

# Percepción de algunos estilos de crianza y el episodio depresivo en el adulto.

Perception of some parenting styles and depression in adults.

Cristopher Salirrosas-Alegría<sup>1</sup>, Javier Saavedra-Castillo<sup>2</sup>.

## RESUMEN

**Objetivos:** Evaluar la relación entre la percepción de algunos estilos de crianza y el episodio depresivo en el adulto.

**Método:** Se trata de un estudio descriptivo y transversal donde se usó la base de datos del Estudio Epidemiológico de Salud Mental de la Costa Peruana que incluyó 6555 personas adultas, relacionando los estilos de crianza con el episodio depresivo mediante pruebas de independencia para muestras complejas, ajustando modelos de regresión logística múltiple. **Resultados:** Se encontró relación entre la calidez (OR 0,89; IC 0,83–0,97) y el rechazo y control (OR 1,21; IC 1,04–1,40) con la presencia de algún episodio depresivo durante la vida. El rechazo y control (OR 1,34; IC 1,08–1,68) y la sobreprotección de los padres (OR 1,21; IC 1,01–1,44) se relacionan con ideación suicida, mientras que el rechazo y control (OR 1,54; IC 1,10–2,16) se relacionan con intento suicida. El rechazo y control (OR 1,40; IC 1,13–1,74) y el favoritismo (OR 1,44; IC 1,15–1,79) se relacionan con la comorbilidad psiquiátrica.

**Conclusiones:** La calidez en la infancia, el rechazo de los padres, el control, la sobreprotección y el favoritismo; podrían relacionarse con la depresión a lo largo de la vida. Además, el rechazo, el control, la sobreprotección y el favoritismo podrían relacionarse con la depresión comórbida con riesgo suicida.

**PALABRAS CLAVE:** Crianza, depresión, suicidio, comorbilidad psiquiátrica.

## SUMMARY

**Objectives:** To evaluate the relationship between perceived parenting styles and some depressive episode in adults.

**Method:** This is a descriptive, cross-sectional study based on data from the Epidemiological Study of Mental Health of the Peruvian coast which included 6555 adults; relating parenting styles with depressive episode using independence tests for complex samples, adjusting multiple logistic regression models. **Results:** Relationship between warmth (OR 0.89; CI 0.83–0.97) and rejection and control (OR 1.21; CI 1.04–1.40) with the presence of depressive episode at some point in life was found. The rejection and control (OR 1.34 CI 1.08-1.68) and parental overprotection (OR 1.21 CI 1.01-1.44) relate to suicidal ideation, whereas rejection and control (OR 1.54 CI 1.10-2.16 relate to suicide attempts. The rejection and control (OR 1.40 CI 1.13-1.74) and favoritism (OR 1.44 CI 1.15-1.79) related to psychiatric comorbidity. **Conclusions:** The warmth in childhood, parental rejection, control, overprotection and favoritism could be related to depression throughout life, while the rejection, control, overprotection and favoritism could be related to comorbid depression with suicidal risk.

**KEYWORDS:** Parental bonding, depression, suicidal ideation, suicidal attempted, comorbidity.

<sup>1</sup> Psiquiatra. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

<sup>2</sup> Psiquiatra. Profesor Principal, Sección de Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Director Ejecutivo de la Oficina de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”. Lima, Perú.

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades neuropsiquiátricas en nuestro país ocupan el primer lugar en cuanto a carga de enfermedad (1). Según estudios de la OMS (2), el 25% de los pacientes que acuden a servicios de atención médica general tiene algún trastorno psiquiátrico diagnosticable, siendo la depresión la que ocupa el primer lugar, con una prevalencia de vida entre 17 – 40% (3). En el Perú los reportes epidemiológicos indican la prevalencia de vida entre el 13,4– 22,9 % (4–10).

Si bien existen criterios estandarizados para homogeneizar el diagnóstico de depresión (11, 12), la presentación clínica puede ser variada, desde cuadros leves hasta refractarios. En ese sentido, están descritas ciertas características asociadas a la depresión de difícil manejo, tales como número de síntomas, riesgo suicida, otras comorbilidades psiquiátricas, necesidad de hospitalización, cronicidad, recurrencia de episodios, etc.; que retardan la recuperación (11–13).

El gran impacto en la salud, la carga económica asociada y un pobre curso, hacen necesario identificar los factores que se asocian a los episodios depresivos. Así, varios factores han sido descritos como determinantes de vulnerabilidad depresiva, específicamente algunos correlacionados con la crianza disfuncional y la psicopatología afectiva (14–17). Algunos autores afirman que tanto la negligencia como la sobreprotección paterna se asocian con la depresión (18). Un estudio de casos y controles en España (19), donde se aplicó el instrumento *Egna minen Bertraffande Uppfostran* (EMBU), concluyó que un déficit en la calidez emocional y un alto nivel de rechazo constituyen las actitudes de los padres que son significativamente más frecuentes entre los sujetos depresivos.

A nuestro entender, los estudios clínicos que buscan la asociación entre los estilos de crianza y la depresión en la edad adulta son insuficientes, realizados con muestras pequeñas y no existen a nivel poblacional. El estudio que desarrollamos busca no sólo establecer esta asociación, sino estimar si algunos estilos de crianza se asocian con algunas características clínicas de la depresión.

Debido a que la depresión influye en la calidad de vida de las personas afectadas, es importante conocer el grado de asociación de algunos estilos de crianza existentes en nuestro medio, como factores para el

desarrollo de riesgo o protección para la presentación de este trastorno, conocimiento que serviría como medida de prevención primaria, propiciando la modificación de aquellos estilos de crianza que representen riesgo y favorecer aquellos que contribuyan a la resiliencia de las personas. El objetivo del presente trabajo fue evaluar la asociación entre la percepción de algunos estilos de crianza y el episodio depresivo en el adulto en 5 ciudades del Perú.

## MATERIAL Y MÉTODO

### Tipo y diseño del estudio

La muestra utilizada para este estudio es parte de la muestra total observada en el Estudio Epidemiológico de Salud Mental de la Costa Peruana (EESMCP), realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” (INSM) cuyo diseño fue descriptivo, probabilístico, de corte transversal. Para mayor detalle, se sugiere revisar el estudio matriz (4). Los estilos de crianza se evaluaron mediante la Encuesta EMBU breve modificada. La presencia de algún episodio depresivo a lo largo de la vida se determinó mediante el MINI basado en criterios del CIE10. Por otro lado, se tomaron en cuenta variables sociodemográficas como edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, y nivel pobreza.

### Instrumentos

**EMBU (Egna minen Bertraffande Uppfostran) Breve-Modificado.** La versión original (85 ítems) fue creada por Perris y colaboradores para evaluar catorce aspectos de la conducta parental, a partir del recuerdo de la conducta de crianza de los padres. Para el estudio epidemiológico de salud mental realizado en Lima y Callao (10), el grupo de investigación desarrolló una versión corta a partir del análisis factorial realizado por Someya y colaboradores (20). Se seleccionaron en total 13 ítems entre aquellos que tuvieron una carga factorial más alta y se agregó un nuevo ítem basado en observaciones realizadas por Henderson (21). Para el estudio epidemiológico de la sierra peruana (8), se retiró un ítem por considerársele redundante y se agregaron cinco ítems, quedando finalmente la escala con 18 ítems. Se realizó el análisis de consistencia interna de la escala para la población del estudio epidemiológico de la Selva (9) encontrándose un coeficiente alpha de Cronbach de 0,741 (22).

Para el presente estudio, se realizó un análisis factorial de los ítems de los estilos de crianza registrados en la base de datos del EESMCP (4), agrupándolos en cuatro dimensiones en base al

trabajo de Someya y colaboradores (20): 1) Calidez: expresiones de aceptación, confianza, apoyo, consuelo ante la adversidad, respeto del punto de vista del niño. Se midió con 6 ítems. 2) Rechazo y control: hostilidad física y verbal, conductas punitivas, agresión, chantaje emocional en la expresión de afectos de los varones, expectativas rígidas respecto a los logros en el niño. Se midió con 5 ítems. 3) Sobreprotección: excesiva preocupación por su seguridad y todo lo que realiza, ansiedad paterna sobrevalorada. Se midió con 3 ítems. 4) Favoritismo con respecto a los hermanos: trato favorable y privilegiado de los padres hacia el evaluado en comparación con los hermanos. Se midió con 3 ítems.

**Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional** (MINI por sus siglas en inglés), versión española, elaborada por Sheehan, Lecrubier y cols. (23–24). Se consideró la exploración del episodio depresivo adaptándose lingüísticamente y haciendo algunas modificaciones para facilitar la obtención de otros datos. El detalle de los ítems se encuentra en el EESMCP (4). El presente estudio evaluó además algunas características clínicas recogidas en la encuesta, 1) Episodio depresivo (en toda la vida). 2) Número de síntomas depresivos: se tomó en cuenta aquellos que describieron menos de 8 síntomas versus aquellos que presentaron 8 o más síntomas depresivos. 3) Edad de inicio del primer episodio depresivo: Se consideró aquellos que tuvieron su primer episodio depresivo antes de los 18 años versus aquellos que presentaron su primer episodio después de los 18 años. 4) Riesgo suicida: Se dividió en dos componentes, ideación e intento suicida, siendo la respuesta para ambas presencia/ausencia. 5) Número de episodios depresivos: Se consideró aquellos que presentaron un episodio versus los que presentaron dos o más episodios depresivos. 6) Comorbilidad psiquiátrica: se consideró aquellos que presentaron un diagnóstico versus aquellos que presentaron dos o más diagnósticos psiquiátricos.

#### **Procesos de validación y calidad**

Los instrumentos del estudio original fueron sometidos a una prueba piloto de entrevistas de campo y grupos focales, que facilitaron una revisión exhaustiva de los ítems y llevaron a realizar ajustes de las preguntas que fueron utilizadas en las encuestas (6,8,10).

Los instrumentos resultantes fueron validados, tanto en su confiabilidad a través del coeficiente

alfa de Cronbach, como en su validez de constructo mediante el análisis factorial. Asimismo, se efectuó un estudio para determinar la concordancia del registro de los datos por pares de entrevistadores en cincuenta unidades de análisis del mismo número de viviendas, encontrándose valores del índice kappa entre 0,899 y 0,973 y coeficientes de correlación de Spearman entre 0,807 y 0,964 (8).

#### **Consideraciones éticas**

El protocolo del estudio fue aprobado tanto por el Comité de Investigación como el Comité de Ética del INSM. Además, el protocolo fue revisado por el comité de ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

El informante recibió el consentimiento informado de la presente investigación antes del inicio de la encuesta y luego de leerlo, firmó una autorización a ser entrevistado en forma voluntaria y libre. Los datos que se utilizaron en el análisis provienen de una base electrónica, de donde se extrajeron las variables en estudio. Esta recolección no comprendió el nombre del participante, dirección u otro dato que identifique a la persona. La fuente de financiamiento del estudio original ha provenido de recursos ordinarios y recursos directamente recaudados del INSM. El autor no tiene conflictos de interés al momento de realizar el presente estudio.

#### **Plan de análisis:**

Para el presente estudio se analizaron las características generales de la muestra: edad, género y nivel de instrucción. Se realizaron análisis estadísticos descriptivos mediante tablas de frecuencias y de contingencia e indicadores descriptivos.

Se relacionaron las variables correspondientes a cada uno de los estilos de crianza, con las características clínicas del episodio depresivo y se contrastó con el resto de la muestra. Se realizaron pruebas de hipótesis de independencia y se ajustaron modelos de regresión logística múltiple para obtener OR ajustados. El procesamiento de los datos se realizó mediante el módulo de muestras complejas del SPSS V20.

#### **RESULTADOS**

La muestra estuvo constituida por 6550 personas. Inicialmente se obtuvo información descriptiva sobre las características sociodemográficas de los adultos de las cinco ciudades estudiadas (Tabla 1). La prevalencia de vida del episodio depresivo fue de 14,2%.

**Tabla 1. Características sociodemográficas de los adultos en cinco ciudades de Perú.**

	n	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	2947	49,9%
Femenino	3608	50,1%
<b>Edad</b>		
18 a 44 años	4260	64,7%
45 a 59 años	1328	20,9%
60 años o más	967	14,4%
<b>Estado civil</b>		
Soltero(a)	1649	32,7%
Casado(a)/conviviente.	3765	54,5%
Divorciado(a)/separado(a)	757	7,9%
Viudo(a)	384	4,9%
<b>Grado de instrucción</b>		
Sin nivel/Primaria	1331	18,7%
Secundaria	2725	41,1%
Superior no universitaria	1068	15,0%
Superior universitaria	1431	25,2%
<b>Nivel de pobreza según NBI</b>		
Pobre extremo	563	6,4%
Pobre	1461	20,3%
No Pobre	4531	73,4%

La información descriptiva se refiere al episodio depresivo, resaltando que el 26% presentó su primer episodio depresivo antes de los 18 años y el 63% ha tenido episodios depresivos con más de 8 síntomas en algún momento de su vida (Tabla 2). Además se obtuvo información sobre medidas de tendencia central de algunas características clínicas del episodio depresivo (Tabla 3).

Asimismo, se observan los resultados del ajuste de un modelo de regresión que relaciona los estilos de crianza con la prevalencia de vida de depresión, controlando el efecto del sexo, la edad, el estado civil, grado de instrucción y nivel de pobreza (Tabla 4). Se encontró relación entre la calidez (OR 0,89; IC 0,83–0,97) y el rechazo y control (OR 1,21; IC 1,04–1,40) con la presencia del episodio depresivo en algún momento de la vida.

A continuación se seleccionó a aquellos que presentaron depresión de toda la vida y se evaluó la relación entre los estilos de crianza con el episodio depresivo controlando los factores sociodemográficos (Tabla 5). El análisis de regresión logística muestra que el rechazo y control (OR 1,34; IC 1,08–1,68) y la sobreprotección de los padres (OR 1,21; IC 1,01–1,44) se relacionan con ideación suicida, mientras que el rechazo y control (OR 1,54; IC 1,10–2,16) se relacionan con el intento suicida. Además, se encontró que el rechazo y control (OR 1,40; IC 1,13–1,74) y el favoritismo (OR 1,44; IC 1,15–1,79) se relacionan con la comorbilidad psiquiátrica.

**Tabla 2. Algunas características clínicas de los adultos que presentaron episodio depresivo en algún momento de su vida en cinco ciudades del Perú.**

		n	%	IC (95%)
Ideación suicida	SI	547	33,0	(29,3 - 36,9)
	NO	962	67,0	(63,1 - 70,7)
Intento suicida	SI	118	7,1	(5,3 - 9,4)
	NO	1388	92,9	(90,6 - 94,7)
Edad de inicio	<18	234	25,5	(21,6 - 29,9)
	>18	800	74,5	(70,1 - 78,4)
Numero de episodios	1	551	55,5	(51,0 - 60,0)
	2 o más	470	44,5	(40,0 - 49,0)
Numero de síntomas	<8	535	37,5	(32,6 - 42,6)
	>8	964	62,5	(57,4 - 67,4)
Comorbilidad	1	1359	74,7	(71,5 - 77,6)
	2 o mas	524	25,3	(22,4 - 28,5)

Fuente: Estudio Epidemiológico de Salud Mental de la Costa Peruana 2006.

**Tabla 3. Estadísticos descriptivos de algunas características clínicas de los adultos que presentaron episodio depresivo en algún momento de su vida en cinco ciudades del Perú.**

Estadísticos	n	Media	Mediana	95% IC	
				Inferior	Superior
Edad de inicio	1030	30,5	28	29,6	31,4
Número de episodios	1009	1,9	1	1,8	2,0
Comorbilidad	1883	1,5	1	1,4	1,5
Número de síntomas	1499	8,1	8	8,0	8,2

Fuente: Estudio Epidemiológico de Salud Mental de la Costa Peruana 2006.

**Tabla 4. Relación entre algunos estilos de crianza y el episodio depresivo en algún momento de su vida (4).**

Estilo de crianza	OR ajust.	Prevalencia de vida	
		Inferior	Superior
Calidez	0,89	0,83	0,97
Rechazo y control	1,21	1,04	1,40
Sobreprotección	1,08	0,97	1,20
Favoritismo	1,08	0,96	1,22

Controlando: sexo, edad, estado civil, nivel de instrucción, nivel de pobreza.

**Tabla 5. Características clínicas del episodio depresivo y algunos estilos de crianza en adultos que presentaron depresión en algún momento de su vida (4).**

Estilo de crianza	Ideación suicida			Intento suicida			Comorbilidad		
	OR ajust.	Inferior	Superior	OR ajust.	Inferior	Superior	OR ajust.	Inferior	Superior
Calidez	0,92	0,82	1,03	0,88	0,72	1,08	0,93	0,82	1,05
Rechazo y control	1,34	1,08	1,68	1,54	1,10	2,16	1,40	1,13	1,74
Sobreprotección	1,21	1,01	1,44	1,09	0,82	1,44	1,09	0,91	1,31
Favoritismo	1,09	0,87	1,35	0,82	0,58	1,15	1,44	1,15	1,79

Controlando: sexo, edad, estado civil, nivel de instrucción, nivel de pobreza.

No se encontró relación entre los estilos de crianza y la edad de inicio de la depresión, número de episodios depresivos y el número de síntomas depresivos.

## DISCUSIÓN

Este estudio es el primero en nuestro medio que busca relacionar la crianza de los padres y los episodios depresivos de los hijos en etapas posteriores de la vida. En ese sentido, podemos afirmar que el estudio muestra que algunas características de los estilos de crianza podrían estar relacionados con el episodio

depresivo.

Con respecto a los estilos de crianza y la depresión, encontramos que el rechazo, el control, la sobreprotección y el favoritismo tendrían relación directa con la depresión, mientras que la calidez tendría relación inversa con la presencia de depresión a lo largo de la vida.

Existen reportes que han encontrado relación entre la sobreprotección, el favoritismo y los altos niveles de depresión (20,25). Asimismo, se han encontrado que los adolescentes cuyos padres son esquivos, poco comunicativos, críticos, poco tolerantes, menos

propensos a brindar afecto, tienen pocas habilidades de regulación emocional y más vulnerables a los trastornos depresivos (26–27). De igual forma se ha encontrado relación entre los padres exigentes, controladores y poco afectivos con el nivel de autoestima, depresión, ideación suicida, y dificultad en las relaciones interpersonales (28–29). El control sin afecto, la sobreprotección y el favoritismo se comportarían como sucesos vitales estresantes tempranos, activando hormonas del estrés, que tienen efectos en los sistemas de neurotransmisores, en particular la serotonina y la epinefrina, incluso puede activar a ciertos genes y producir cambios estructurales y químicos cuando la exposición al estrés es crónica (30). Las personas que son más controladas y rechazadas, así como las personas más favorecidas aun en situaciones que no lo ameritan, desarrollarían estilos de vida negativos porque no podrían asimilar cognitivamente de forma adecuada la realidad, formando creencias nucleares equivocadas (31). Tal puede ser el caso de los varones favorecidos sin merecerlo, formando en sus hermanas mujeres una imagen negativa de sí mismas; o también los varones exigidos por razón de su género, formando en ellos una imagen negativa de sí mismos (31).

En relación a la calidez y su relación con la depresión, se han descrito algunas publicaciones (32–33) y estaría en relación además a otros factores como la concesión de mayor autonomía por parte de los padres que llevaría a mayor desarrollo de la regulación emocional y apoyo social (27). El soporte social tendría relación directa con la protección emocional (34).

El rechazo y la sobreprotección de los padres desempeñarían un papel importante en el riesgo suicida de los hijos. El rechazo y la actitud hostil son formas de maltrato psicológico, tienen que ver con el repudio del adulto hacia la conducta y manifestaciones de afecto del niño y se expresa cuando se le descalifica, amenaza, culpabiliza, critica e insulta; estableciéndose entonces un patrón de comunicación en el cual no se va a satisfacer sus necesidades emocionales, en consecuencia el niño tendrá dificultad para establecer vínculos, sentimientos de desesperanza y deseos de morir (35).

Por otro lado, el favoritismo estaría relacionado a la comorbilidad en la depresión. Es importante señalar que la comorbilidad psiquiátrica asociada a la depresión es un fenómeno frecuente en la psicopatología de los adultos, donde el cuadro clínico es más grave y las ideas suicidas son más frecuentes (36–37). Otros

estudios sostienen que la preferencia por uno de sus descendientes impactará sobre el bienestar emocional de todos los hijos durante la niñez y la vida adulta (38–39). Cuando los padres expresan su preferencia, el hijo menos favorecido podría desarrollar rencor hacia su madre o hacia el hermano preferido, mientras que el favorito no sólo atrae la animadversión de los hermanos, sino el peso de las expectativas maternas (40). Los hijos no favoritos podrían tener una mala imagen de sí mismos, falta de identidad, ansiedad y desconfianza de sus habilidades que impactará en su funcionamiento adulto, necesitando compararse con otros; mientras que el hijo favorito deberá responder a las expectativas de sus padres, determinándolos como adultos egocéntricos, con problemas de identidad y descontrol de impulsos, pues está sometido a los deseos de su madre y no a los propios (39).

Los resultados de este estudio deben ser considerados a la luz de las limitaciones siguientes: en primer lugar, dado que se trata de una encuesta relacionada con la salud mental, los informes negativos sistemáticos no se pueden descartar, porque las personas podrían haber respondido con información falsa por miedo o estigmatización. En segundo lugar, solo se seleccionaron los ítems con una carga más alta en cada uno de los factores identificados del instrumento original EMBU que mide los estilos de crianza; sin embargo, la validación del instrumento, permitió establecer un nivel de confianza adecuada. En tercer lugar, el EMBU es un instrumento que trabaja con la memoria y opinión subjetiva de las personas, que nos puede llevar a sesgos, con la probabilidad de que los estilos de crianza afirmados estén influidos cognitivamente por el estado de ánimo actual, confusión que podría disminuir si mencionamos que dentro del análisis se tomó en cuenta a la prevalencia de vida. En cuarto lugar, los resultados no pueden generalizarse al resto del país a causa de asuntos multiculturales (41). En quinto lugar, algunos problemas exigen un mayor tamaño de la muestra. En sexto lugar, el diseño del estudio no nos permite evaluar predicción, ya sea riesgo o protección, de tal manera que sólo podemos decir que podría existir relación entre las variables.

Las implicancias de nuestros resultados involucran al trabajo clínico y en quienes toman decisiones en políticas de salud. La necesidad de una adecuada crianza de los hijos es un conocimiento tácito, sin embargo los hallazgos avalan la afirmación de que los problemas afectivos están latentes y al parecer los estilos de crianza inadecuados persisten en el tiempo como conductas aprendidas de padres a hijos,

siendo condiciones modificables que podrían influir en la disminución de la prevalencia de la depresión. Planteamos la necesidad de realizar trabajos longitudinales complementarios sobre el tema con el fin de superar las limitaciones del método de corte transversal, en particular para analizar la implicancia en los resultados con respecto al género, tanto de los padres como de los hijos y su asociación con la depresión. Además, sería importante establecer un baremo que sea de utilidad para clasificar a los individuos de acuerdo a los estilos de crianza encontrados, objetivo de un trabajo posterior.

En conclusión, los estilos de crianza son importantes para desarrollar o limitar los recursos y herramientas psicológicas para afrontar las diversas situaciones vitales. Algunos de estos estilos de crianza fueron estudiados en este trabajo, encontrando que la calidez paterna, el rechazo de los padres hacia los hijos, los padres controladores, la sobreprotección y el favoritismo por uno de los hijos, podrían estar asociados con la depresión en la adultez. Además, el rechazo, la sobreprotección y el favoritismo, podrían estar asociados con la presencia de cuadros depresivos asociados a otra patología psiquiátrica y con ideas o actos suicidas, que podrían complicar la evolución del cuadro clínico.

#### Correspondencia:

Cristopher Salirrosas-Alegría  
Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi"  
Jr. Eloy Espinoza 709. Urb. Palao.  
San Martín de Porres. Lima 31. Lima, Perú.  
Correo electrónico: csalirrosas@yahoo.com

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Velásquez A. Análisis del estudio de carga de enfermedad en el Perú, MINSA-2004 y Propuesta metodológica para el ajuste con datos nacionales de morbilidad. Lima: Promoviendo Alianzas y estrategias, ABtAssociates Inc. 2006.
2. Costa J. The public health impact of anxiety disorders: a WHO perspective. *Acta Psychiatr Scand.* 1998; 98 (S393): 2-5
3. Kessler R, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder. *JAMA.* 2003; 289:3095-3105.
4. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi. Estudio epidemiológico de salud mental de la costa peruana 2006. Informe General. *Anales de Salud Mental* 2007; 23(1 – 2): 1-227.
5. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio epidemiológico de salud mental en la sierra rural 2008. Informe General. *Anales de Salud Mental.* 2009;25(1-2).
6. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Fronteras 2005. Informe General. *Anales de Salud Mental.* 2006; 22(1-2): 1-227.
7. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi. Estudio epidemiológico de salud mental en Huaraz 2003. Informe general. Lima, 2004.
8. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana 2003. Informe General. *Anales de Salud Mental.* 2003; 19 (1-2): 1-216.
9. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana 2004. Informe General. *Anales de Salud Mental.* 2005;21 (1-2).
10. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental 2002. Informe General. *Anales de Salud Mental.* 2002; 18 (1-2): 1-197.
11. World Health Organization. Tenth Revision of the international statistical classification of diseases and related health problems. Chapter V. (F10 - F19): Mental and behavioral disorders. Geneva: World Health Organization; 1992.
12. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson; 2002.
13. Pelissolo A. Severe depression: which concept? Which criteria? *L'Encéphale.* 2009; 35 (S7): S243-9.
14. Andersson P, Perris C. Perceptions of parental rearing and dysfunctional attitudes: the link between early experiences and individual vulnerability? *Nord J Psychiatr.* 2000; 54:405-9.
15. Perris C. Linking the experience of dysfunctional parental rearing with psychopathology: a theoretical framework. En: Perris C, Arrindell WA, Eisemann M, (editors). *Parenting and psychopathology.* Chichester: J Wiley, Sons; 1994. p. 3-32.
16. Blatt S, Wein SJ, Chevron E, Quinlan DM. Parental representations and depression in normal young adults. *J Abnorm Psychol.* 1979; 88:388-97.
17. Beck A. *Depression: clinical, experimental and theoretical aspects.* New York: Harper & Row; 1967.
18. Duggan C, Sham P, Minne C, Lee A, Murray R. Quality of parenting and vulnerability to depression: results from a family study. *Psychol Med.* 1998; 28:185-91.

19. Fountoulakis KN, O'Hara R, Iacovides A. Unipolar late-onset depression: A comprehensive review. *Ann Gen Hosp Psychiatr.* 2003; 2:11.
20. Someya T, Uehara T, Kadowaki M, Sakado K, Reist C, Tang SW, et al. Factor analysis of the EMBU scale in a large sample of Japanese volunteers. *Acta Psychiatr Scand.* 1999; 100(4): 252-257.
21. Henderson AS. *An Introduction to social psychiatry.* Oxford: Oxford University Press; 1988.
22. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. Confiabilidad y Validez de los cuestionarios de los estudios epidemiológicos de salud mental de Lima y de la Selva Peruana. *Anales de Salud Mental.* 2009;25(S1).
23. Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Amorim P, Bonora LI, Lépine JP, et al. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en español 5.0.0. 2001.
24. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry.* 1998; 59 (S20): 22-33.
25. Yap MBH, Pilkington PD, Ryan SM, Jorm AF. Parental factors associated with depression and anxiety in young people: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2014; 156: 8-23.
26. Yap M, Schwartz O, Byrne M, Simmons J, Allen N. Maternal positive and negative interaction behaviors and early adolescents' depressive symptoms: Adolescent emotion regulation as a mediator. *J Res Adolesc.* 2010; 20 (4): 1014-1043.
27. Yap MBH, Allen NB, Sheeber L. Using an emotion regulation framework to understand the role of temperament and family processes in risk for adolescent depressive disorders. *Clin Child Family Psychol Rev.* 2007; 10 (2): 180-196.
28. Scholte RH, Engels RM, de Kemp RA, Harakeh Z, Overbeek G. Differential parental treatment, sibling relationships, and delinquency in adolescence. *J Youth Adolesc.* 2007; 36:661-671.
29. Rauer AJ, Volling BL. Differential parenting and sibling jealousy: Developmental correlates of young adults' romantic relationships. *Personal Relationships.* 2007; 14:495-511.
30. Beirut LJ, Heath AC, Bucholz KK, Dinwiddie SH, Madden PA, Statham DJ, et al. Major depressive disorder in a community-based twin sample. Are there different genetic and environmental contributions for men and women? *Archiv Gen Psychiatr.* 1999; 55:557-563.
31. Brown G, Harris T. Social origins of depression: a reply. *Psychol Med.* 1978; 8 (4):577-88.
32. McLeod B, Woodb J, Weisz J. Examining the association between parenting and childhood depression: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2007; 27 (2): 986-1003.
33. Restifo K, Bögels S. Family processes in the development of youth depression: translating the evidence to treatment. *Clin Psychol Rev.* 2009; 29, 294-316.
34. Brown G, Harris T. Social origins of depression: a reply. *Psychol Med.* 1978; 8 (4):577-88.
35. Quintanilla R. Factores asociados a la conducta suicida en pacientes depresivos del servicio de observación del hospital nacional psiquiátrico de enero - junio 2010. Tesis para optar al título de especialista en psiquiatría y salud mental. San Salvador, El Salvador. Universidad de El Salvador. 57pp.
36. Melartin T, Rytälä H, Leskelä O, Lestelä-Mielonen P, Sokero T, Isometsä T. Severity and comorbidity predict episode duration and recurrence of DSM-IV major depressive disorder. *J Clin Psychiatry.* 2004; 65:810-9.
37. Rush A, Zimmerman M, Wisniewskic S, Fava M, Hollon S, Warden D, et al. Comorbid psychiatric disorders in depressed outpatients: Demographic and clinical features. *J Affect Dis.* 2005; 87:43-55.
38. Shanahan L, McHale SM, Crouter AC, Osgood DW. Linkages between parents' differential treatment, youth depressive symptoms, and sibling relationships. *J Marr Fam.* 2008; 70:480-493.
39. Pillemer K, Suitor J, Pardo S, Henderson Ch. Mothers' differentiation and depressive symptoms among adult children. *J Marr Fam.* 2010; 72 (2): 333-345.
40. Boll T, Ferring D, Filipp SH. Perceived parental differential treatment in middle adulthood curvilinear relations with individuals' experienced relationship quality to sibling and parents. *J Fam Psychol.* 2003; 17:472-487.
41. Costello EJ, Messer SC, Bird HR, Cohen P, Reinherz HZ. The prevalence of serious emotional disturbance: a Re-analysis of community studies. *J Child Fam Stud.* 1998; 7: 411-432.

Recibido: 19/07/2014  
Aceptado: 15/09/2014