

11726
209
288



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social

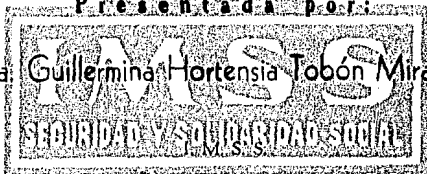
"DEPRESION Y DINAMICA FAMILIAR"

TESIS

Para obtener el Grado de Especialista en :
MEDICINA FAMILIAR

Presentada por:

Dra. Guillermina Hortensia Tobón Miranda



Puebla, Pue.

1982-84





Universidad Nacional
Autónoma de México

UNAM



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

	Pág.
INTRODUCCION - - - - -	1
ANTECEDENTES - - - - -	2
METODOLOGIA - - - - -	7
RESULTADOS - - - - -	8
CONCLUSIONES - - - - -	35
BIBLIOGRAFIA - - - - -	36

DEPRESION Y DINAMICA FAMILIAR

INTRODUCCION:

El presente trabajo pretende cumplir con dos objetivos fundamentales: Primero la presentación de una tesis para obtener el grado de especialista en Medicina Familiar y segundo conocer la incidencia de la depresión y dinámica familiar en la Unidad de Medicina Familiar No. 2 de Puebla.

Este estudio se hizo con la finalidad de conocer la prevalencia de la depresión y su relación con la desintegración familiar en una muestra de la U.M.F. No. 2 de Puebla.

En la muestra seleccionada se analizaron diferentes aspectos, para tener un punto de referencia de la depresión en nuestra población derechohabiente.

Este estudio pretende reafirmar que la depresión es más frecuente en las personas casadas que en las solteras, en las mujeres que en los hombres y que a menor escolaridad, mayor incidencia de depresión. Y de ninguna manera pretende ser lo último con respecto a la depresión, ya que en la actualidad se ha visto una incidencia bastante alta de estos cuadros, sobre todo a nivel del servicio de urgencias donde acuden los pacientes, para ser remitidos posteriormente a su médico familiar ya que este tiene la responsabilidad de la atención primaria de estos pacientes.

ANTECEDENTES:

Cualquier hospital general puede brindar experiencias de Psiquiatría, porque entre los pacientes ingresados siempre habrá algún ejemplo de los principales trastornos psicológicos. Sin embargo, muchos médicos con gran experiencia se sienten inseguros para tratar estos trastornos. Establecen un contraste entre su conocimiento de las enfermedades somáticas, fundado en la anatomía patológica y la fisiopatología, y su comprensión de la medicina psicológica; en la cual las clasificaciones parecen confusas de sintomatología y teorías especulativas y donde algunos de los tratamientos más eficaces son empíricos. (20).

El término enfermedad es difícil de definir, pues se trata de un concepto y no de algo concreto o determinado de la naturaleza. Todas las anomalías pueden considerarse lógicamente cambios cuantitativos, que imperceptiblemente se van transformando uno en otro y en el estado normal, pueden explicarse como consecuencia de interacciones perturbadas de unos cuantos procesos vitales. (7, 12).

Para muchas enfermedades médicas la marca del siglo veinte ha sido el descubrimiento de sus causas y de su acción. No ocurre así para la psiquiatría. Para la mayor parte de trastornos psiquiátricos, nuestros conocimientos no han pasado de la primera etapa de la vía tradicional. Para algunos, incluso esta etapa resulta algo insegura. Esta inseguridad proviene, en parte de la dificultad que tiene el tema, pero también de no tener presente los estándares para observar y hacer la historia clínica necesaria para definir una entidad clínica patológica. (11).

Hay tres grupos de trastornos que quedan incluidos en las categorías psiquiátricas susceptibles de tratamiento. El primero incluye todos los

trastornos de la mente y conducta que resultan de patología cerebral observable. Aquí están representados los procesos clínico-patológicos del delirio, la demencia y el retraso mental. El enfoque conceptual y de investigación para estos procesos no pueden distinguirse del utilizado para otras enfermedades somáticas. Procesos patológicos como la enfermedad de Alzheimer, y causas netas como la hipoxia perinatal, las infecciones y los cambios metabólicos entran en esta categoría. (12).

El segundo grupo incluye las dos psicosis funcionales en la cual no hay una patología cerebral evidente; esquizofrenia y trastornos maniaco-depresivo. Estos procesos no son diferentes de los trastornos somáticos y deben considerarse enfermedades clínicas, definidas por síntomas y evoluciones típicas. (11).

El tercer grupo de anomalías de la mente y de la conducta son los trastornos de la personalidad y los síntomas neuróticos. Parecen ser anomalías cuantitativas más que cualitativas de las funciones psicológicas (1). Resulta difícil decir para estos procesos, donde termina lo normal y empieza lo anormal. (7).

Dentro de esta gama de alteraciones mentales cuyo tratamiento se ha modificado en los últimos tiempos se encuentran los estados depresivos. (3).

La depresión es conocida desde la antigüedad, la biblia menciona dos casos de enfermedad mental en los que interviene la depresión: los de los reyes Saúl y Nabucodonosor. (9) Durante su juventud, el comportamiento de Saúl ya había sido un tanto anormal. En la madurez, su conducta se caracterizó por falta de dominio de sus impulsos, terminó suicidándose con lo que demostró la gravedad de su depresión. (5,10). Si-

Saúl hubiera vivido en nuestros tiempos, probablemente habría sido clasificado como un maniaco-depresivo. (7,11).

En cambio, Nebucodonosor no presentaba grandes variaciones en su estado de ánimo; solo padeció de depresiones intensas. (8,11).

En el siglo IV antes de Cristo, Hipócrates escribió que desde el punto de vista médico, la " locura " estaba relacionada con la reacción de los cuatro humores corporales: bilis negra, bilis amarilla, sangre y — flama. La depresión descrita por Hipócrates como melancolía, era producida por la bilis negra.

Los términos de Manía y Melancolía al parecer los tomó Hipócrates de la literatura Homérica, Hipócrates describe una víctima de melancolía de la siguiente manera " se quedaba delgado por su propia agitación, quejándose de mieles, de trivialidades y con deseos de muerte ". (8,27).

Posteriormente los griegos y los romanos consideran la melancolía como una tristeza ligada a problemas amorosos. (6,12).

Tanto Asclepiades como Celso introdujeron el concepto de psicoterapia en Roma. En el siglo uno antes de Cristo, Asclepiades recomendó los estímulos intelectuales, la música agradable y la formación de buenas relaciones emocionales como medios para aliviar las depresiones. Celso destacó la importancia de la relación personal médico-paciente, además de las actividades recreativas en grupos. (15).

Los médicos romanos aceptaron el concepto de psicoterapia. Menos de un siglo después Sorano recomendó el teatro a sus enfermos como medio terapéutico. Se sugería a los sujetos deprimidos a participar en comedias, mientras que a los maníacos se les indicaba actuar en tragedias. (7,10).

Durante la edad media hubo un gran número y variedades de formas de la llamada " melancolía ", provocada por espíritus o causas naturales, entre estas tenemos el exceso de trabajo, de actividad sexual o de otro tipo de trabajo, las causas espirituales se consideraban como de origen divino. (13).

Constantino fué el primero en describir los síntomas de la melancolía, miedo a lo desconocido, remordimientos religiosos excesivos y ansiedad (15)

Pinel (1745-1826) inicia la psiquiatría científica haciendo hincapién en la importancia de la clínica. Las ideas de este autor son continuadas por Esquirol (1772-1840) quien fija su atención en las alteraciones y anomalías del cerebro como causa primordial de la enfermedad mental, caracterizando a la depresión como una monomanía triste. (18)

En el México antiguo se tenía conocimiento de la depresión por Martín de la Cruz, médico indígena a través de su manuscrito Badino, en el cual menciona que el enfermo debe caminar en un lugar sombreado, refrenarse de tener actividades sexuales, beber vino moderadamente, debe distraerse en actividades alegres y entretenidas, tales como cantar tocar música, tocar los tambores. Todo esto en relación con el tratamiento de la melancolía. (1,4)

Ya en nuestro siglo Adolfo Mayer identifica plenamente a la depresión (7)

Por su puesto la sintomatología ha llegado a estudiarse, algunos expertos sostienen la existencia de dos clases diferentes de depresión;-- las endógenas, cuyo origen es atribuido a una anomalía bioquímica, y las exógenas o reactivas, que se supone consecutivas a una reacción ex-

cesiva ante sucesos adversos. (9)

Se ha dicho que vivimos en el siglo de la depresión, considerando la organización social y requerimiento de la vida actual, como un medio bastante frustrante, exigente e impersonal que gravita sobre el hombre abrumándolo bajo el peso de responsabilidades y situaciones conflictivas para las cuales no está preparado. (15)

La depresión neutraliza todos los impulsos y móviles que ordinariamente se consideran instintos. El instinto de la propia conservación, el instinto maternal, que la madre suele reprimir por su deseo de deshacerse de sus hijos, así como de sí misma. (3,14) Las necesidades biológicas como el hambre, el apetito sexual y el sueño, muestran acentuadas alteraciones. (3) Los instintos sociales, la relación con otras personas, el instinto de ofender, el apego a la propia familia, frecuentemente desaparecen. (12) Un paciente deprimido sabe que está deprimido y sufre de muy diversas maneras, el dolor físico más fuerte es menor en comparación del " dolor mental ". (4)

La depresión afecta su estado de ánimo, sus funciones inclusive, su cuerpo. por eso es grande la satisfacción de tratar enfermos con depresión, pues estas personas suelen estar seriamente incapacitadas. No están en condiciones de trabajar, ni participar en su vida familiar, ni disfrutan de la vida en general. Se hacen infelices a sí mismos y hacen infelices a los demás. Nadie los comprende y ellos no se comprenden a sí mismos. (18)

Por todas las razones antes mencionadas, pensamos que es interesante éste tema, todo esto con un fin, el de hacer feliz a quien en parte mucho le debemos: A el Enfermo.

METODOLOGIA:

Se construyó un marco teórico con trabajos de investigación tomados de revistas y libros que sirvieron de base para la elaboración del protocolo de este trabajo. Con revisión exhaustiva de la bibliografía.

El universo de trabajo estuvo formado por 150 pacientes, tomados al azar del consultorio No. 32 y que fuerán del horario A-C de la U.M.F.No 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Ciudad de Puebla, Pue.

Los criterios de inclusión exigían una población derechohabiente que a la vez fuerán mayores de 15 años.

La recolección y aceptación de datos fué apoyada en principio por el cuestionario del Dr. William W. Zung para medir el grado de depresión— de los pacientes seleccionados al azar y se empleo el uso de la tarjeta de registro familiar (Royal Mcbee) para valorar el grado de integración o desintegración familiar.

Posteriormente se hicieron visitas domiciliarias para conocer la dinámica familiar y la existencia o no de depresión.

La elaboración de datos se llevó a cabo con la utilización de hojas-tabulares, anotando edad, sexo, escolaridad, estado civil y grado de depresión con el fin de facilitar el análisis e interpretación de los datos obtenidos, para de ahí sacar conclusiones.

RESULTADOS:

Para la realización de éste trabajo se encuestaron 150 pacientes de rechobahientes del consultorio 32 de la U.M.F. Hb. 2 de Puebla, Pue.

De estos 150 pacientes correspondieron 125 con alteraciones depresivas y alteraciones en la dinámica familiar y en 25 pacientes no se presentó depresión y su dinámica familiar fue satisfactoria.

La clasificación de depresión que se tomó en cuenta para ésta investigación fue la siguiente.

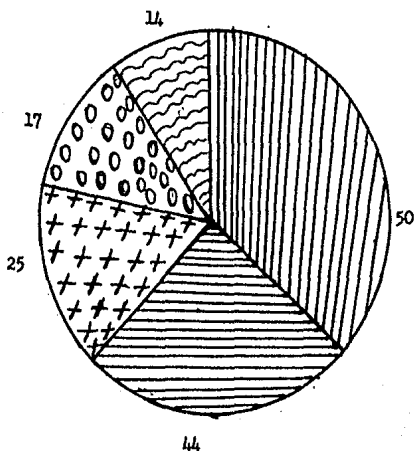
- A.- Reacciones de ajuste transitorias
- B.- Deprimidos ambulatorios
- C.- Desordenes de la personalidad
- D.- Reacciones de ansiedad.

A continuación presentamos nuestro universo de trabajo y número de pacientes deprimidos en sus diferentes grados.

DEPRESION Y DINAMICA FAMILIAR

GRAFICA No. 1

FRECUENCIA Y GRADO DE PACIENTES DEPRIMIDOS



NORMALES



REACCION DE AJUSTE TRANSITORIA



DEPRIMIDOS AMBULATORIOS



DESORDENES DE LA PERSONALIDAD



REACCION DE ANSIEDAD

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR EL INVESTIGADOR

Se encontró que el grado de depresión según su estado civil fué: solteros un total de 36, de los cuales 10 correspondieron a pacientes normales; uno con reacciones de ajuste transitoria; un deprimido ambulatorio; 16 con desórdenes de la personalidad y 8 con reacciones de ansiedad. Casados fué un total de 66, de los cuales 12 fueron normales; 9 con reacciones de ajuste transitoria, 8 deprimidos ambulatorios; 18 con desórdenes de la personalidad; 21 con reacciones de ansiedad. Union libre con un total de 32, de los cuales 4 fueron normales; 4 con reacciones de ajuste transitorio; 4 deprimidos ambulatorios; 8 con desórdenes de la personalidad y 12 con reacciones de ansiedad. Viudos con un total de 10, de los cuales se encontró 2 con reacciones de ajuste transitorio un deprimido ambulatorio; uno con desórdenes de la personalidad; 6 con reacciones de ansiedad; cero normales. Divorciados con un total de 6; - uno con reacciones de ajuste transitorio; 2 con desórdenes de la personalidad; 3 con reacciones de ansiedad. (Cuadro 1).

En personas normales el estado civil encontrado fué el siguiente: 10 solteros; 11 casados; 4 unión libre; viudos y divorciados cero. (Gráfica 2). Personas con reaccion de ajuste transitoria su estado civil fué: un soltero; 9 casados, 4 unión libre; 2 viudos; un divorciado. (gráfica 3). Deprimidos ambulatorios su estado civil fué: Un soltero; 8 casados 4 unión libre; un viudo; cero divorciados. (Gráfica 4). Desórdenes de la personalidad su estado civil fué: 16 solteros; 17 casados; 8 unión libre; un viudo; 2 divorciados. (gráfica 5). En reacciones de ansiedad el estado civil encontrado fué: 8 solteros; 21 casados; 12 unión libre; 7 viudos y 4 divorciados. (gráfica 6).

En relación al sexo y grado de depresión se observó la siguiente re

lación: total de hombres 61, correspondiendo 16 a pacientes normales; 6 con reacciones de ajuste transitorio; 5 deprimidos ambulatorios; 16 con desórdenes de la personalidad; 18 con reacciones de ansiedad. Mujeres— con un total de 89, siendo 9 normales; 11 con reacciones de ajuste tran- sitorio; 9 deprimidos ambulatorios; 28 con desórdenes de la personali- dad; 32 con reacciones de ansiedad.(Cuadro 2).

La relación del sexo encontrado en personas normales fué: 16 hombres y 9 mujeres. (Gráfica 7). En personas con reacción de ajuste transito- rias obtuvimos, 6 hombres y 11 mujeres. (Gráfica 8). En deprimidos am- bulatorios fueron 5 hombres; 9 mujeres.(Gráfica 9). Con desórdenes de la personalidad 16 hombres; 28 mujeres.(Gráfica 10). Reacciones de an- siedad 18 hombres; 32 mujeres. (Gráfica 11).

En relación al grado de escolaridad y grado de depresión fué la si- guiente: con secundaria incompleta o menos un total de 83, correspon- diendo 15 normales; 11 con reacción de ajuste transitorio; 10 deprimi- dos ambulatorios; 16 con desórdenes de la personalidad; 31 con reacción de ansiedad. Secundaria completa o más con un total de 67 de los cuales 10 fueron normales; 6 con reacción de ajuste transitoria; 4 deprimidos- ambulatorios; 28 con desórdenes de la personalidad y 19 con reacciones- de ansiedad. (cuadro 3).

En personas normales la escolaridad fué: 15 con secundaria incompleta o menos; 10 con secundaria completa o más. (gráfica 12). En personas- con reacción de ajuste transitoria: 11 con secundaria incompleta o menos 6 con secundaria completa o más. (gráfica 13).Con depresión ambulato- ria; 10 con secundaria incompleta o menos; 4 con secundaria completa o- más. (gráfica 14). Con trastornos de la personalidad se obtuvo: 16 —

con secundaria incompleta o menos; 28 con secundaria completa o más. (-- gráfica 15). Con reacciones de ansiedad: 31 personas con secundaria in completa o menos y 19 personas con secundaria completa o más. (gráfica 16).

Los roles familiares encontrados en nuestra investigación fueron: Es posa madre con 46; rol de padre con 38 ; madre soltera 28 y esposa com- pañera con 14 pacientes. (Tabla 1).

Desde el punto de vista de su composición familiar se obtuvieron: 51 paciente pertenecieron a familia nuclear; 60 a familia extensa y 39 a - familias extensas compuestas. (Tabla 2).

Las familias desde el punto de vista integral encontradas fueron: in tegradas 25; desintegrada 31; y semi-integrada 94. (Tabla 3).

Las pruebas de hipótesis se manejarón con X^2 , en la cual en nuestro- estudio sí encontramos diferencia estadística la cual fué significativa.

A continuación anotamos una serie de cuadros, gráficas y tablas obte- nidas en nuestra investigación.

DEPRESION Y DINAMICA FAMILIAR

C U A D R O 1

GRADO DE DEPRESION SEGUN ESTADO CIVIL EN 150 PACIENTES DE LA U.M.F.No.
2 DE PUEBLA, PUE. 1983.

Grado de depresión	ESTADO CIVIL				
	Solteros	Casados	Unión libre	Viudos	Divorciados
Normales	10	11	4	0	0
Reacciones de ajuste Transitorias	1	9	4	2	1
Deprimidos ambulatorios	1	8	4	1	0
Desordenes de la personalidad	16	17	8	1	2
Reacciones de ansiedad	8	21	12	6	3
TOTAL	36	66	32	10	6

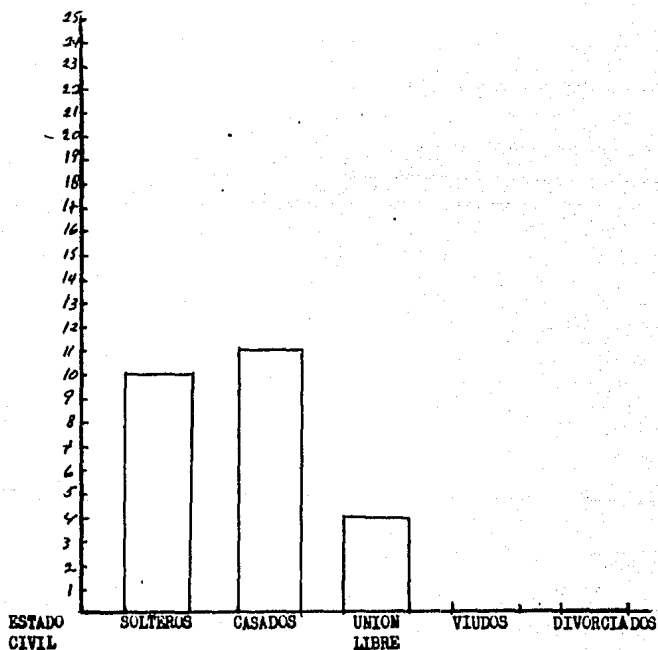
FUENTE: TARJETAS DE REGISTRO FAMILIAR DEL
CONSULTORIO No. 32 DE LA U.M.F.No.2
ENCUESTA REALIZADA POR EL INVESTIGADOR.

DEPRESION Y DINAMICA FAMILIAR

GRAFICA 2

GRADO DE DEPRESION SEGUN SU ESTADO CIVIL EN 150 PACIENTES DE LA U.M.F.-
No. 2 DE PUEBLA, PUE. 1983.

No. DE PERSONAS NORMALES



NOTA: EN VIUDOS Y DIVORCIADOS NO HUBO CASOS

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR EL INVESTIGADOR

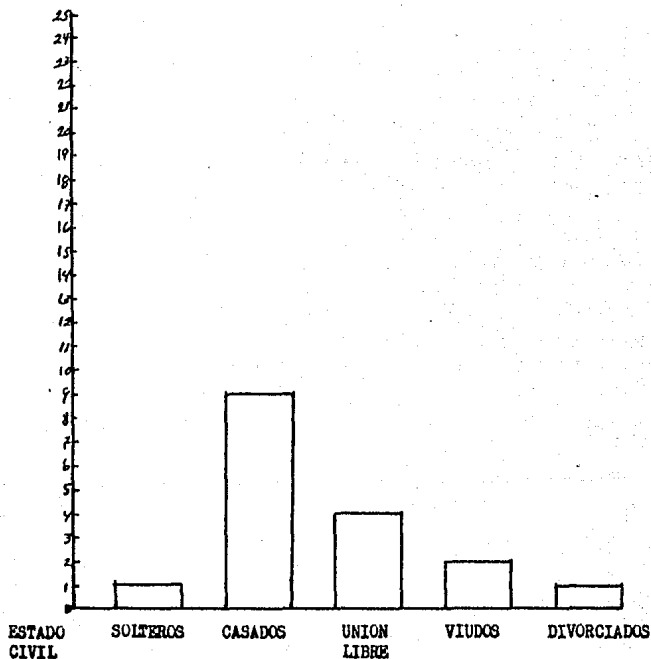
DEPRESION Y DINAMICA FAMILIAR

GRAFICA 3

GRADO DE DEPRESION SEGUN SU ESTADO CIVIL EN 150 PACIENTES DE LA U.M.F.-

No. 2 DE PUEBLA, PUE. 1983.

No. DE PERSONAS CON REACCION DE AJUSTE TRANSITORIA



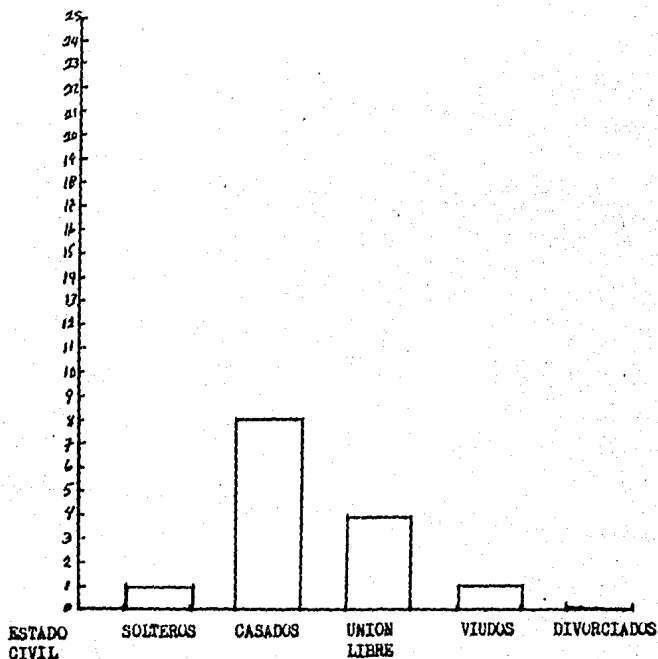
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR EL INVESTIGADOR

DEPRESION Y DINAMICA FAMILIAR

GRAFICA 4

GRADO DE DEPRESION SEGUN SU ESTADO CIVIL EN 150 PACIENTES DE LA U.M.F.-
No. 2 DE PUEBLA, PUE. 1983.

No. DE PERSONAS DEPRIMIDAS AMBULATORIAS



NOTA: EN DIVORCIADOS NO HUBO CASOS

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR EL INVESTIGADOR

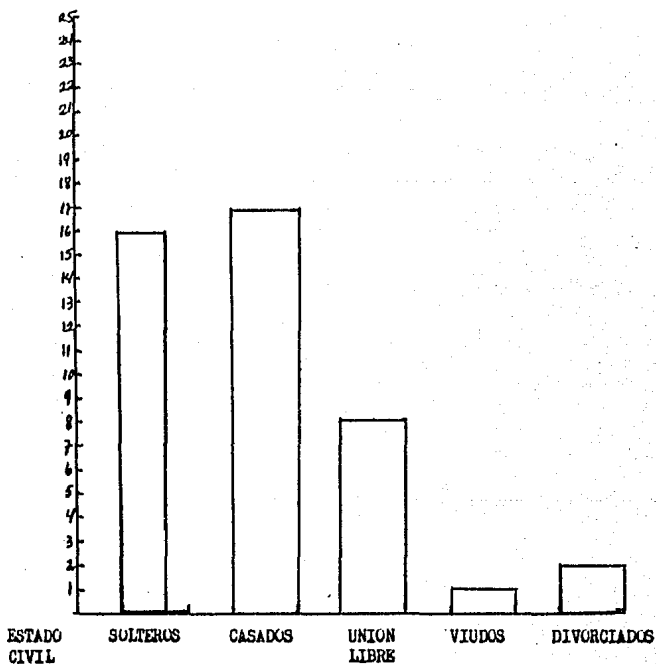
DEPRESION Y DINAMICA FAMILIAR

GRAFICA 5

GRADO DE DEPRESION SEGUN SU ESTADO CIVIL EN 150 PACIENTES DE LA U.M.F.-

No. 2 DE PUEBLA, PUE. 1983.

No. DE PERSONAS CON DESORDENES DE LA PERSONALIDAD



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR EL INVESTIGADOR

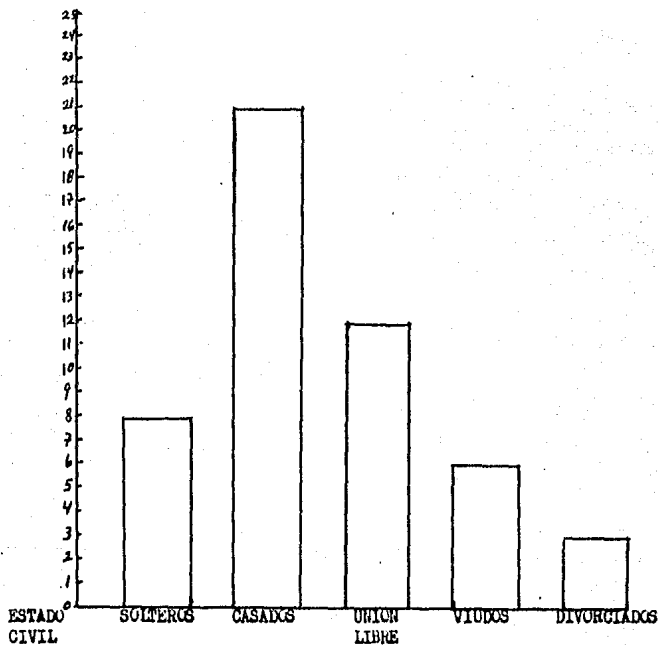
DEPRESION Y DINAMICA FAMILIAR

GRAFICA 6

GRADO DE DEPRESION SEGUN SU ESTADO CIVIL EN 150 PACIENTES DE LA U.M.F.-

No. 2 DE PUEBLA, FUE. 1983

No. DE PERSONAS CON REACCIONES DE ANSIEDAD



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR EL INVESTIGADOR

DEPRESION Y DINAMICA FAMILIAR

CUADRO 2

GRADO DE DEPRESION SEGUN SEXO EN 150 PACIENTES DE LA U.M.F.No. 2 DE PUEBLA, PUE. 1983

GRADO DE DEPRESION	SEXO		TOTAL
	HOMBRES	MUJERES	
NORMALES	16	9	25
REACCIONES DE AJUSTE TRANSITORIA	6	11	17
DEPRIMIDOS AMBULATORIOS	5	9	14
DESORDENES DE LA PERSONALIDAD	16	28	44
REACCIONES DE ANSIEDAD	18	32	50
TOTAL	61	89	150

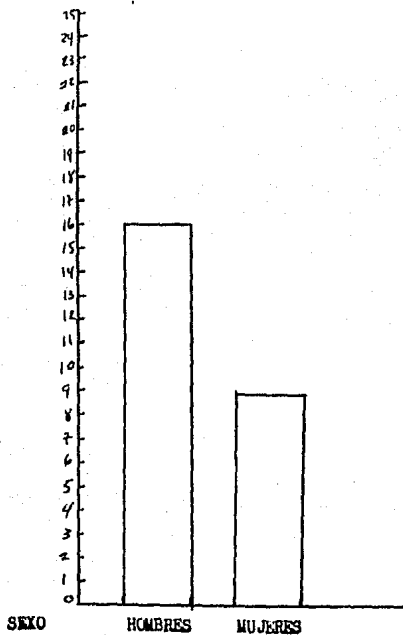
FUENTE: TARJETAS DE REGISTRO FAMILIAR, CONSULTORIO 32

DEPRESION Y DINAMICA FAMILIAR

GRAFICA 7

GRADO DE DEPRESION SEGUN SEXO EN 150 PACIENTES DE LA U.M.F. No. 2 DE
PUEBLA, PUE. 1983

No. DE PERSONAS NORMALES



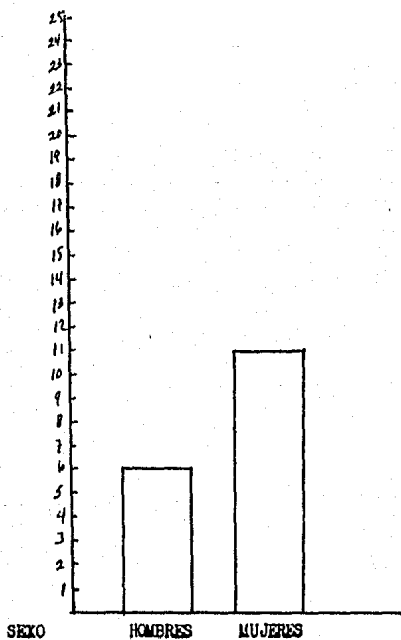
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR EL INVESTIGADOR

DEPRESION Y DINAMICA FAMILIAR

GRAFICA 8

GRADO DE DEPRESION SEGUN SEXO EN 150 PACIENTES DE LA U.M.F. No. 2 DE—
PUEBLA, PUE. 1983

No. DE PERSONAS CON REACCION DE AJUSTE TRANSITORIA



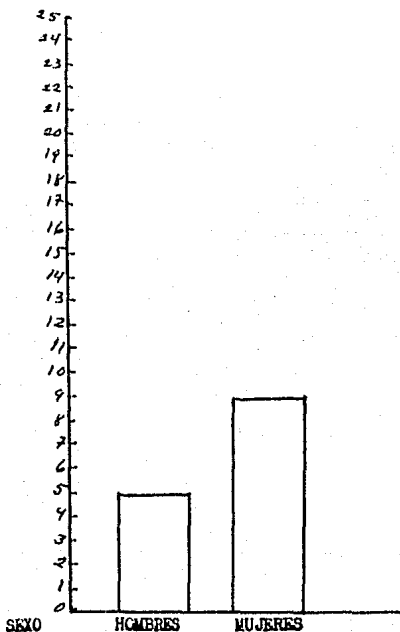
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR EL INVESTIGADOR

DEPRESION Y DINAMICA FAMILIAR

GRAFICA 9

GRADO DE DEPRESION SEGUN SEXO EN 150 PACIENTES DE LA U.M.F. No. 2 DE --
PUEBLA, PUE. 1983

No. DE PERSONAS DEPRIMIDAS AMBULATORIOS

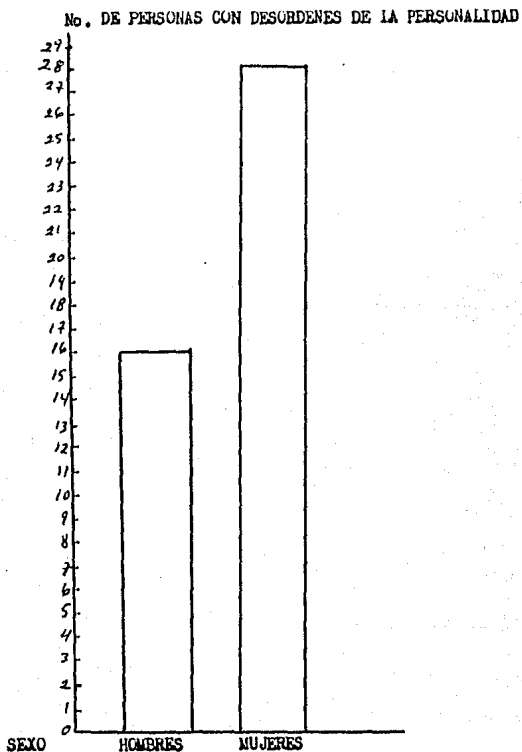


FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR EL INVESTIGADOR

DEPRESION Y DINAMICA FAMILIAR

G R A F I C A 10

GRADO DE DEPRESION SEGUN SEXO EN 150 PACIENTES DE LA U.M.F. No. 2 DE---
PUEBLA, PUE. 1983



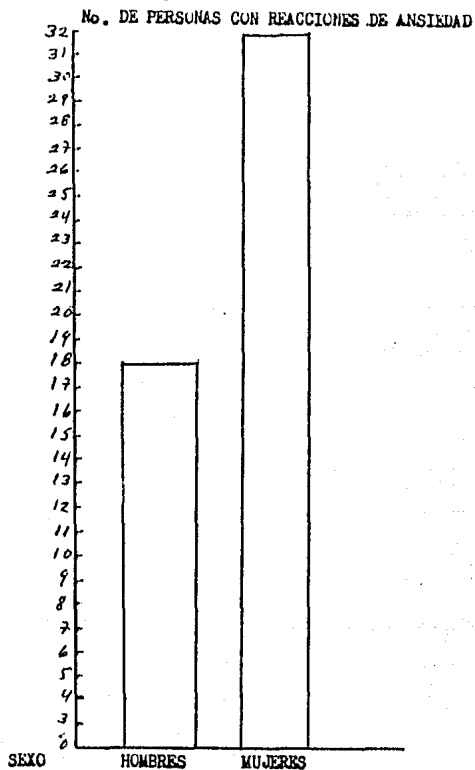
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR EL INVESTIGADOR

DEPRESION Y DINAMICA FAMILIAR

GRAFICA II

GRADO DE DEPRESION SEGUN SEXO EN 150 PACIENTES DE LA U.M.F. No. 2 DE

PUEBLA, PUE. 1983



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR EL INVESTIGADOR

DEPRESION Y DINAMICA FAMILIAR

C U A D R O 3

GRADO DE DEPRESION SEGUN GRADO DE ESCOLARIDAD EN 150 PACIENTES DE LA
U.M.F. No. 2 DE PUEBLA, PUE. 1983

GRADOS DE DEPRESION	E S C O L A R I D A D	
	SECUNDARIA INCOMPLETA	SECUNDARIA COMPLETA
	0 MENOS	0 MAS
NORMALES	1 5	1 0
REACCIONES DE AJUSTE TRANSITORIA	1 1	6
DEPRIMIDOS AMBULATORIOS	1 0	4
DESORDENES DE LA PERSONALIDAD	1 6	2 8
REACCIONES DE ANSIEDAD	3 1	1 9
T O T A L	8 3	6 7

FUENTE: TARJETAS DE REGISTRO FAMILIAR DEL
CONSULTORIO No. 32 DE LA U.M.F. No. 2

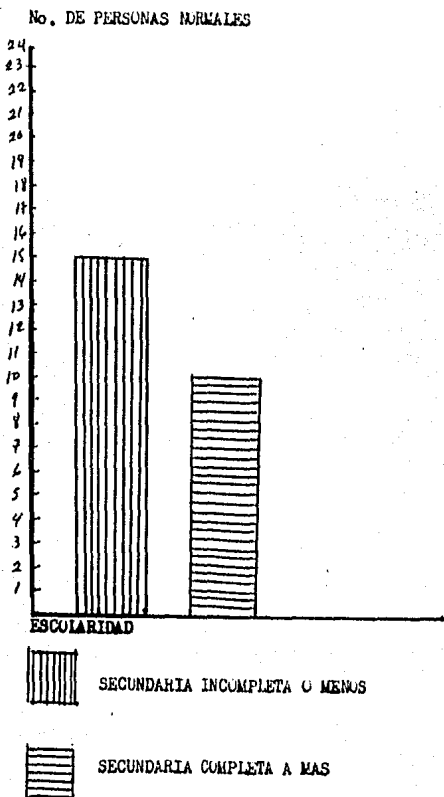
ENCUESTA REALIZADA POR EL INVESTIGADOR

DEPRESION Y DINAMICA FAMILIAR

GRAFICA 12

GRADO DE DEPRESION SEGUN SU ESCOLARIDAD EN 150 PACIENTES DE LA U.M.F.—

No. 2 DE PUEBLA, PUE. 1983



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR EL INVESTIGADOR

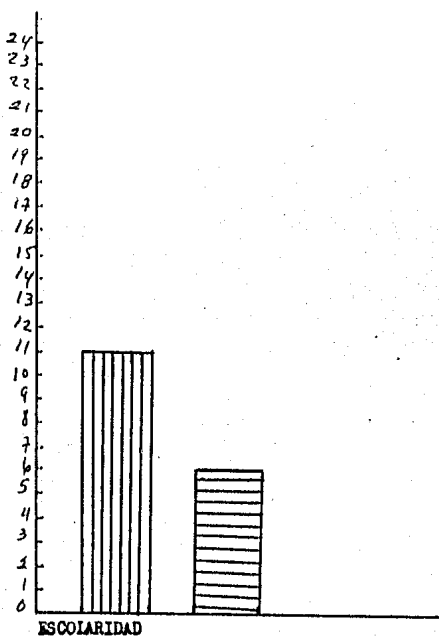
DEPRESION Y DINAMICA FAMILIAR

GRAFICA 13

GRADO DE DEPRESION SEGUN SU ESCOLARIDAD EN 150 PACIENTES DE LA U.M.F. -

No. 2 DE PUEBLA, PUE. 1983

No. DE PERSONAS CON REACCION DE AJUSTE TRANSITORIA



SECUNDARIA INCOMPLETA O MENOS



SECUNDARIA COMPLETA O MAS

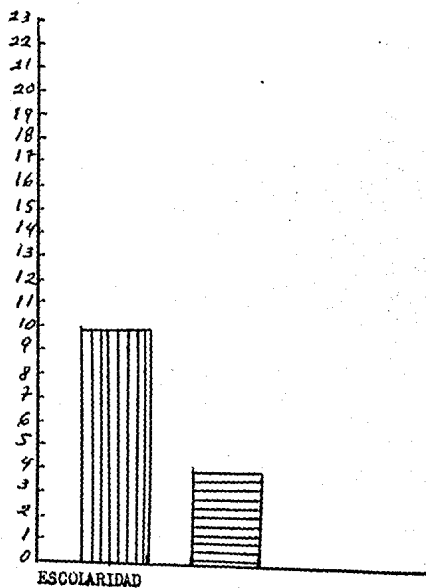
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR EL INVESTIGADOR

DEPRESION Y DINAMICA FAMILIAR

GRAFICA 1A

GRADO DE DEPRESION SEGUN ESCOLARIDAD EN 150 PACIENTES DE LA U.M.F. No.2
DE PUEBLA, PUE. 1983

No. DE PERSONAS CON DEPRESION AMBULATORIA



SECUNDARIA INCOMPLETA O MENOS



SECUNDARIA COMPLETA O MAS

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR EL INVESTIGADOR

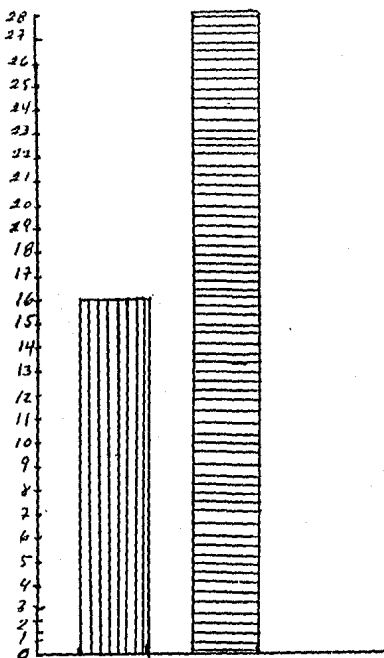
ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

DEPRESION Y DINAMICA FAMILIAR

GRAFICA 15

GRADO DE DEPRESION SEGUN ESCOLARIDAD EN 150 PACIENTES DE LA U.M.F. No 2
DE PUEBLA, PUE. 1983

No. DE PERSONAS CON TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD



ESCOLARIDAD



SECUNDARIA INCOMPLETA O MENOS



SECUNDARIA COMPLETA O MAS

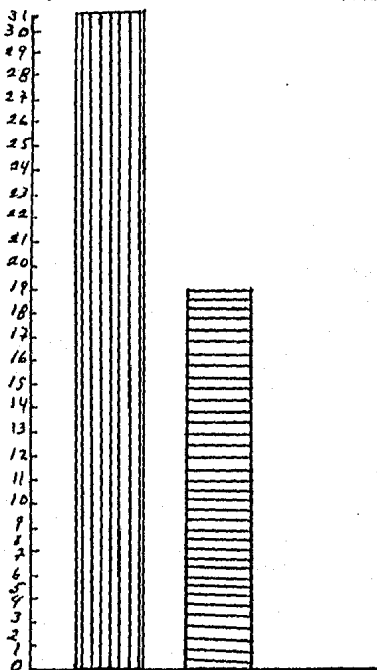
FUENTE. ENCUESTA REALIZADA POR EL INVESTIGADOR

DEPRESION Y DINAMICA FAMILIAR

GRAFICA 16

GRADO DE DEPRESION SEGUN ESCOLARIDAD EN 150 PACIENTES DE LA U.M.F. No.2
DE PUEBLA, PUE. 1983

No. DE PERSONAS CON REACCIONES DE ANSIEDAD



ESCOLARIDAD



SECUNDARIA INCOMPLETA O MENOS



SECUNDARIA COMPLETA O MAS

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR EL INVESTIGADOR

Para conocer el grado o nó de desintegración familiar en nuestro estudio utilizamos tablas, tomando en cuenta los roles familiares, clasificación de familia desde el punto de vista de su composición, punto de vista de su integración .

DEPRESION Y DINAMICA FAMILIAR

T A B L A 1

ROLES FAMILIARES EN 150 PACIENTES DE LA U.M.F.No. 2

ROLES	No. DE PACIENTES
PADRE - - - - -	3 8
ESPOSA MADRE - - - - -	4 6
ESPOSA COMPAÑERA " - - - - -	1 4
MADRE SOLTERA - - - - -	2 8
<hr/>	
T O T A L - - - - -	1 2 6

NOTA: El resto de nuestros pacientes fueron hijos de familias, siendo 15 mujeres y 9 hombres.

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR EL INVESTIGADOR

DEPRESION Y DINAMICA FAMILIAR

T A B L A 2

CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS EN 150 PACIENTES DE LA U.M.F.No. 2 DE-----
PUEBLA, PUE. 1983.

DESDE EL PUNTO DE VISTA DE SU COMPOSICION. A

FAMILIA	No. PACIENTES	PORCENTAJE
FAMILIA NUCLEAR -----	51 -----	34 %
FAMILIA EXTENSA -----	60 -----	40 %
FAMILIA EXTENSA COMPUESTA -----	39 -----	26 %
	-----	-----
T O T A L -----	150 -----	100 %

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR EL INVESTIGADOR.

Se puede observar que la mayoría de las familias son extensas lo que---
implica que a mayor número de miembros familiares, crecen más las nece-
sidades económicas, repercutiendo en su estado de neurosis depresiva.

T A B L A 3

FAMILIA DESDE EL PUNTO DE VISTA INTEGRAL

CLASIFICACION	No. DE FAMILIAS	PORCENTAJE
INTEGRADA -----	25 -----	16.66 %
SEMI-INTEGRADA -----	94 -----	62.67 %
DESINTEGRADA -----	<u>31</u> -----	<u>20.67 %</u>
T O T A L	150	100 %

En esta tabla No. 3 observamos que más de la mitad de nuestros pacientes pertenecen a familias semi-integradas, las cuales corresponden en nuestra investigación de depresión a pacientes con desórdenes de la personalidad y reacciones de ansiedad y en los cuales encontramos de 1 a 3 funciones de la familia alteradas, siendo las principales, el estatus económico, afecto y cuidado.

En las familias integradas encontramos a nuestros pacientes normales los cuales cumplen todas sus funciones familiares.

Las familias desintegradas pertenecieron a pacientes deprimidos ambulatorios y con reacción de ajuste transitoria con 3 a 4 funciones familiares alteradas, siendo las principales: adaptación social, estatus económico, afecto y en 4 casos por falta de reproducción familiar.

PATOLOGIA ASOCIADA CON NEUROSIS DEPRESIVA EN 150 PACIENTES

DE LA U.N.F. No. 2 DE PUEBLA, PUE.

Observamos que la depresión en todos nuestros pacientes se asoció a otros padecimientos.

Siendo los principales en nuestro estudio, los enumerados en la siguiente tabla No. 4.

DEPRESION Y DINAMICA FAMILIAR

T A B L A 4

PATOLOGIA ASOCIADA CON NEUROSIS DEPRESIVA EN 150 PACIENTES DE LA U.M.F.

No. 2 DE PUEBIA, PUE. 1983

PADECIMIENTO	No. DE PACIENTES
DIABETES MELLITUS - - - - -	3 8
HIPERTENSION ARTERIAL - - - - -	2 6
DERMATITIS - - - - -	2 3
OBESIDAD - - - - -	2 2
COLITIS - - - - -	1 6
OTROS PADECIMIENTOS - - - - -	2 5
T O T A L - - - - -	<u>1 5 0</u>

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR EL INVESTIGADOR

De los 25 padecimientos clasificados como otros incluyen: rinofarín-
gitis, enteritis agudas, parasitosis y contusiones diversas.

CONCLUSIONES:

En el individuo influyen factores genéticos, biológicos, sociales, ambientales y psíquicos y la integración de todos estos elementos forman la personalidad de cada individuo. Pero cuando existe un desequilibrio entre éstos factores, se producen alteraciones en la personalidad del individuo y en su dinámica familiar.

En nuestro estudio realizado de Depresión y Dinámica Familiar, las conclusiones fueron favorables a la hipótesis preliminar ya que se observó que la depresión es más frecuente en las personas casadas que en las solteras, predominando las reacciones de ansiedad en los pacientes.

Se demostró que el sexo femenino predominó en la frecuencia de depresión en su clasificación reacciones de ansiedad. Y que a menor grado de escolaridad los síntomas depresivos son más frecuentes.

La dinámica familiar de nuestros pacientes no es igual a la de los pacientes que no demostraron síntomas depresivos, ya que en nuestros pacientes deprimidos encontramos alteradas sus funciones familiares (económicas, sociales, cuidado, afecto y reproducción), las cuales no se cumplían adecuadamente.

Por último se demostró que en familias donde existieron enfermos con padecimientos crónicos, su dinámica familiar se encuentra alterada y por lo tanto los síntomas depresivos son más frecuentes.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Alonso, F.F.: Fundamentos de la Psiquiatría Actual. Edit. Paz Montal vo. 3ra edición. Madrid 1877, pág. 564.
- 2.- Baltes, Diamod, S.: Diagnóstico diferencial de algunas cefaleas. --- Rev. Tribuna Médica., XXVII: 338, 1975.
- 3.- Beeson, P., y McDermott, W.: Tratado de Medicina Interna. Edit. --- Interamericana. 14.ava. Ed., reimpresión de 1977, pág. 668.
- 4.- Cabildo, H.: Salud Mental. Rev. el médico., 24: 49, 1974.
- 5.- Conn, H.F.: Medicina Familiar. Edit. Interamericana Primera edición México 1974. pág. 315-125.
- 6.- Claney, J. y Noyes, R.: La personalidad hostil dependiente. Rev. Medicina de Post-grado., 3: 105, 1974.
- 7.- De la Fuente, M.: Depresión. Rev. de la Facultad de Medicina de México., 18: 11; 1979.
- 8.- Freud, S.: Introductory Lectures on Psychoanalysis, 111, Standart--- Edition, Londón, 1968. Vl. 16.
- 9.- Goodman, L., y Gilman, A.: Bases Farmacológicas de la terapéutica. --- 5ª. Ed., Interamericana. 1980, pág. 348.
- 10.- Guarjon, G.: Ansiedad y Depresión. Rev. Atención Médica., 4:35, --- 1979.
- 11.- Hofling, G.: Tratado de Psiquiatría. Ed. Interamericana. 2a. Ed., --- reimpresión de 1974, pág. 302.
- 12.- Kardiner, A.: The Neuroses of war Medicine, Vol. 1, Marzo, 1979.
- 13.- Kolb, N.: Psiquiatría Clínica Moderna. Edit. Prensa Médica Mexicana. 3a. Ed., 1978, pág 328.

- 14.- Krupp, M., y Chatton, J.: Diagnóstico Clínico y tratamiento. Edit. El Manual Moderno. S.A. 15ava. Ed. 1977, págs. 432.
- 15.- Noyes, R., y Cleaney, J.: Trastornos de la Personalidad. Rev. Medicina de Post-grado., 2: 83, 1976.
- 16.- Norman, L., Feberman, D.: Crisis de Desesperación. Rev. Médico Moderno. en Español., 11, 1972.
- 17.- Quiroz, C.: Salud Mental. Rev. Médico Moderno., 14.; 66, 1982.
- 18.- Rado, S.: Pathodynamica and tratament of traumatic war Neuroses,-- Psychosom. Med., 4: 362, 1975.
- 19.- Rosenstein, E., y Martínez, A.: Diccionario de Especialidades Farmaceuticas. Edit. Mexicana. 25ava.; Ed. 1979, pág.200.
- 20.- Tovar, A.: Las Neurosis, Frecuencia y Clasificación. Rev. El Médico Familiar., 2: 36, 1977.
- 21.- Valdez, D.: La Ansiedad Ciudadina. Rev. Semana Médica de México.,-- 21: 12, 1976.
- 22.- Vallejo, N.J.: Introducción a la Psiquiatría. Edit. Científico-Médica. 6ta. Ed. Barcelona 1971. pág. 204.
- 23.- Williams, J., y Leaman, T.: Estructura y Función de la Familia.--- Rev. Medicina Familiar., 3: 7, 1974.