

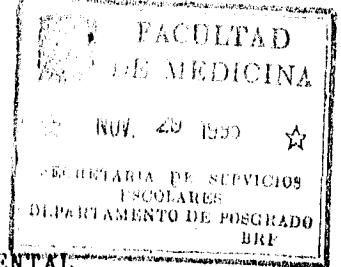
11241
7
20

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

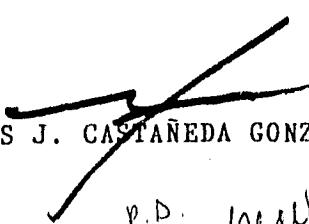


HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ"

DETERMINACION DE NIVELES DE DEPRESION EN FAMILIARES
DE PACIENTES PSIQUIATRICOS Y PACIENTES NO PSIQUIATRICOS

TESIS PRESENTADA PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA


ALUMNA: DRA. VERONICA DELGADO PARRA

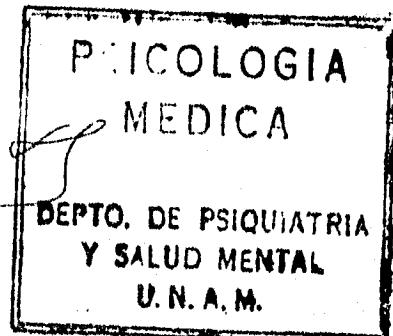

ASESOR TEORICO: DR. CARLOS J. CASTAÑEDA GONZALEZ

ASESOR METODOLOGICO: DR. RAFAEL SALIM - PASCUAL

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FEBRERO DE ~~1990~~

1996



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 esta 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.

**DETERMINACION DE NIVELES DE DEPRESION EN FAMILIARES
DE PACIENTES PSIQUIATRICOS Y PACIENTES NO PSIQUIATRICOS**

SUMARIO

1. INTRODUCCION
2. ANTECEDENTES
3. PROBLEMA
4. OBJETIVOS
5. HIPOTESIS
6. METODOLOGIA
7. RESULTADOS
8. CONCLUSIONES
9. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El término depresión, es relativamente nuevo, apenas --- tiene un cuarto de siglo, prácticamente es contemporáneo de - los psicofármacos, sin embargo, el cuadro clínico es conocido desde la antigüedad en su forma más grave: La melancolía.

Hipócrates en el siglo IV a de C, afirmaba que la melancolía era producida por la bilis negra o atrabilis. Celsus y Areteo de Capadocia, le atribuyeron el calificativo de enfermedad. Sorano de Efeso, fue quién por primera vez hizo una descripción detallada del cuadro clínico . Durante la Edad Media, hubo un retroceso en el pensamiento científico y se pensaba que era producida por demonios e influencias astrales.

A principios del siglo XIX, Pinel, identificó, en su génesis, causas psicológicas: Miedo a los desengaños amorosos, dificultades familiares, etc., y causas físicas: Amenorrea y puerperio.

En 1896, Kraepelin, con su primera nosografía psiquiátrica, logró una diferenciación entre la Depresión y la "Demencia Praecox".

En la actualidad, el DSM III R y el CIE 10, logran hacer una delimitación precisa del padecimiento y sus variables.

En las últimas décadas, se ha encontrado un importante incremento de los Trastornos depresivos, llegando a considerarse por los expertos, como el problema más frecuente de salud mental.

La magnitud epidemiológica, las repercusiones sociales y psicológicas y su accesibilidad diagnóstica, cada día más -- exacta, hacen de la depresión un problema que tenemos la obligación de conocer profundamente.

Mención aparte, merece el hecho, de que la depresión puede afectar a cualquier nivel socioeconómico, cultural, académico y profesional, al grado que Gerald Klermann, en la década de los sesentas describió que nos encontramos en "la era de la melancolía".

El hombre es un ente bio-psico-social, por lo tanto, no es fácil penetrar en los mecanismos íntimos que generan sus problemas, dado que éstos, no son unicausales sino tienen pluricausalidad y son generalmente una mezcla de factores de tipo biológico, psicológico y social.

La depresión, será difícil de entender con una visión tubular, hace falta tener una perspectiva y un panorama más amplios, que nos lleven a la integración de los factores antes mencionados.

Existen una serie de observaciones que validan el papel y la participación de sistemas bioquímicos cerebrales en la depresión.

La hipótesis monoaminérgica de la depresión, postula que ésta, es determinada por una baja de la norepinefrina en la hendidura sináptica.

La hipótesis serotoninérgica de la depresión, se refiere a que en este padecimiento, están alterados los metabolitos de la 5-hidroxi-triptamina (serotonina) a nivel del sistema nervioso central. Se postula, que básicamente existe una deficiencia de la serotonina, su recaptura sináptica está aumentada y hay una hipoactividad en la hendidura al igual que lo propuesto para la norepinefrina.

Otros datos que apoyan esta hipótesis, es que los compuestos que potencian la 5-HT, como los precursores del triptofano y los inhibidores de recaptura de la serotonina (por ejemplo fluoxetina), tienen utilidad terapéutica en algunas formas de depresión.

Otro neurotransmisor involucrado en la depresión, es la acetilcolina. Se propuso que existe un aumento del tono colinérgico y una baja del tono noradrenérgico en esta entidad clínica.

También se han reportado estudios que mostraron una baja importante en los niveles de GABA (ácido gammaaminobutírico) en los pacientes deprimidos.

Los hechos antes enunciados, apoyan la participación de mecanismos cerebrales en la depresión. La gran expectativa, que se empieza a cumplir, es actuar sobre las enfermedades mentales a través del cerebro.

Las explicaciones psicológicas, más generalmente aceptadas de la Depresión, derivan del hecho, de que el afecto depresivo, no es cualitativamente diferente del que ocurre en una reacción de pena normal.

En toda situación depresiva, se postula, puede identificarse una pérdida, que puede ser real o fantaseada y que puede situarse en un ser querido, dinero, empleo, fracaso social o la salud.

Los estudios de la relación del paciente deprimido con su "objeto perdido", demuestran la presencia de marcada ambivalencia, que muchas veces, aparece también, en el duelo normal.

Junto con las expresiones de pena por la pérdida de un ser querido, existen también, sentimientos de ira y resentimiento contra él, esto llevó a Freud, a postular la teoría de la "ira retrorefleja".

Es evidente, que la experiencia decisiva que forma la base de las reacciones depresivas ulteriores, está centralizada en las primeras experiencias de la alimentación del niño y su adaptación a la separación (pérdida) de la madre.

La desesperación, el sufrimiento y la autoacusación de las reacciones depresivas siempre están presentes y pueden ser entendidas como el representante del "justo castigo", deseado inconscientemente por el objeto perdido, dándose previa-

mente, el proceso de incorporación.

Existe otro tipo de factor que interviene en la aparición de la depresión y es el factor social.

En la Psiquiatría Social, se aborda primariamente al grupo y secundariamente al individuo, esto significa, pasar de una preocupación restringida de la salud mental individual a un interés en la salud mental pública.

Durante muchos años, los sistemas de apoyo social más importantes han sido la familia, la iglesia y la comunidad de vecinos, pero desde que se han formado y proliferan las grandes metropolis, es característica la desintegración de estas tres fuentes de apoyo social.

Los lazos familiares se han debilitado en los últimos tiempos, la desintegración familiar abunda, el número de divorcios se ha incrementado, los hijos luchan por su independencia y los ancianos, en los países industrializados, viven prácticamente solos.

La Iglesia, durante mucho tiempo, dió sustento moral a la vida y brindaba consuelo ante la desesperación, pero la religión pierde fuerza y mucha gente se enorgullece de un materialismo ateo, donde el sujeto sólo depende de sí mismo, fomentando el solipsismo y el distanciamiento emocional.

La comunidad de vecinos, disminuye en forma paulatina, in

mersa en una época de acentuada movilidad personal y urbana--
impide a las personas establecer contacto y amistad, por lo -
que pierde fuerza el apoyo emocional que se encontraba en las
relaciones de vecindad.

Hasta aquí, un breve esbozo de los elementos que tenemos
para entender ese complejo fenómeno que es la Depresión.

ANTECEDENTES

Los síntomas y síndromes depresivos no son raros, sin-- embargo, pocas veces son reconocidos y tratados en forma tem-- prana, lo anterior se debe a varias razones: la gran diver-- sidad de definiciones, el criterio subjetivo para reportar -- los síntomas, e incluso, la ignorancia completa del problema.

En cuanto a depresión, no hay una definición completamen-- te aceptada, existe una relativa falta de instrumentos para -- su medición, la heterogeneidad de las poblaciones y la falta de un grupo control.

Entre los instrumentos más adecuados para medir depre--- sión están las escalas de: Hamilton (9), la de Zung (24) y la de Beck (2).

El Inventario de Beck para Depresión, es un cuestionario autoaplicable, desarrollado en 1959 por Beck y sus colaborado-- res, consta de 21 reactivos que evalúan el mismo número de -- categorías sintomático-conductuales y que se escogieron en el curso del tratamiento de pacientes deprimidos.

Se hicieron observaciones sistemáticas, para evaluar los cambios clínicos, tomándose registro de las actitudes y sínto-- mas característicos, se relacionaron unicamente los que mos-- traron ser específicos para pacientes con depresión y que e-- ran consistentes con las descripciones de la enfermedad depre-- siva, contenida en la literatura psiquiátrica (23)

Los 21 reactivos, quedan de la siguiente forma:

- 1) Animo
- 2) Pesimismo
- 3) Sensación de fracaso
- 4) Insatisfacción
- 5) Sentimientos de culpabilidad
- 6) Sensación de castigo
- 7) Descontento
- 8) Autoacusación
- 9) Deseos autopunitivos
- 10) Llanto
- 11) Irritabilidad
- 12) Aislamiento
- 13) Indecisión
- 14) Imagen corporal
- 15) Inhibición laboral
- 16) Trastornos del sueño
- 17) Fatigabilidad

18) Pérdida de apetito

19) Pérdida de peso

20) Preocupación somática

21) Pérdida de la libido

Síntomas afectivo-cognitivos son valorados por los primeros 14 reactivos y los 7 restantes valoran síntomas vegetativo-somáticos.

Cada reactivo consiste en una serie de enunciados en diferentes grados de un mismo rubro sintomático, se pide al paciente que seleccione el que se acerque más a su condición en el momento de la evaluación, los valores numéricos 0, 1, 2 y 3, son asignados a cada enunciado y el resultado total, se obtiene de la suma de los 21 reactivos mencionados.

Las calificaciones propuestas por Beck fueron:

0 - 13, sin Depresión

14 - 24, Depresión leve a moderada

25 ó más, Depresión severa.

El Inventario de Beck para Depresión, ofrece ciertas ventajas en su uso para propósitos de investigación, primero, evita el problema de la variabilidad del juicio clínico y nos provee de un medio estandarizado y consistente de medición, - que no varía con la orientación teórica del individuo que lo aplica; segundo, el Inventario puede ser fácilmente aplicado-

ya que el mismo paciente puede responderlo solo (es de autoaplicación); tercero, dado que el inventario provee una marca numérica, facilita su comprobación con otros datos cuantitativos; finalmente, el inventario nos dá un instrumento objetivo y adecuado para valorar la efectividad de los tratamientos. Es decir, evalúa severidad y cambio. (19)

Una limitación de este instrumento, y que se debe tomar en consideración, es que su aplicabilidad depende de la cooperación del paciente, así como de su capacidad para comprender los reactivos.

Los primeros estudios de validez de este inventario, - fueron publicados por Beck y sus colaboradores en 1961 (2), otro estudio de trascendencia, en este sentido, fué realizado por Bouman en 1987 en Holanda.

En 1980, Nielsen (17), realizó un estudio en una población ambulatoria de pacientes no psiquiátricos, con una edad que osciló entre los 21 y 80 años, encontrando una prevalencia del síndrome depresivo del 12 %, llegando a la conclusión de que el inventario de Beck para depresión, es una prueba - sensible y específica.

En 1988, Clarck (4), aplicó el inventario de Beck a estudiantes con una edad promedio de 23.6 años y encontró al - 12 % con síntomas depresivos.

Louks, en 1989 (13), encontró predominancia en el inventario de Beck, de reactivos cognitivos hasta en un 81 % y

un segundo factor, vegetativo, en un porcentaje hasta de 58 % dependiendo de la muestra, esto se relaciona con el punto de vista teórico de Beck.

Por otra parte, existen algunos estudios, acerca del impacto emocional específicamente depresivo, que sufren los familiares de pacientes portadores de enfermedades psiquiátri--cas o de problemas no psiquiátricos.

Keller, en 1986 (10), reportó el impacto de la severi--dad y cronicidad de trastornos depresivos en los padres sobre las capacidades adaptativas, funcionabilidad y psicopatología de los hijos, tomando en cuenta, principalmente, variables de demográficas. Reportó que la depresión materna está más estre--chamente relacionada con la psicopatología del hijo, que la depresión paterna.

Pakenham, en 1987 (20), describió que un soporte cog--nitivo-educacional, en los familiares de pacientes esquizofré--nicos, disminuye la presencia de síntomas ansioso-depresivos en la familia y también influye favorablemente en la evolu--ción del padecimiento.

Reynolds, en 1990 (21), estudió el impacto emocional - en el grupo familiar, ante la presencia de un miembro con sintomatología psiquiátrica y las demandas de ayuda que expresa la familia a las instituciones de salud mental.

Andreasen, en 1987 (1), encontró mayor incidencia de enfermedad bipolar en los familiares con este mismo diagnóstico, en comparación con el Trastorno Unipolar (Depresión).

Kriesel, en 1987 (11), describió las reacciones familiares de pacientes con enfermedad maligna, sobresaliendo la pena anticipatoria y el desaliento. Las necesidades de apoyo psicológico para los familiares de pacientes con cáncer -- quedaron demostradas.

Cassileth, en 1986 (6), estudió a 645 familiares de -- pacientes con cáncer, encontrando, mayores niveles de ansiedad y depresión en los miembros más jóvenes de la familia.

Morris, en 1988 (14), estudió los efectos en mujeres con cáncer de mama y sus esposos, en cuanto a niveles de ansiedad y Depresión. El estudio demostró que la información-consensual para pacientes y esposos disminuye el estrés y promueve la participación activa en el tratamiento.

Musci, en 1990 (15) realizó un estudio acerca de los -- estados emocionales y el funcionamiento familiar de pacientes con cáncer, este estudio describe las conductas de autocuidado relacionadas con los efectos colaterales del tratamiento.

Ohta, en 1989 (18), realizó un estudio que relaciona -- expectativas familiares de actividad laboral de pacientes esquizofrénicos y deprimidos, encontrándose mayores expectativas en los familiares de pacientes deprimidos.

Coryel, en 1989 (5), estudió desórdenes de personalidad en familiares de deprimidos y esquizofrénicos, encontrándose entre los familiares de los deprimidos mayor incidencia de personalidades histriónicas, antisociales, limítrofes y narcisistas.

Ryan, en 1987 (22); Greenberg, en 1989 (8); Lauer, en 1989 (12) y Neuling, en 1988 (16) realizaron estudios de impacto emocional y alteraciones depresivas en familiares de pacientes con cáncer.

En la bibliografía existen amplias referencias acerca de los procesos depresivos en familiares de pacientes con diagnóstico de cáncer.

Se encontraron algunas referencias bibliográficas acerca de ajustes conductuales y rasgos depresivos en familiares de pacientes psicóticos y deprimidos.

El propósito de este estudio es determinar las diferencias en el impacto emocional (depresión) en familiares de pacientes de acuerdo al diagnóstico psiquiátrico y no psiquiátrico, parentesco, tiempo de evolución y conocimiento del diagnóstico.

Se considera impacto emocional con un puntaje en el IBD de 14 puntos ó más.

PROBLEMA

¿ Existen diferencias en cuanto a niveles de depresión en los familiares de pacientes hospitalizados por problemas - psiquiátricos contra familiares de pacientes con problemas no psiquiátricos, de acuerdo al diagnóstico establecido y tiempo de evolución del padecimiento ?

OBJETIVOS

1. Determinar el impacto emocional en los familiares de pacientes hospitalizados de acuerdo al diagnóstico y tiempo de evolución del padecimiento.
2. Determinar diferencias en los niveles de depresión en familiares de pacientes hospitalizados ya sea psiquiátricos o pacientes no psiquiátricos.

HIPOTESIS

1. Los familiares que conocen el diagnóstico establecido 6 meses o más previos al estudio, mostrarán menos niveles de depresión
2. Los familiares de pacientes psiquiátricos hospitalizados mostrarán mayores niveles de depresión en comparación con los familiares de pacientes no psiquiátricos.

METODOLOGIA

DISEÑO:

Se trata de un estudio comparativo, transversal, abierto y observacional.

POBLACION:

El estudio se realizó con los familiares de primer grado (padres, madres, cónyuges, hermanos e hijos) de los pacientes hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino - Alvarez" (HPFBA) y del Instituto Nacional de la Nutrición - "Salvador Zubiran" (INNSZ).

CRITERIOS DE INCLUSION:

Se incluyeron en el estudio a todos los familiares de -- los pacientes hospitalizados con diagnósticos establecidos de Esquizofrenia (EZ), Síndrome Orgánico Cerebral (SOC), Cáncer (CA), Lupus Eritematoso Sistémico (LES), Diabetes Mellitus - (DM), Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido (SIDA).

Para los diagnósticos de CA, SOC y EZ, no se especificó el tipo y se incluyeron todas la variedades.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Se excluyeron del estudio aquellos familiares que no quisieran cooperar con el mismo, a quienes no sabían leer ni escribir, a los que no tuvieran conocimiento del diagnóstico en el momento de la aplicación del instrumento y a los que fueran portadores de un cuadro depresivo ya identificado (diag-- nosticado) con anterioridad.

INSTRUMENTO APLICADO:

Se empleó para este estudio el Inventario de Beck para la Depresión con 21 reactivos (IBD).

PROCEDIMIENTO:

Se revisaron los expedientes de pacientes hospitalizados en el HPFBA y en el INNSZ, para seleccionar a aquellos pacientes que cumplieran con los criterios establecidos de acuerdo al diagnóstico (CA, DM, LES, EZ, SOC). Se abordó a todos los familiares que acudieron durante los horarios de visita mientras permanecieron internados los pacientes, incluyendo solo a quienes cubrieran criterios de inclusión.

A quienes aceptaron participar en el estudio, se les proporcionó el IBD, el cual respondieron en un tiempo promedio de 15 minutos.

Se recabó información sobre el tiempo que tenían de conocer el diagnóstico establecido, se tomó como criterio de cronidad el conocimiento del mismo por 6 meses o más previos al estudio.

También se preguntó al familiar el parentesco que le unía con el paciente.

Se calificó el IBD de acuerdo a los parámetros establecidos por el autor: 0 - 13, sin depresión; 14 - 24, leve a moderada y 25 ó más depresión severa.

METODO ESTADISTICO:

Se utilizaron pruebas no paramétricas:

Wilcoxon y Kolmogorov/Smirnov y la Chi cuadrada.

RESULTADOS

Se aplicaron un total de 62 IBD, 31 (50%) correspondieron a familiares de pacientes del HPFBA y 31 (50%) a los familiares de pacientes del INNSZ.

En el HPFBA se observó la siguiente distribución de familiares: padre 4 (12.9%); madres 9 (29.03%); hermanos 2 (6.45%) hermanas 5 (16.12%); esposos 2 (6.45%); esposas 3 (9.67%); hijos 3 (9.67%); hijas 3 (9.67%). En el INNSZ la distribución fué la siguiente: padre 3 (9.67%); madres 6 (19.35%); hermanos 2 (6.45%); hermanas 5 (16.12%); esposos 6 (19.35%); esposas 4 (12.9%); hijos 3 (9.67%); hijas 2 (6.45%). (TABLA 1)

De la muestra estudiada, sobresale el número de madres de pacientes del HPFBA, fueron las que más acudieron de la muestra global de familiares. En número de madres de los pacientes del HPFBA fueron mayor que el número de madres de los pacientes del INNSZ.

El número de esposos del INNSZ fué mayor que el de esposos de pacientes del HPFBA.

En el resto de familiares, no se observaron diferencias importantes.

TABLA NO. 1: RELACION DE FAMILIARES POR PARENTESCO HPFBA

PADRE	MADRE	HERMANO	HERMANA	ESPOSO	ESPOSA	HIJO	HIJA
4	9	2	5	2	3	3	3
12.9%	29.03	6.45%	16.12%	6.45%	9.67%	9.67	9.67%

TABLA 1: RELACION DE FAMILIARES POR PARENTESCO INNSZ

PADRE	MADRE	HERMANO	HERMANA	ESPOSO	ESPOSA	HIJO	HIJA
3	6	2	5	6	4	3	2
9.67%	19.35%	6.45%	16.12%	12.35%	19.90%	9.67%	6.45%

En la tabla 2 se observan los diferentes niveles (impacto emocional) en los familiares de los pacientes del HPFBA y los familiares del INNSZ. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de familiares; sin embargo, se advierte una mayor tendencia a la depresión en los familiares de los pacientes del HPFBA (media aritmética HPFBA 21.2 ± 11.19 ; INNSZ 19.16 ± 10).

TABLA 2: NIVELES DE DEPRESION HPFBA, INNSZ

	SIN DEPRESION	LEVE	SEVERA	TOTAL
FAMILIARES HPFBA	n = 8 25.80%	n = 15 48.38%	n = 8 25.80%	n = 31
FAMILIARES INNSZ	n = 11 35.48%	n = 15 48.38%	n = 5 16.42%	n = 31

De acuerdo a la tabla anterior de los familiares de pacientes del HPFBA 23 presentaron impacto emocional (15 depresión leve; 8 depresión severa); los familiares de pacientes del INNSZ 20 presentaron impacto emocional (15 depresión leve 5 depresión severa), estadísticamente no se observó diferencias significativas (chi cuadrada = 0.3035; (p = 0.58)).

De acuerdo al parentesco, fueron las madres de los pacientes del HPFBA, las que mostraron mayor impacto emocional (depresión), en el resto de los familiares no hubieron diferencias significativas.

La distribución de la muestra, de acuerdo al diagnóstico y cronicidad, se observa en la siguiente tabla:

TABLA 3: IMPACTO EMOCIONAL DE ACUERDO AL DIAGNOSTICO Y CRONICIDAD

DIAGNOSTICO IMPACTO	MAS DE 6 MESES SI	NO	MENOS DE 6 MESES SI	NO	TOTAL
EZ	5 33.34%	2 13.34%	6 40 %	2 13.34%	15
SOC	5 31.25%	4 25%	7 43.75%	0 0	16
CA	0 0	0 0	9 100%	0 0	9
LES	5 62.50%	3 37.50%	0 0	0 0	8
DM	1 14.29%	4 57.15%	0 0	2 28.58%	7
SIDA	3 42.86%	1 14.29%	3 42.86%	0 0	7

Se encontraron diferencias significativas en el impacto emocional (depresión), en los familiares de los patients con CA ($p < 0.05$).

No se encontraron diferencias significativas en el resto de los diagnosticos, aunque se observó una mayor tendencia a la depresión en los grupos diagnosticos SOC y SIDA.

Con respecto a la cronicidad, en el HPFBA, 16 familiares tenían más de 6 meses de conocer el diagnóstico y 15 familiares tenían menos de 6 meses de saberlo.

En el INNSZ, 17 familiares tenían más de 6 meses de saber el diagnóstico y 14 tenían menos de 6 meses.

No se encontraron diferencias significativas en ambos grupos.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSIONES

De acuerdo a nuestros objetivos, se esperaban diferencias significativas en los niveles de depresión en cuanto a la cronicidad del padecimiento.

Se suponía que debido a la elaboración del proceso de duelo los familiares de los pacientes, con más de 6 meses de conocimiento del diagnóstico, mostrarían menos niveles de depresión y aquellos que tuvieran menos de 6 meses de conocerlo, estarían más deprimidos por encontrarse en una reacción adaptativa.

Sin embargo lo anterior no se corroboró en el estudio, ya que no se encontró diferencias significativas entre ambos grupos.

Lo mencionado podría explicarse debido a que las familias donde algún miembro presenta síntomas psicóticos tienden a utilizar, en forma masiva, mecanismos psicológicos de negación, - que los protege de la ansiedad y dolor que la psicosis produce

En cuanto a los familiares de pacientes con diagnóstico - de CA, todos tenían menos de 6 meses de conocer el diagnóstico y probablemente se encontraban en plena reacción adaptativa.--

No hubo grupo de familiares con conocimiento del diagnóstico por más de 6 meses para comparar, entre ambos, los niveles de depresión; a pesar de esto y en relación con los otros - -- diagnósticos los puntajes totales de IBD fueron los más altos- (más de 25).

Todos los familiares de pacientes con diagnóstico de LES- conocían dicho diagnóstico por más de 6 meses, al igual que en los pacientes con CA no hubo grupo control, para comparar los niveles de depresión, en relación con otros diagnósticos los puntajes obtenidos en el IBD resultaron bajos (menos de 14). Esto puede explicarse porque el proceso de duelo ya se había elaborado.

Llama la atención en cuanto a la DM, los familiares que conocían el diagnóstico por menos de 6 meses mostraron niveles bajos en el IBD (menos de 10) y los familiares con más de 6 meses de saberlo calificaron con mayores niveles (de 10 - 37).

Probablemente esto se debe a que los pacientes con más tiempo de evolución presentaron complicaciones.

En relación al diagnóstico de SIDA, a pesar de que los familiares que conocieron el diagnóstico menos de 6 meses calificaron el IBD con depresión severa en comparación al grupo control, los primeros fueron una muestra insuficiente (3 familiares).

Así como se esperaba, hubo una mayor tendencia de los familiares de los pacientes psicóticos a mostrar mayores niveles de depresión en comparación con familiares de pacientes no psicóticos.

En el estudio, es notorio que las madres de pacientes del HPFBA son las que mostraron impacto (depresión) y las que más asistieron a visita, esto puede entenderse porque la psicosis ha sido explicada como la resultante de defectos en el proceso de separación/individuación de la díada madre/hijo, - así, las madres de los pacientes psicóticos acuden más expresando la refusión que tienen con su hijo.

La depresión podría entenderse como una defensa emocional ante la proximidad de la psicosis.

Con respecto al estudio en general, a los resultados obtenidos y al análisis estadístico, se puede objetar que el -- universo estudiado fue insuficiente.

Otro aspecto para comentar sería que hubiera sido conveniente citar a mayor número de familiares de cada paciente, - dado que los asistentes a la visita eran los más cercanos y - por ende los más afectados con la sintomatología del paciente y esto podría representar un sesgo en la muestra estudiada.

Quedando la posibilidad, de que al aumentar la muestra, las tendencias encontradas, podrían llegar a ser diferencias significativas, esto principalmente con respecto a las variables cronicidad y parentesco.

Los datos obtenidos, en cuanto a niveles de depresión en familiares de pacientes con diagnóstico de CA, son concordantes

tes con lo reportado en la literatura internacional.

Cabría recordar las opiniones del Dr. de la Fuente (7) con respecto a la salud mental de la población mexicana, que no ha sido adecuadamente entendida, fundamentalmente por problemas relacionados con la ignorancia, los temores y los prejuicios arraigados en nuestra cultura.

BIBLIOGRAFIA

1. ANDREASEN NC, et al. Familial rates of affective disorder. Arch Gen Psychiatry. 44 (5) 461-9, 1987.
2. BECK AT et al. An Inventory for measuring Depression. Arch Gen Psychiatry. 4:561, 1961.
3. BECK AT, et al. The W.H.O. Depression scale. Relation Newcastle scale. Acta Psychiat Scand. 16:140, 1980.
4. CLARK R et al. Epidemiology of affective disorders: Psychosocial risk factors. Arch Gen Psychiat. 39:35, 1982.
5. CORYELL WH et al. Personality disorder in the families of depressed schizophrenic and never ill probands. AM J Psych 146 (4) 496-502, 1989.
6. CASSILETH BR et al. Factors associated with psychological distress in cancer patients. Med Pediatr Oncol. 14 (5) -- 251-4, 1986.
7. DE LA FUENTE. Acerca de la salud mental en México. Salud - Mental 5 (3) 22-31, 1982.
8. GREENBERG HS et al. Psychologic functioning in 8 to 16 -- year-old cancer survivors and their parents. J Pediatr 114 (3) 488-93, 1989.
9. HAMILTON M et al. A rating scale for depression. Neurol - Neurosurg Psychiat. 23:56 1960.
10. KELLER MB et al. Impact of severity and chronicity of parental affective illness on adaptive functioning and psychopathology in children. Arch Gen Psychiatry 43 (10) 930-7 1986.
11. KRIESEL HT et al. The Psychosocial aspects of malignancy.- Prim Care 14 (2) 271-80 1987.
12. LAUER ME et al. Long-term follow-up parental adjustment following a child's death at home or hospital. Cancer 63 (5) 988-94 1989.
13. LOUKS R et al. Dimensions of manifest depression. Psychiat Rest 1:239 1989.
14. MORRIS S et al. Offering patients a choice of surgery for early breast cancer: A reduction in anxiety and depression in patient and their husband. SOC SCI Med 26 (6) 583-5 --- 1988.

15. MUSCI EC et al. Predicting self-care with patients and family members' affective states and family functioning. --- Oncol Nurse Forum 17 (3) 394-400 1990.
16. NEULING SJ et al. Social support and recovery after surgery for breast cancer. frequency and correlates of supportive behaviors by family, friends and surgeon. SOC SCI Med 27 -- (4) 385-92 1988.
17. NIELSSEN JH et al. Epidemiology of affective disorders. A re-examination and future directions. Arch Gen Psychiat - 38:1039 1980.
18. OHTA Y et al. Features of schizophrenic patients and patients with depression as observed by family members--- symptoms, social activities and social performance. Jpn J- Psychiat 43 (1) 29-36 1989.
19. ORTEGA H et al.
20. PAKENHAM K et al. Family care and schizophrenia: The effects of a supportive educational program on relatives, personal and social adjustment. Aust N Z J Psychiat 21 (4)-- 580-90 1987.
21. REYNOLDS I et al. A crisis team for mentally ill: The effect on patients relatives and admissions. Med J Aust -- 152 (12) 646-52 1990.
22. RYAN LS et al. Lung cancer: Psychosocial implications. - -- Semin Oncol Nurse 3 (3) 222-7 1987.
23. TORRES MT y cols. Validez y reproductibilidad del Inventario de Beck para Depresión en un Hospital de Cardiología.- Reporte preliminar. IMP.
24. ZUNG WW et al. Self rating depression scale. Arch Gen - - Psychiat 12:63 1965.