



Revista Chilena de Neuropsiquiatría

ISSN: 0034-7388

directorio@sonepsyn.cl

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y

Neurocirugía de Chile

Chile

Ballesteros T., Soledad; Vitriol G., Verónica; Florenzano U., Ramón; Vacarezza L., Andrea; Calderón K., Ana

Mujeres con depresión severa: Relación entre trauma infantil y gravedad de síntomas clínicos

Revista Chilena de Neuropsiquiatría, vol. 45, núm. 4, diciembre, 2007, pp. 288-295

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile

Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331527710004>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Mujeres con depresión severa: Relación entre trauma infantil y gravedad de síntomas clínicos

Women with sever depression: Relationship between childhood trauma and gravity of clinic symptoms

Soledad Ballesteros T.¹, Verónica Vitriol G.², Ramón Florenzano U.³,

Andrea Vacarezza L.⁴ y Ana Calderón K.⁴

Depression is one of the most important public health problems in Chile and globally. Many studies confirm that traumatic childhood experiences are one of the most important risks factors for the development of depression, for the gravity of symptoms and for comorbidity with other pathologies. The objective of this study was to determine empirically whether quantitative differences exists between women that are severely depressed and have antecedents of multiple traumatic events in their childhoods versus women without them. We studied a sequential sample of 136 patients, with 87 that presented antecedents of multiple traumatic events in their childhood, and 49 without them. All of them were evaluated at beginning with the Hamilton Depression Scale (HAM-D) and OQ 45.2 (outcome questionnaire) of Lambert. Data base were analysed with 12.0 version of SPSS ($p < 0.05$). We found a mean of 34.25 points in the HADM-D in patients remembering politraumatic antecedents and 24.67 in Hamilton Scale in patients without them. In the OQ 45 the means were 113, 71 in patients with multiple traumatic antecedents, versus 85.56 points in women without them ($t = 5.329 p < 0.001$). We conclude that in patients with severe depression, the subgroup with memories of politraumatic events in their childhood presented a major association with gravity of depressive symptoms.

Key words: Chilhood trauma, severe depression.

Rev Chil Neuro-Psiquiat 2007; 45 (4): 288-295

Introducción

En los últimos veinticinco años se ha acumulado abundante evidencia empírica que constata la relación entre maltrato infantil y psicopatología

adulta. Estos antecedentes se encuentran en un 34% a 53% de los pacientes con problemas de salud mental¹⁻⁴ asociados a los trastornos depresivos^{5,6} ansiosos⁷, somatización^{8,9}, disociativos¹⁰, abuso de sustancias^{11,12}, trastorno de la ali-

Recibido: 29 de noviembre de 2007

Aceptado: 10 de diciembre de 2007

¹ Psicóloga Clínica, Hospital de Curicó, Chile.

² Psicólogas Hospital del Salvador, Santiago, Chile.

³ Director de Investigación Universidad del Desarrollo, Psiquiatra Hospital Salvador.

⁴ Psiquiatra Hospital Curicó, Chile.

TRABAJO FINANCIADO PROYECTO CONICYT – FONIS SA05I220037. Esta institución sólo participó en la revisión del diseño de la investigación. No presenta conflictos de intereses.

mentación¹³, trastorno de personalidad¹⁴ conductas autodestructivas¹⁵, repetida traumatización en la adultez¹⁶, mayor morbilidad médica que genera poli consulta y mayor uso de recursos en salud¹⁷⁻¹⁹. Con respecto a la depresión específicamente, diversas investigaciones epidemiológicas han demostrado que las experiencias de negligencia, abuso físico y sexual de la infancia constituyen un factor de riesgo importante para su desarrollo^{5,6,20-23}. Clínicamente los pacientes con estos antecedentes tienen una mayor tendencia a presentar conductas autodestructivas, cronificar su sintomatología, iniciarla más temprano en la vida y presentar una mayor comorbilidad con trastornos ansiosos, somáticos, disociativos, abuso de sustancias y desorden de personalidad²⁴⁻²⁸. Esta complejidad sintomática puede ser comprendida por las consecuencias psicológicas y neurobiológicas debidas al trauma psíquico, aspecto que para muchos autores debe ser considerado en su tratamiento²⁹.

Estudios nacionales han corroborado los hallazgos extranjeros respecto a la frecuencia y relación del trauma infanto-juvenil con los cuadros afectivos de los adultos: Numhauser lo constató en una muestra de mujeres de la comunidad de Chiloé³⁰. En el Servicio de Salud Mental del Hospital de Curicó encontramos este tipo de antecedentes en un 82% de 173 mujeres en tratamiento, asociados a los cuadros depresivos y adicciones¹. De las pacientes con depresión en este estudio un 43% señaló haber sufrido abuso sexual³².

El objetivo de este trabajo es profundizar en la relación entre trauma infantil y depresión severa en mujeres adultas, comparando si existen diferencias significativas en la gravedad de la sintomatología depresiva, área de relaciones interpersonales y rol social, en pacientes con depresión severa según la presencia y cantidad de antecedentes traumáticos infantiles.

Material y Método

Todas las mujeres mayores de 20 años derivadas desde la atención primaria con el diagnóstico

de depresión severa a la Unidad de Salud Mental del Hospital de Curicó fueron entrevistadas, a su ingreso, entre los meses de Abril- Agosto del año 2006 (n = 154). Se excluyeron las con deterioro mental severo o hipoacusia. Una psicóloga clínica con experiencia en el diagnóstico de depresión, previo consentimiento informado y firmado por las participantes, confirmó clínicamente el diagnóstico de Depresión Severa siguiendo los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades décima versión (CIE 10), de acuerdo a la lista de síntomas contenidas en la “Guía Clínica para la Atención Primaria Detección, Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión” entregadas por el Ministerio de Salud³³⁻³⁵.

A las pacientes con diagnóstico confirmado (n = 136) se les administró la escala de tamizaje de Marshall, la cual registra el recuerdo anamnético de haber sufrido uno o más sucesos traumáticos antes de los 15 años de edad entre siete propuestos: separación traumática del parente, madre o cuidador por más de un mes, experiencia de haber sufrido castigo físico importante, haber quedado con daño físico después de haber sido castigado, haber presenciado violencia física entre los padres o cuidador, abuso de alcohol o drogas por algún miembro de la familia, contacto sexual forzado con un pariente, contacto sexual forzado con un no familiar. Esta escala se contesta binariamente, pudiendo variar sus puntajes entre 0 y 7 puntos, considerando un corte de tres o más puntos como politrauma³⁶. Se les aplicó además la escala de Hamilton para la depresión (21 ítems) y el instrumento OQ 45.2 (outcome questionnaire, cuestionario de resultados) creado por Lambert et al en 1996^{37,38}. Este último es un cuestionario de autoevaluación que mide resultados en psicoterapia tanto antes-después como sesión a sesión en tres áreas: sintomática (males-tar subjetivo, síntomas depresivos y ansiosos), relaciones interpersonales (aspectos de la vida familiar y de pareja, amistades y conflictos interpersonales, aislamiento e inadecuación), rol social (rendimiento laboral, distracción y tiempo libre).

Los datos fueron codificados y analizados con

el paquete computacional SPSS considerando la misma metodología que se ha utilizado en estudios previos a nivel nacional³⁹. Se determinaron frecuencias, promedios y se compararon las variables sociodemográficas y los indicadores de los instrumentos entre aquellos pacientes sin politrauma infantil (dos o menos antecedentes de trauma) y las con politrauma infantil (tres o más antecedentes), utilizando χ^2 y test de student con un valor estadísticamente significativo de $p < 0,05$.

Este trabajo fue autorizado por el Comité de

Ética del Servicio de Salud del Maule y financiado por Conicyt-Fonis (Sa05i20037).

Resultados

Las características sociodemográficas de ambas poblaciones dan cuenta de diferencias entre las pacientes con y sin politrauma en las variables de edad y estado civil (Tabla 1).

En cuanto a la cantidad de eventos traumá-

Tabla 1. Características sociodemográficas de pacientes severamente deprimidas con y sin politrauma infantil

		Con politrauma infantil	n	Sin politrauma infantil	n	t/ χ^2	p
Edad		38,86	87	44,19	49	T = -2,287	p = 0,024*
Escolaridad	Básica	49,90%	87	40,80%	49	$\chi^2 = 5,121$	p = 0,275
	Media	41,40%		38,80%			
	Técnica	3,40%		6,10%			
Ocupación	Dueña de Casa	59,60%	87	65,30%	49	$\chi^2 = 0,538$	p = 0,911
	Ocupada	34,50%		28,60%			
	Cesante	3,40%		4,10%			
	Estudiante	2,30%		2,00%			
Estado Civil	Soltera	11,50%	87	20,40%	49	$\chi^2 = 10,084$	p = 0,039*
	Separada	17,20%		22,40%			
	Casada	43,70%		38,80%			
	Viuda	4,60%		6,10%			
	Conviviente	23%		12,20%			
Grupo	F. Nuclear	90,80%	87	83,70%	49	$\chi^2 = 2,620$	p = 0,270
	F. Extendida	5,70%		6,10%			
	Sola	3,40%		10,20%			
Tratamientos anteriores	Sí	35,60%	87	30,60%	49	$\chi^2 = 0,353$	p = 0,552
	No	64,40%		69,40%			
Ant. psiquiátricos Personales	Sí	31%	87	24,50%	49	$\chi^2 = 0,656$	p = 0,418
	No	69%		75,50%			
Ant. psiquiátricos familiares	Sí	64,40%	87	71,40%	49	$\chi^2 = 10,721$	p = 0,097
Hospitalizaciones	Sí	18,40%	87	22,40%	49	$\chi^2 = 0,324$	p = 0,569
	No	81,60%		77,60%			

* p < 0,05 muestra que existen diferencias significativas.

ticos sufridos, se observó que las pacientes sin trauma infantil experimentaron, en promedio 1,40 sucesos traumáticos vividos en su infancia. El grupo de pacientes con antecedentes de politrauma experimentó en promedio 4,25 sucesos traumáticos. Se observan diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($t = 11,673$ y $p < 0,001$). El trauma sexual lo experimentó el 46,9% del total de las pacientes entrevistadas.

Con respecto a los diagnósticos con que fue-

ron derivadas las pacientes al momento de la primera consulta, existen diferencias significativas respecto al diagnóstico de depresión con riesgo o intento suicida ($\chi^2 = 10,324$ $p < 0,01$), siendo más frecuente en las pacientes con politrauma infantil que en las pacientes sin estos antecedentes. A diferencia de lo anterior, el diagnóstico de depresión psicótica es más frecuente en las pacientes sin antecedentes de politrauma infantil ($p < 0,0451$, $\chi^2 = 4,012$) (Tabla 2).

La Tabla 3 muestra los promedios de Hamilton

Tabla 2. Diagnósticos de derivación al Servicio de Psiquiatría, comparación entre mujeres con antecedentes de politrauma infantil y sin politrauma infantil

Diagnóstico derivación	% Depresión con politrauma infantil	Cantidad de pacientes n = 87	% Presión sin politrauma infantil	Cantidad de pacientes n = 49	χ^2	p
Depresión suicida	52,9	46	25	12	10,324	0,001*
Depresión refractaria	37,9	33	52,3	26	2,921	0,087
Depresión bipolar	2,3	2	6,8	3	1,294	0,255
Depresión dual	4,6	4	6,8	3	0,149	0,699
Depresión psicótica	2,3	2	9,1	5	4,012	0,0451**

*Se aprecian diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) siendo más alta la población de pacientes con politrauma derivadas con riesgo suicida. **Se aprecian diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) siendo más alta la población de pacientes sin politrauma derivadas por depresión psicótica.

Tabla 3. Distribución de promedios, desviación estándar y diferencias estadísticas de Instrumentos de Evaluación Inicial en 136 Mujeres ingresadas con diagnóstico de depresión severa. Instrumentos: Marshall, OQ 45.2 y Hamilton

Test	Promedio instrumentos pacientes con depresión severa, con más de 3 eventos traumáticos infantiles (politrauma) n = 87	DS	Promedio instrumentos pacientes con depresión severa con 2 ó menos eventos traumáticos infantiles n = 49	DS	T	p
Marshall (cantidad de respuestas afirmativas)	4,25	1,340	1,40	1,256	11,673	0,001
Hamilton	34,25	6,425	24,67	9,985	5,731	0,001
OQ Total	113,71	21,073	85,56	31,319	5,329	0,001
OQ Síntomas	72,21	12,955	57,49	20,434	4,314	0,001
OQ Rel. Interpersonales	23,80	6,761	15,84	8,701	5,269	0,001
OQ Rol Social	17,85	6,120	12,19	6,393	4,893	0,001

y OQ45 con todas sus subescalas. Se observa en la escala de Hamilton que las pacientes con politrauma infantil obtuvieron un promedio de 34,25 puntos (DS = 6,425), mientras que aquellas sin politrauma puntuaron sólo 24,67 en promedio (DS = 9,985). Ambas variables presentan diferencias significativas ($t = 5,731$ y $p = 0,001$).

Respecto al OQ 45 ambas poblaciones presentan resultados por sobre el puntaje de corte sobre 73 puntos, por lo tanto, son poblaciones disfuncionales. El grupo con politrauma tiene 113,71 puntos en promedio y el grupo sin politrauma 85,56 puntos. Hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos ($t = 5,329$ y $p < 0,001$).

Con respecto a las mediciones en las subescalas, se encontró que: en la subescala de síntomas las pacientes con antecedentes de politrauma obtuvieron un promedio de 72,21 puntos y las pacientes sin ellos 57,49 (puntaje de corte = 43). Hay diferencias significativas entre ambos grupos ($t = 4,893$ y $p < 0,001$). En la subescala de relaciones interpersonales el puntaje promedio de las pacientes con politrauma fue de 23,8 puntos y en aquellas sin politrauma fue de 15,84 puntos (corte = 16 puntos). Hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos ($t = 4,893$ y $p < 0,001$). En la subescala de rol social, las pacientes con antecedentes anamnéticos de politrauma infantil presentaron un promedio de 17,85 puntos, en cambio en el grupo sin estos antecedentes el promedio bajó a 12,19 (corte = 13 puntos). Existen diferencias significativas entre ambos ($t = 5,096$ y $p < 0,001$).

Discusión y Conclusiones

Este estudio corrobora resultados obtenidos por autores como Fullerton et al⁴⁰, realizados con pacientes no psiquiátricos de hospitales generales en que se aprecia una correlación positiva entre el antecedente anamnético de poli trauma infantil y la presencia de psicopatología en la vida adulta –en que están en el rango medio y alto respecto a la probabilidad de presentar un diagnóstico psiquiátrico–. Destaca la presencia de mayor gravedad en la sintomatología en el subgrupo

de pacientes con depresión severa y antecedentes de politrauma infantil o abuso sexual.

Los resultados muestran una mayor asociación entre la gravedad de los síntomas depresivos en el caso de las pacientes que presentan tres o más antecedentes anamnéticos de politrauma infantil y/o abuso sexual, que las pacientes con dos o menos antecedentes o no fueron víctimas de abuso sexual en su infancia, teniendo ambos grupos el diagnóstico de depresión severa. Esto se observa no sólo en la depresión sino que en todas las áreas de funcionamiento que fueron evaluadas (sintomatología, relaciones interpersonales y rol social). Estos resultados complementan otros estudios retrospectivos en que adultos con antecedentes de traumas severos presentan mayores desajustes psicológicos y psicosociales en la vida adulta que las personas sin ellos, y tienen menos capacidad de desarrollar y mantener relaciones interpersonales de mayor cercanía afectiva⁴¹⁻⁴³.

Los resultados obtenidos muestran además una mayor cantidad de derivaciones al Servicio de Psiquiatría por riesgo suicida en pacientes con antecedentes de politrauma infantil, lo que es estadísticamente significativo con respecto al grupo sin ellos. Estos resultados concuerdan con otros obtenidos por autores como Oquendo et al⁴⁴, en que mujeres con depresión severa y trastorno de estrés postraumático por traumas ocurridos en su infancia son un grupo de mayor riesgo de cometer conductas suicidas que aquellas que sólo presentan depresión mayor sin antecedentes de trauma infantil.

Por lo tanto, este estudio confirmaría la importancia de indagar activamente por la presencia de traumas infantiles durante la entrevista clínica ya que es un aporte importante para el entendimiento de la psicopatología de las pacientes y la gravedad de la sintomatología.

Es necesario destacar que estos resultados son a partir de la comparación entre promedios de los grupos señalados y no a nivel de individuos. Se presentaron algunas diferencias en variables sociodemográficas (edad y estado civil específicamente) que requieren mayor investigación ya que

según este estudio las mujeres más jóvenes y con pareja estable tendrían cuadros depresivos relacionados con una mayor cantidad de antecedentes traumáticos infantiles, por lo tanto, podría ser un grupo más vulnerable a la presencia de la enfermedad asociada a factores psicosociales.

Una de las limitaciones que encontramos en

este estudio es que no fue considerada la variable de trastorno de personalidad como diagnóstico que pudiese explicar los altos resultados obtenidos en cada parámetro. En este sentido, se requiere continuar validando los hallazgos expuestos en otras poblaciones considerando la influencia de la variable personalidad.

Resumen

La depresión es uno de los problemas de mayor importancia para la salud pública en Chile y el mundo. Diversos estudios han demostrado que uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de la depresión, de sus manifestaciones más graves y asociaciones a comorbilidad se derivan de aspectos biográficos traumáticos. El objetivo de este estudio es determinar empíricamente si existen diferencias significativas en mujeres con depresión severa en la gravedad de su sintomatología, de sus relaciones interpersonales y rol social, entre las que tienen antecedentes de poli trauma infantil, y aquellas que no los presentan. El estudio se realizó con una muestra de 136 pacientes, de las cuales 87 presentaban antecedentes de politrauma infantil y 49 no los presentaban. Todas fueron evaluadas a su ingreso con la Escala de Hamilton para la Depresión (HAM-D) y OQ 45.2 (outcome questionnaire, cuestionario de resultados) de Lambert. Se analizaron los datos con la versión 12.0 del SPSS ($p < 0,05$). Los resultados mostraron que en las pacientes con politrauma el promedio del Hamilton fue de 34,25 puntos versus 24,67 ($t = 5,731 p < 0,001$) en las pacientes sin politrauma. En el OQ 45 los promedios fueron de 113,71 puntos en las primeras y de 85,56 puntos en las pacientes sin ese antecedente ($t = 5,329 p < 0,001$). Se puede concluir que las pacientes con depresión severa, en el subgrupo de pacientes con poli trauma infantil hay una mayor asociación a gravedad en la sintomatología depresiva y en todos los ítems clínicos del OQ 45.

Palabras clave: Trauma infantil, depresión severa.

Referencias

1. Edwards V J, Holden G W, Felitti V J, Anda R F. Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: Results from the adverse childhood experiences study. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 1453-60.
2. Spataro J, Mullen P E, Burgess P M, Wells D L, Moss S A. Impact of child sexual abuse on mental health: prospective study in males and females. *Br J Psychiatry* 2004; 186: 416-21.
3. Mullen P E, Martin J, Anderson J. Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *Br J Psychiatry* 1993; 163: 721-32.
4. Chapman D P, Whitfield C L, Felitti V J, Dube S R, Edwards V J. Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *J Affect Disor* 2004; 82: 217-25.
5. Kendler K S, Prescott C A. A population-based twin study of lifetime major depression in men and women. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 9-44.
6. Kendler K S, Kuhn J W, Prescott C A. Childhood sexual abuse, stressful life events and risk for ma-

- yor depression in women. *Psychol med* 2004; 34 (8): 1475-82.
7. Stein M B, Walker J R, Anderson J, Hazen A, Ross C, Elridge G. Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and in a community sample. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 257-77.
 8. Leserman J. Sexual and physical history in gastroenterology, how the types of abuse influence the health. *Psych Med* 1996; 58: 4-15.
 9. Walker E A, Kato W. Sexual aggression history in patients with irritable colon or intestinal inflammatory disease. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1502-6.
 10. Mulder R T, Beautrais A L, Joyce P R, Fergusson D M. Relationship between dissociation, childhood abuse, childhood physical abuse, and mental illness in a general population sample. *Br J Psychiatry* 2000; 179: 482-94.
 11. Kendler K S, Bulik C M, Silberg J, Hettema J, Myers J, Presscot C. Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance abuse in women. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 7: 953-9.
 12. Bulik C M, Presscot C A, Kendler K S. Features of childhood sexual abuse and the development of psychiatric and substance use disorders. *Br J Psychiatry* 2001; 199: 444-9.
 13. McClelland L, Mynors- Wallis L M, Fahy T, Treasure J. Sexual abuse, disordered personality and eating disorders. *Br J Psychiatry* 1991; 10: 63-8.
 14. Johnson J, Cohen P. Childhood maltreatment increases risk for personality disorder during early adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 600-6.
 15. McHolm A E, Macmillan H L, Jamieson E. The relationship between childhood physical abuse and suicidability among depressed women: Results from a community. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 806-11.
 16. Coid J W, Petruccetich A, Gender F, Chug W S, Richardson J, Moorey S. Relation between childhood sexual and physical abuse and risk of revictimisation in women: a cross- sectional survey. *Lancet* 2001; 358: 450-4.
 17. Walker E A, Unutzer J, Rutter C M, Gelfand A, Saunders K, Vonkorff M, Koss M P, et al. Costs of healthcare use by women HMO members with a history of childhood abuse and neglect. *Arch Gen Psychiatry* 1999; (7) 56: 609-13.
 18. Bruce A, Stacey H. Childhood sexual abuse, psychological distress and medical use among women. *Psych Med* 1999; 61: 762-70.
 19. Arnow B A. Relationship between childhood maltreatment, adult health and psychiatric outcomes and medical utilization *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 12: 10-5.
 20. Weiss E L, Longhurst J G, Mazure C M. Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 816-28.
 21. Hill J. Child sexual abuse, poor parenteral care and adult depression, evidence for different mechanisms. *Br J Psychiatry* 2001; 179: 104-9.
 22. Cheasty M, Clare A W, Collins S. Relation between sexual abuse in childhood and adult depression: case control study. *BMJ* 1998; 316: 198-201.
 23. Rutter C M. The interplay of nature, nurture and development influences. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 996-10.
 24. Gladstone G L, Parker G B, Wilhelm K A, Mitchell F, Austin M P. Characteristics of depressed patients who report childhood sexual abuse. *Am J Psychiatry* 1999, 156: 431-7.
 25. Gladstone G L, Parker G B, Mitchell P B, Malhi G S, Wilhelm K A, Austin M P. Implications of childhood trauma for depressed women: and analysis of pathways from childhood sexual abuse to deliberate self harm and revictimization. *Am J Psychiatry* 2004; 161(8): 1417-25.
 26. Kaplan M J, Klinetob N A. Childhood emotional trauma and posttraumatic stress disorders in adult outpatients with treatment resistant depression *J Nerv Men Dis* 2000; 188: 596-601.
 27. Newman M G, Clayton L, Zuellig A, Cashman L, Arnow B. The relationship of childhood trauma and depression with somatic symptoms and medical utilization. *Psychol med* 2000; 30 (5): 1063-77.
 28. Levitan R D, Parikh S V, Lesage A, Hegadoren L, Adams M, Kennedy S, et al. Major depression in individuals with a history of childhood physical or sexual abuse. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 1746-52.
 29. Van Der Kolk B A, Pelcovitz D, Roth S, Mandel F S, Mcfarlane A, Herman J L. Dissociation, somati-

- zation and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 83-93.
30. Numhauser J, Alvarado R, Soto P, Hermosilla J, Vera A. Eventos traumáticos en la infancia y depresión en la vida adulta, en una muestra comunitaria de mujeres de la isla de Chiloé. *Rev Psiquiatría y Salud Mental* 2004; 2: 90-8.
 31. Vitriol V. Relación entre Psicopatología Adulta y antecedentes de Trauma Infantil. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* 2005; 43: 83-7.
 32. Vitriol V, Ballesteros S, Arellano C. Frecuencia de referencia de trauma infantil en mujeres consultantes a un servicio de salud mental. *Rev Psiquiatría y Salud Mental* 2004; 21 (1): 34-42.
 33. República de Chile, Ministerio de Salud. Programa Nacional de Detección, Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos Depresivos en el Nivel primario de Atención. Div Rectoría y Regulación de Salud Mental. División Gestión de la Red Asistencial. Departamento Modelo de Atención Primaria. Unidad de Salud Mental Ministerio de Salud. 2001.
 34. República de Chile, Ministerio de Salud. Programa Nacional de Detección, Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos Depresivos en el Nivel primario de Atención. Algoritmos y Flujogramas para el Tratamiento de la Depresión Severa. Avances 2003-2004.
 35. Clasificación Internacional de Enfermedades (OMS) "Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico". Madrid: Ediciones Meditor, 1992.
 36. Cuneo C, González I, Jara M, Palomares L, Rammasy C, Cruz C, *et al.* Validación externa de la Escala de Trauma de Marshall. En: Florenzano R, Weil P, Carvajal C, Cruz C ed. *Trauma Infanto-Juvenil y Psicopatología adulta*. Santiago: Editorial Corporación de Promoción Universitaria, 2005.
 37. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23: 56-62.
 38. Lambert M J, Hansen N B, Umpress V, Lunnen K, Okiishi J, Burlingame G M. *Administration and Scoring Manual for the OQ-45.2*. Brigham, USA American Professional Credentialing Services LLC, 1996.
 39. Weil K, Florenzano R, Vitriol V, Cruz C, Carvajal C, Fullerton C, *et al.* Trauma infanto juvenil y psicopatología adulta: Un estudio empírico. *Rev Méd Chile* 2004; 132: 1499-504.
 40. Fullerton C, Acuña R, Florenzano R, Cruz C, Weil K. Psicopatología en pacientes hospitalizados en un hospital general. *Rev Chil Neuropsiquiatr* 2003; 41: 103-9.
 41. Erickson M F, Egeland B. A developmental view of the psychological consequences of maltreatment. *School Psychol Rev* 1987; 16:156-68.
 42. Varia R, Abidin R R, Dass P. Perceptions of abuse: effects on adult psychological and social adjustment. *Child Abuse Negl* 1996; 20: 511-26.
 43. Bowlby, J. *El apego y la pérdida*. Barcelona. Paidós, 1998.
 44. Oquendo M A, Brent D A, Birmaher B, Greenhill L, Kolko D J, Stanley B, *et al* Posttraumatic Stress Disorder Comorbid With Major Depression. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 560-6.

Correspondencia:

Soledad Ballesteros T.
 A. Pratt 111 of 211, Curicó, Fono 075-317471
 E-mail: sballesteros17@hotmail.com