión.
5. Ansiedad. Comprende una serie de síntomas y conductas que con frecuencia se asocian clínicamente con una manifestación de exacerbada ansiedad
6. Hostilidad. Refleja pensamientos, sentimientos o acciones característicos del afecto negativo o un estado irascible.
7. Ansiedad fóbica. Reflejan síntomas que se han observado sobre todo en condiciones específicas de ansiedad fóbica y/o estados agorafóbicos.
8. Ideación paranoide. Esta dimensión se evalúa desde una perspectiva sindromática de la conducta paranoide,

donde los fenómenos paranoides se conciben como un modo de pensamiento.

9. Psicoticismo. Esta dimensión se construyó basándose en la amplia gama de síntomas expresados en las diferentes conductas psicóticas. Se incluyen alucinaciones auditivas, pensamientos mesiánicos, control de pensamiento de un tercero e inserción del pensamiento externos.

Esta escala fue validada en población mexicana por Cruz y colaboradores en el 2005, con un valores considerados como muy buenos del alfa de Cronbach para las dimensiones somatización, obsesivo-compulsivo, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, ansiedad fóbica y psicoticismo, así como el índice de severidad global y las categorías de hostilidad e ideación paranoide alcanzaron categorías aceptables del alfa de Cronbach ( $>0.6 < 0.7$ ). Con buen nivel de consistencia interna, posee una validez de constructo aceptable. Es una herramienta útil para tamizar posibles casos clínicos. (Cruz y cols, 2005). En cuanto a la validez de esta escala en los síntomas depresivos se han obtenido mayores coeficientes de correlación con la escala de depresión de Hamilton y con el Inventario de Depresión de

Beck, ha demostrado tener características psicométricas adecuadas para emplearla como instrumento de evaluación de psicopatología en muestra mexicana, de identificación de pacientes con depresión, siendo posible emplear la Lista en cualquier tipo de investigación. Mediante una curva ROC se determinó que la puntuación 1.5 en la subescala de depresión minimizaba el número de falsos positivos y falsos negativos (Lara y cols, 2005).

En esta investigación la depresión se identificó como presente con una puntuación de 1.5.

Escala de Conners, versión larga para padres

La Conner's Parent Rating Scale es una herramienta popular clínica y de investigación para obtener reportes de padres acerca de los problemas conductuales en jóvenes y niños. La escala inicial fue desarrollada como una lista de verificación comprensiva de los principales problemas de niños.

En la forma original tiene ítems agrupados en términos de problemas para dormir, problemas para comer, problemas de temperamento, problemas para mantener amigos, problemas en la escuela, conductuales y ansiedad etc. Después, se agrego una categoría de "adicional" con síntomas cardinales

de trastorno por déficit de atención: hiperactividad, impulsividad e inatención (Conners y cols 1998).

En 1997 se realizó la última revisión de la Conners Parent Rating Scale en su versión larga. El análisis factorial dio siete subescalas (1) negativista, (2) problemas académicos, (3) hiperactividad-impulsividad, (4) timidez-ansiedad, (5) perfeccionismo, (6) problemas sociales, (7) psicopatismo. También incluye el (8) índice de TDAH de Conners, un grupo de doce ítems que discriminan niños con TDAH de los normales. Además dos escalas adicionales, la primera, el índice global de Conners, este índice a su vez se divide en: (9) índice global de Conners (intranquilidad impulsividad) e (10) índice global de conners (labilidad emocional); la segunda, la subescala (11) índice global de síntomas del DSM IV. Consiste en 18 ítems que son directamente paralelos a los criterios diagnósticos del DSM IV para TDAH, tiene dos subgrupos que tratan de diferenciar entre TDAH con y sin hiperactividad: (12) Falta de atención (DSM IV) y (13) hiperactividad impulsividad (DSM IV) y (14) el total de puntuaciones. (Gianarris y cols 2001).

Subescalas de la escala de Conners' para padres revisada:

1. Negativista: probable que rompa reglas, tenga problemas con las autoridades y sean molestados muy fácilmente.
2. Problemas académicos: aprende mas lentamente, tiene dificultades organizativas, para completar tareas y problemas de concentración.
3. Hiperactividad-impulsividad: tiene dificultad para permanecer sentado o realizando la misma actividad por una período largo, es inquieto e impulsivo.
4. Timidez-ansiedad: tiene preocupaciones o miedo irracionales, tiende a ser emocional y sensible a las críticas, ansioso en situaciones no familiares, es tímido y aislado.
5. Perfeccionismo: se coloca metas muy altas, es fastidioso en la manera de hacer las cosas, es obsesivo en sus trabajos.
6. Problemas sociales: pocos amigos, baja autoestima y autoconfianza, se siente emocionalmente distante de los demás.
7. Psicósomátismo: refiere un número inusual de dolores y molestias.
8. Índice de TDAH de Conners: identifica niños y/o adolescentes con riesgo de TDAH.

9. Índice global de Conners', intranquilidad-impulsividad: indica intranquilidad, impulsividad y falta de atención.
10. Índice global de Conners', labilidad emocional: identifica individuos propensos a manifestar más respuestas o conductas emocionales (llanto, rabia, etc) que son típicas.
11. Índice global de Conners': Estas puntuaciones reflejan problemas de conducta en general. Altas puntuaciones tienden a indicar hiperactividad.
12. Falta de atención (DSM IV): puntuaciones altas se corresponden con los criterios diagnósticos de la falta de atención del DSM IV para el TDAH.
13. Hiperactividad-impulsividad (DSM IV): puntuaciones elevadas se corresponden con los criterios diagnósticos de hiperactividad-impulsividad del DSM IV para el TDAH
14. DSM IV total: puntuaciones altas se corresponden con los criterios combinados de falta de atención e hiperactividad-impulsividad para TDAH del DSM IV. (Nava y Peña, 2001).

## Procedimiento

Se incluyó a madres de adolescentes de una Secundaria Técnica en la Ciudad de Puebla, que sabían leer y escribir y que aceptaron participar en el estudio, sin déficit cognoscitivo o alguna otra circunstancia que les impidiera responder. Se excluyeron los cuestionarios incompletos (10% o más del cuestionario sin contestar). Las madres también respondieron la evaluación de psicopatología en sus hijos (escala de Coners' para padres).

Se tomó únicamente la subescala de síntomas depresivos de la SCL 90 y se comparó la psicopatología de hijos de madres con síntomas de depresión vs madres sin síntomas de depresión. Se realizó el análisis estadístico con el software SAS y el nivel de significancia se estableció en  $<0.05$

## **RESULTADOS**

De una muestra de 179 adolescentes y 189 madres. Doce de estas (6.52%) tuvieron síntomas de depresión.

Del grupo de madres con síntomas de depresión y su relación con la psicopatología de sus hijos se encontró que todas

las subescalas de la Escala de Conners eran superiores al del grupo de madres sin síntomas de depresión. Siete de éstas fueron estadísticamente significativas ( $p < 0.5$ ): (4) Tímidez y ansiedad ( $p = 0.0001$ ), (5) perfeccionismo ( $p = 0.007$ ), (6) problemas sociales ( $p = 0.0001$ ), (7) síntomas psicósomáticos ( $p = 0.0001$ ), (8) índice de TDAH de conner's ( $p = 0.05$ ), (9) índice global de conners', (10) labilidad emocional ( $p = 0.02$ ), (12) falta de atención ( $p = 0.04$ ).

**Cuadro 1.** Depresión en la madre y Escala de Conner's .

	Madres no deprimidas	Madres deprimidas	Valor de T	Valor de P
Negativista	4.67	6.62	1.36	0.17
Problemas académicos	5.8	8.88	1.71	0.09
Hiperactividad/ impulsividad	3.83	5.4	1.48	0.14
Timidez/ansiedad	3.98	10.33	5.52	0.0001
Perfeccionismo	3.94	6.09	2.72	0.007
Problemas sociales	2.27	5.5	4.87	0.0001
Psicósomático	2.31	5.18	4.17	0.0001
Índice de TDAH de conners (Riesgo de TDAH)	5.75	8.9	1.91	0.05
Índice global de conners (intranquilidad impulsividad)	3.44	4.25	0.8	0.42
Índice global de conners (labilidad emocional)	1.01	1.9	2.34	0.02
Índice global de conner DSM IV	4.48	6.25	1.37	0.17
Falta de atención	4.31	7	2.06	0.04
Hiperactividad /impulsividad (DSM IV)	3.74	5.44	1.48	0.13
Total	7.99	12.44	1.86	0.06

## **DISCUSIÓN**

Las principales diferencias de psicopatología entre los dos grupos se encontraron en las subescalas tímidez/ansiedad, problemas sociales y síntomas psicósomáticos. Posteriormente en perfeccionismo, que pudiera ser patológico sin que los padres lo contemplen como un síntoma anormal. La depresión en madres eleva el nivel de déficit de atención lo que a su vez, deteriora otras funciones cognitivas.

Nuestra prevalencia de mujeres con síntomas depresivos fue de 6%, menor a lo que Shegall y cols reportan (12 al 14%) en mujeres de edad reproductiva de 18-44 años.

En cuanto la psicopatología de los jóvenes de madres con síntomas de depresión vs madres sin síntomas de depresión se encontró mayor diferencia en trastorno internalizados estadísticamente significativo (tímidez-ansiedad, perfeccionismo, problemas sociales, psicomatismo, labilidad emocional e inatención) como lo menciona Fihrer (2009).

Coincide con lo que dice Barker 2012 en la diferencia de problemas de atención entre ambos grupos, se encontró en nuestra muestra  $p=0.04$ .

Coincide con Watson y cols 2012, quienes dicen que la depresión materna amplifica los síntomas depresivos, que fueron significativos en nuestra muestra: problemas sociales, Índice global de Conners (labilidad emocional) y falta de atención como síntomas depresivos. Aunque no coincide con lo que cita el mismo autor de los trastornos de conducta ni con Pugh y Farell 2012, ya que aunque si fue superior, no hubo diferencia significativa en nuestra muestra en las subescalas de: negativismo, hiperactividad/impulsividad, índice global de Conners (intranquilidad impulsividad) e Hiperactividad /impulsividad (DSM IV). No se encontraron diferencias significativas en conductas agresivas, disruptivas o también llamadas "trastornos externalizados".

Las madres y su bienestar son pieza angular para el buen desarrollo de los hijos, y los síntomas depresivos condicionan mal desarrollo en sus hijos. Este estudio en una población mexicana apoya la importancia de detectar y dar seguimiento a las madres con síntomas depresivos en la

futuras generación, esta intervención aportaría prevención secundaria en las generaciones futuras (sus hijos) y terciaria (dirigida al tratamiento y rehabilitación de la madre) en una sola estrategia.

La limitación del estudio fue que las madres contestaron las escalas que evaluaban la psicopatología en los hijos, y es posible que sus síntomas depresivos y distorsiones cognitivas pudieran modificar la fiabilidad en los resultados de la psicopatología en los hijos, en futuros estudios sería recomendable realizarse autoreportes en los hijos.

## **CONCLUSION**

Se confirma la hipótesis propuesta: la depresión materna tiene efectos deletéreos en el desarrollo de sus hijos adolescentes, que predisponen a deterioro cognitivo, pobre funcionamiento social, pobre control emocional y consecuentemente a trastornos mentales. Es urgente frenar esta transmisión transgeneracional de psicopatología.

## REFERENCIAS

- AZAK SM, MURISON R, WENTZEL T L, SMITH L, GUNNAR M R. Maternal Depression and Infant Daytime Cortisol. *Developmental Psychobiology* 2012; 334-351.
- BAHAR E G, GOKDUMAN A, GULUZAR A T, TATAR S, HEPYILMAZ I, BURCAK Z, ESCKICIOGLU F, GLUCU S. Mid-pregnancy vitamin D levels and postpartum depression. *European Journal of Obstetric & Gynecology and reproductive biology* 2014; 110-116.
- BARKER ED, COPELLAND W, MAUGHAN B, JATTE SR, UHER R. Relative impact Of maternal depression and associated risk factors on offspring psychopathology. *BJPsych* 2012; 124-129.
- CENTS A R M, DIAMANTOPOULOU S, HUDZIAK J, JADOOE V W V, HOFMAN A, VERHULST. Trajectories of maternal depressive symptoms predict child problem behaviour: The generation R study. *Psychological medicine*. 2013; 43: 13-25.
- CONNERS C K, SITARENIS G, PARKER J D A, EPSTEIN J N. The revised Conner's parent rating scale (CPRS-R): Factor structure, reliability, and criterion

validity. Journal of abnormal child psychology 1998; 26: 257-268.

- CRUZ F C S, LÓPEZ B L, BLAS G C, GÓNZALEZ M L, CHÁVEZ B R A. Datos sobre la validez y confiabilidad de la Symptom Chick List 90 (SCL 90) en una muestra de sujetos mexicanos. Salud Mental; 28: 72-81.
- FIHRER I, MCMAHON A, TAYLOS A J. The impact of postnatal and concurrent maternal depression on child behavior during the early school years. Journal of Affective Disorder 2009; 116-123.
- FLYKT M, KANNINEN K, SINKKONEN J, LEENA R, P. Maternal depression and dyadic interaction: The role of maternal attachment style. Inf. Child Dev 2010; 19: 530-55
- GONZALEZ F C, SOLIS T C, JIMÉNEZ T A, HERNANDEZ F I, GONZALEZ G A, JUAREZ G F, MEDINA M M E, FERNANDEZ V M H. Confiabilidad y validez de la escala de depression CES-D en un censo de estudiantes de nivel medio superior y superior, en la ciudad de México. Salud mental 2011; 34: 53-59.
- GROSS RS, VELAZCO N, BRIGGS R B, RACINE A D. Maternal Depressive Symptoms and Child Obesity in

Low-Income Urban Families. *Academic Pediatrics* 2012; 4: 356-363.

- JENSEN S R, MCMAHON R J. The relationship between parental knowledge and monitoring and child and adolescent conduct problems: A 10 year update. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2011; 14: 377-398
- KIMMEL M, HESS E, ROY P S, TEITELBAUM J P, MELTZER B S MEUCHEL J M, BOST E, PAYNE J L. Family history, not lack of medication use, is associated with the development of postpartum depression in a high risk sample. *Arch Womens Ment Health* 2014; 1-2.
- JOHNSON L E, GREENBERG M T. Parenting and Early Adolescent Internalizing: The importance of Teasing Apart Anxiety and Depressive Symptoms. *J Early Adolesc* 2013; 33;2: 201-226.
- PUGH K L, FARELL A D. The impact of maternal symptoms on adolescents aggression: Role of parenting and family mediators. *J Child Fam Stud*. 2012 21; 589-602.
- RASPOSA E, HAMMEN C, BRENNAN P, NAJMAN J. The Long-Term Effects of Maternal Depression: Early Childhood Physical Health as a Pathway to Offspring Depression. *J Adolesc Health*. 2013; 30:1-6.

- RAWAL A, COLLISHAW S, THAPAR A, RICE F. The risks of playing it safe': a prospective longitudinal study of response to reward in the adolescent offspring of depressed parents. *Psychological Medicine* 2013; 44:27-38.
- DE LOS REYES A, MARSH J. Patient's Contexts and their Effects on Clinicians' Impressions of conduct Disorder Symptoms. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2011; 479-485.
- RHONDA C B, DIAMONS G S, TEN T R. Emotional and behavioral functionin of offspring of African American mothers with depression. *Child Psychiatry Hum Dev* 2011; 42: 594-608.
- SEGALL P G, COURTNEY S B, OPPER N, DOSSET E, MOORE K, COURTNEY M, PINE JANET. The incidence of depression by fertility status in overweight and obese latin women. *Journal of inmigrant and minority health* 2012:1-5.
- TURNEY, C. Chronic and Proximate Depression among Mothers: Implications for Child Well-Being. *Journal of Marriage and Family* 2011: 149-163.
- WATSON K, POTTS J, HARDCASTLE E, FOREHAND R, COMPAS B E. Intenalizing and Externalizing Symptoms in Sons

and Daughters of Mother with History of Depression.  
J Child Fam Stud 21, 2012: 657-666.

- WEISSMAN M, PILOWSKY D, WICKRAMARA PJ, TALATI A, WISRNEWSKI SR, FAVA M, HUGHES CW, GARBER J, MALBY E, KING CA, CERDA G, SOOD A B, ALPERT J E, TRIVELDI M H, RUSH A J. Remissions in Maternal Depression and child Psychopatology. American Medical Association. (JAMA), 2006.