

11241¹
9
2ej



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

FRECUENCIA Y SEVERIDAD DE DEPRESION EN
FAMILIARES DE PACIENTES PSIQUIATRICOS

TESIS DE INVESTIGACION
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA

**PSICOLOGIA
MEDICA**
**DEPTO. DE PSIQUIATRIA
Y SALUD MENTAL**
U. N. A. M.

PRESENTA:
DR. JUAN GARCIA LOPEZ

Wazcar Verduzco
ASESOR TEORICO:
DR. WAZCAR VERDUZCO FRAGOSO

Fernando Corona
ASESOR METODOLOGICO:
DR. FERNANDO CORONA HERNANDEZ



Juan Garcia Lopez

CIUDAD UNIVERSITARIA, MEXICO, FEBRERO 1999.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

277642



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

a Dios

a Elvia, mí madre (q.e.p.d),

a Alicia, mí abuela (q.e.p.d),

a Esther, mí esposa,

**a Juan Angel y Jose Alberto,
mís hijos,**

**a Sonia, Patricia, Yolanda,
Teresa, Pilar, José y Jesús,
mís hermanos.**

**al Instituto Mexicano del
Seguro Social,**

a la Universidad Nacional,

**al Hospital de Psiquiatria San
Fernando y todo su personal,**

a todos mis profesores,

**a los Drs. Fernando Corona,
Wazcar Verduzco, Fernando
Valdes y, a la Srita. Perla
Vera.**

**a los pacientes y sus
familiares.**

INDICE

RESUMEN	5
1. INTRODUCCION	6
2. JUSTIFICACION	7
3. MARCO TEORICO	8
A) DEPRESION	8
B) FAMILIA	9
C) CLASIFICACIONES	13
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
5. OBJETIVO	17
6. MATERIAL Y METODO	18
i) DISEÑO	18
ii) UNIVERSO DE TRABAJO	18
iii) VARIABLES	18
iv) SELECCIÓN DE LA MUESTRA	20
v) CRITERIOS DE SELECCIÓN	20
vi) PROCEDIMIENTOS	21
vii) ANALISIS ESTADISTICO	22
7. RESULTADOS	23
8. ANALISIS DE LOS RESULTADOS	35
9. DISCUSION	36
10. BIBLIOGRAFIA	38
11. ANEXOS	41
1) CONSENTIMIENTO	42
2) ESCALA HAMILTON-D	44

RESUMEN

La depresión mayor es un trastorno común, la incidencia es más alta que lo habitual en los atendidos en los centros de atención primaria, entre quienes se acerca al 10%, y en pacientes internados llega al 15%, las estrategias de intervención contemplan la participación de un familiar que apoye el trabajo del equipo de atención psiquiátrica. OBJETIVO: Determinar frecuencia y severidad de depresión en los familiares de pacientes con trastornos psiquiátricos, METODOS: Se estudiaron a 150 sujetos en dos grupos: I) los que tenían pacientes internados, y II) los que tenían pacientes sólo en consulta externa, siendo 75 sujetos en cada grupo. Las variables estudiadas fueron: Independiente=Depresión; Dependiente=Frecuencia y severidad, además de las variables: sexo, edad, escolaridad, ocupación, parentesco, núm. de internamientos y duración de la enfermedad. Se tomaron en cuenta los criterios del DSM-IV para depresión. Se realizó entrevista clínica a cada uno de los sujetos y se les aplicó para depresión de Hamilton, para determinar frecuencia y severidad. RESULTADOS: No se encontraron diferencias estadísticas significativas en las variables: sexo, edad, escolaridad, ocupación, parentesco, núm. de internamientos y duración de la enfermedad. La frecuencia y severidad para depresión fue: Leve: 70.6% en el grupo I, y 81.3% en grupo II; Moderada: 14.7% y 16.0%; y Severa: 14.7% y 2.7%. En el caso de la depresión severa, si existe diferencia significativa (Chi cuadrada= 6.84; $p= 0.03278363$). CONCLUSION: La presencia de trastornos depresivos severos en los familiares de los pacientes que acuden al hospital, no se ha tomado en consideración en términos generales, lo cuál puede efectivamente, disminuir el impacto de las acciones del equipo de salud, ya que este tipo de trastornos disminuyen la disposición y capacidad de quienes la padecen.

1. INTRODUCCION

La Asociación Psiquiátrica Americana considera que el 6% de las mujeres y el 3% de los varones tendrán episodios depresivos que requerirán manejo hospitalario (1,3).

En México los trastornos depresivos tenían una frecuencia de 3.9% en mujeres y 2.2% en varones (5).

Parte de las estrategias de intervención y manejo de los pacientes psiquiátricos hospitalizados y su seguimiento en la consulta externa (CE), contempla la participación de un familiar que apoya el trabajo del equipo de atención psiquiátrica (6,7,8,9).

2. JUSTIFICACION

Pacientes con formas crónicas de depresión provienen de familias disfuncionales, y el éxito de la farmacoterapia se asocia con el incremento significativo de funcionamiento familiar (10, 11, 12, 13).

Estudios de seguimiento en pacientes con enfermedad de Alzheimer y depresión han detectado el impacto sobre la capacidad funcional de los familiares que se encargan de su cuidado (14, 15).

Durante el curso longitudinal de la esquizofrenia es común encontrar un mal pronóstico, ya que la enfermedad por sí misma y alguna otra asociada, así como los neurolepticos tradicionalmente utilizados ocasionan impactos devastadores tanto en el paciente como en su familia (16, 17, 18).

Los datos anteriores demuestran que la familia y los integrantes que se ocupan directamente de los pacientes, también resienten de alguna forma la enfermedad del miembro afectado.

La presente investigación pretende dejar abierta una interrogante para futuros trabajos sobre el impacto de los padecimientos psiquiatricos sobre la familia en general, y en particular con los integrantes que se ocupan del cuidado especial de los miembros con padecimientos psiquiátricos. Iniciando con una determinación de la frecuencia y severidad de depresión en ellos.

3. MARCO TEORICO

A) DEPRESION.

Tan antigua como la misma humanidad, la depresión ha acompañado al hombre tanto en su desarrollo artístico y filosófico como en el científico y tecnológico. La depresión es en la actualidad, uno de los padecimientos que con mayor frecuencia afecta a la población general con consecuencias cada vez más severas a nivel social. No en balde los expertos dedicados a su estudio, consideran que nuestra época puede ser llamada "la edad de la melancolía". La Asociación Psiquiátrica Americana considera que del 5 al 9% de las mujeres y el 2 al 3% de los varones tendrán episodios depresivos que requerirán manejo hospitalario (1, 2, 3, 4).

En México los trastornos depresivos tenían una frecuencia de 3.9% en mujeres y 2.2% en varones (5).

Parte de las estrategias de intervención y manejo de los pacientes hospitalizados y su seguimiento en la consulta externa, contempla la participación de un familiar que apoye el trabajo del equipo de atención psiquiátrica (6, 7, 8, 9).

B) FAMILIA.

Hartmann, en 1939, escribió: “un factor indispensable en la evaluación de las habilidades adaptativas del individuo es su relación al típico medio ambiente anticipable”. Rabkin en 1970, apropiadamente señala que la teoría psicoanalítica ejemplifica, con este concepto, su actitud de que el medio ambiente es estándar, mientras que el individuo es el que varía; es decir, que se acepta generalmente que toda la gente se enfrenta esencialmente a las mismas situaciones, que algunos individuos toleran y otros no (7, 8).

Se afirma que la integración total de un individuo a su medio cultural depende enteramente de su medio familiar. La familia y su influencia en el desarrollo no debe ser entendida en los términos simplistas de las personalidades de sus integrantes, sino de las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, es decir, que la familia como unidad es un grupo en el cual las acciones de cualquiera de sus miembros producen reacciones y contrarreacciones en los otros y en el mismo (7, 8, 9).

Entre los seres humanos, unirse para “coexistir” suele significar alguna suerte de grupo familiar. La familia es el contexto natural para crecer y para recibir auxilio, y de esto dependerá la obtención de metas terapéuticas. La familia es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Estas constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca. La familia necesita de

una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales, a saber, apoyar la individuación al tiempo que proporciona un sentimiento de pertenencia (10, 11, 12).

Los miembros de la familia no se suelen vivenciar así mismos como parte de esta estructura familiar. Todo ser humano se considera una unidad, un todo en interacción con otras unidades. Sabe que influye sobre la conducta de otros individuos, y estos influyen sobre la suya. Y cuando interactúa en el seno de su familia, experimenta el mapa que ésta traza del mundo. Sin embargo, viajero solitario por el territorio de la familia y del vasto mundo, el individuo rara vez vivencia la red familiar como una Gestald (10, 11, 12).

El terapeuta de familia observa la red de las interacciones familiares y su complejidad. El contempla el todo, que es más que la suma de sus partes. La familia como totalidad se asemeja a una colonia animal, entidad compuesta por formas de vida diferentes, donde cada parte cumple su papel, pero el todo constituye un organismo de múltiples individuos, que en sí mismo es una forma de vida (7, 8, 9).

Las "conexiones" de la familia rebasan el nivel de la conducta, hacia lo fisiológico. En investigaciones sobre familias psicósomáticas, se han descrito de que en ciertas familias la tensión entre los padres se puede medir en el torrente sanguíneo del hijo que los observa (10,13).

Pacientes con formas crónicas de depresión provienen de familias disfuncionales, con varias áreas problemáticas en la vida familiar. También se ha observado que el éxito de la farmacoterapia se asocia con el incremento significativo de la percepción de que deben tener un mejor funcionamiento familiar, esto es alrededor de las 12 semanas de tratamiento para los pacientes deprimidos, ya que se favorece la reintegración (10, 11, 12, 13).

Habitualmente las personas que trabajan y además llegan a su casa para atender a los pacientes crónicos tienden a deprimirse, ya que se ven reducidas sus expectativas personales. Además se debe tener en consideración la edad de los pacientes, ya que los adolescentes tienden a padecer cuadros depresivos con frecuencia, y esto también repercute en el resto de la familia (14, 16, 20).

Estudios de seguimiento en pacientes con enfermedad de Alzheimer y depresión han detectado el impacto sobre la capacidad funcional de los familiares que se encargan de su cuidado, que a menudo pasan desapercibidas y mucho menos con tratamiento. Sin embargo los estudios también señalan que al ser tratada la depresión, el paciente con Alzheimer, los familiares encargados de su cuidado perciben la disminución de la sintomatología, y ello acarrea una mejor interacción social entre ellos (14, 15).

Durante el curso longitudinal de la esquizofrenia es común encontrar un mal pronóstico, ya que la enfermedad por sí misma y alguna otra asociada, así como los neurolépticos tradicionalmente utilizados ocasionan impactos devastadores tanto en el paciente como en su familia. En estos estudios se ha encontrado una mejor respuesta del paciente con antipsicóticos nuevos, y esto repercute

directamente sobre la familia ya que se puede reintegrar mejor al funcionamiento de la misma (16, 17).

Song, Biegel y Milligan, describen la importancia sobre el nivel sociocultural de la familia con un miembro portador de enfermedad mental crónica, encontrando que el ser una familia de clase baja es predictor de cursar con sintomatología depresiva (18).

Los datos anteriores demuestran que la familia y los integrantes que se ocupan directamente de los pacientes, también resienten de alguna forma la enfermedad del miembro afectado (19, 20, 21, 22).

C) CLASIFICACIONES

Para su clasificación, la Organización Mundial de la Salud ha dividido a los trastornos del humor en siete categorías principales de acuerdo con el afecto predominante (episodio maniaco, depresivo o trastorno bipolar), la evolución recidivante del padecimiento (trastorno depresivo recurrente), o la cronicidad del mismo (ciclotimia y distimia). A su vez, cada categoría comprende variaciones de grado según la gravedad del trastorno (leve, moderado o severo) o la presencia de síntomas somáticos o psicóticos. Por último, restan dos categorías para aquellos que, siendo trastornos del afecto, no reúnen los criterios diagnósticos para ser ubicados en alguno de los rubros precedentes .

La Asociación Psiquiátrica Americana con su manual estadístico de trastornos mentales (DSM-IV), los clasifica como trastornos afectivos como sigue (3):

Episodios afectivos,
Trastornos depresivos,
Trastornos bipolares,
Otros trastornos del estado de ánimo.

La Organización Mundial de la Salud, a través de su Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10), los clasifica en su capítulo sexto (4) en:

- F30 Episodio maniaco,
- F31 Trastorno afectivo bipolar,
- F32 Episodio depresivo,
- F33 Trastorno depresivo recurrente,
- F34 Trastornos afectivos persistentes,
- F38 Otros trastornos afectivos,
- F39 Trastorno afectivo no especificado.

En particular los criterios para depresión de acuerdo con el DSM-IV (1, 3), son los siguientes:

- A) Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un período mínimo de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser de los especificados en los números 1 ó 2, (no se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo).

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el sujeto.
 2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi todo el día.
 3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
 4. Insomnio o hipersomnia cada día.
 5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observadas por los demás).
 6. Fátiga o pérdida de energía casi cada día.
 7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos (que pueden ser delirantes), casi cada día.
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (objetiva o subjetiva).
 9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B) Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C) Los síntomas provocan malestar significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D) Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (medicamento o droga), o a una enfermedad médica.
- E) Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la frecuencia y severidad con que se presenta la depresión en los familiares de pacientes psiquiátricos del Hospital de Psiquiatría San Fernando del IMSS?

5. OBJETIVO

Determinar la frecuencia y severidad de depresión en los familiares de los pacientes internados y los que acuden a la consulta externa, del Hospital de Psiquiatría San Fernando del IMSS.

6. MATERIAL Y METODOS

i) **Diseño:**

Estudio transversal, observacional, comparativo.

ii) **Universo de trabajo:**

Familiares de pacientes psiquiátricos del Hospital de Psiquiatria San Fernando del IMSS.

iii) **Variables:**

a) Independiente: Depresión.

b) Dependiente: Frecuencia y severidad de depresión.

c) De confusión: Sexo, edad, escolaridad, ocupación, parentesco, número de internamientos y duración de la enfermedad.

DESCRIPCION OPERATIVA:

Depresión: Se valoró clínicamente de acuerdo a los criterios del DSM-IV.

Frecuencia: Número de veces que se presentó el cuadro clínico en la población de estudio.

Severidad: Grado de profundidad con que se presentaron cuadros depresivos en la población en estudio, y de acuerdo a los resultados de la escala de Hamilton para depresión.

Sexo:	nominal	1. masculino. 2. femenino.
Edad:	ordinal	1. 20 – 29 años 2. 30 – 39 años. 3. 40 – 49 años. 4. 50 – 59 años. 5. 60 – 69 años. 6. 70 – 79 años.
Escolaridad:	nominal	1. analfabeta. 2. primaria. 3. secundaria. 4. bachillerato. 5. profesional.
Ocupación:	nominal	1. hogar. 2. estudiante. 3. empleado. 4. profesionista. 5. pensionado. 6. desempleado. 7. comerciante.
Parentesco:	nominal	1. Hijo. 2. padres. 3. esposo o pareja. 4. hermano. 5. otro familiar o amistad.
Número de internamientos:	ordinal	veces que se ha internado en paciente.
Duración de la enfermedad:	ordinal	tiempo transcurrido desde el primer diagnóstico psiquiátrico a la fecha.

iv) Selección de la muestra:

Se entrevistarán a todos los familiares de pacientes hospitalizados así como de los que asistieron a la consulta externa en el período comprendido entre el 01-07-98 y el 31-10-98.

Se asignaron al Grupo I, los familiares de pacientes hospitalizados, y al Grupo II los familiares de pacientes que asistían a la consulta externa.

v) Criterios de selección:**a) De Inclusión:**

- *Ser familiar de 1º, 2º ó 3er. grado, del paciente.
- *Diagnóstico de depresión en entrevista clínica, de acuerdo a los criterios del DSM-IV.
- *Mayores de 16 años de edad.
- *Vinculado afectivamente.
- *Vivir en la misma casa o asistir diariamente a la misma con el objeto de atender al paciente.

b) De Exclusión:

- *No ser familiar del paciente.
- *Sin diagnóstico de depresión.
- *Menor de 16 años de edad.
- *Sin vínculo afectivo.
- *No vivir en la misma casa ni asistir diariamente al paciente.

c) De Eliminación:

*Familiares de pacientes psiquiátricos en su primer internamiento.

*Familiares con diagnóstico de depresión que se nieguen a participar en el estudio.

*Familiares con diagnóstico de depresión previo a la enfermedad del paciente psiquiátrico.

*Familiares con diagnóstico de depresión secundaria al efecto de alguna sustancia (droga o medicamento).

*Familiares con diagnóstico de depresión secundaria a enfermedad médica.

v) **Procedimientos:**

1. El investigador entrevistó propositivamente a todos los familiares de los pacientes psiquiátricos que asistieron al Hospital de Psiquiatría San Fernando del IMSS, para diagnosticar depresión, de acuerdo con los criterios del DSM-IV. También proporcionó información necesaria para obtener el consentimiento de cada entrevistado (anexo 1).
2. Obtenido el diagnóstico de depresión, se aplicó la escala de Hamilton para medir severidad de depresión (anexo 2)(23).
3. Los resultados se anotaron en una hoja de recolección como la que se muestra en el anexo 3.
4. Se realizaron los análisis correspondientes de los resultados.

vi) Análisis estadístico:

Se realizaron comparaciones entre los dos grupos estudiados con elementos de la estadística descriptiva y Chi cuadrada, para las variables categóricas; para las variables continuas se aplicó además una prueba "T" (24).

7. RESULTADOS

*SEXO: 70% femenino y 30% masculino en ambos grupos.

*EDAD: en el cuadro siguiente se presenta la distribución en ambos grupos de estudio, por grupos de edad en número y porcentaje:

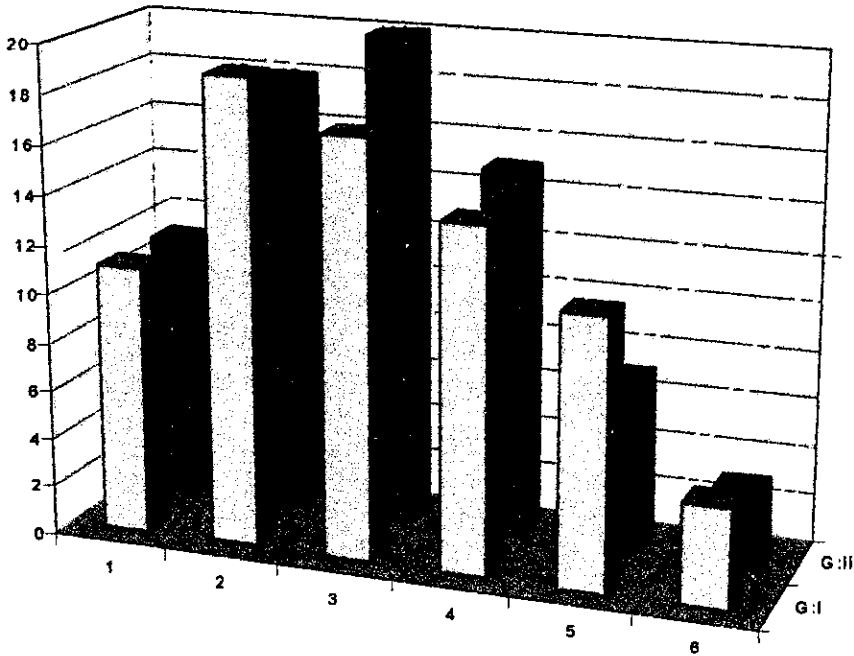
CUADRO I

GRUPO I			GRUPO II		
EDAD	No.	%	EDAD	No.	%
20-29	11	14.7	20-29	11	14.7
30-39	19	25.3	30-39	18	24.0
40-49	17	37.4	40-49	20	26.6
50-59	14	18.6	50-59	15	20.0
60-69	11	14.7	60-69	7	9.4
70-79	4	5.3	70-79	3	4.0
TOTAL	75	100	TOTAL	75	100

RANGO DE EDAD: 20 - 77 años.

GRAFICO 1

DISTRIBUCION POR GRUPOS Y POR EDADES



	1	2	3	4	5	6
G:I	11	19	17	14	11	4
G:II	11	18	20	15	7	3

En este gráfico se observa la distribución de los sujetos del estudio de acuerdo a los diferentes grupos de edad en que se agruparon. El 62.7% se concentra en los grupos de 30-39, y 40-49 años para el Grupo I. Y el 76.6% del Grupo II se concentra en los grupos de 30-39, 40-49 y 50-59 años.

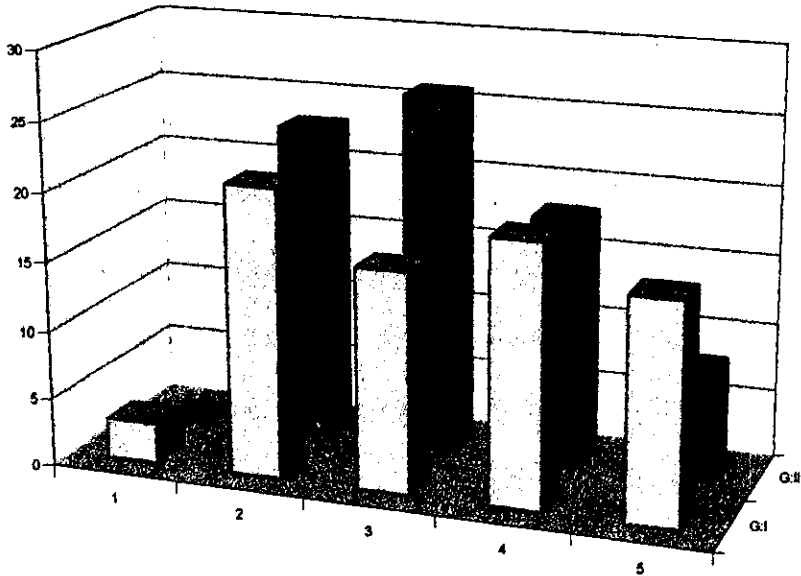
*ESCOLARIDAD: en el cuadro siguiente se presentan los resultados de ambos grupos de estudio, tanto por número como en porcentaje, de acuerdo al grado de escolaridad:

CUADRO 2

	GRUPO I		GRUPO II	
ESTUDIOS	No.	%	No.	%
ANALFABETA	3	4.0	0	0.0
PRIMARIA	21	28.0	23	30.7
SECUNDARIA	16	21.3	26	34.7
BACHILLERATO	19	25.3	18	24.8
PROFESIONAL	16	21.3	8	10.7
TOTAL	75	100.0	75	100.0

GRAFICO 2

GRADO DE ESCOLARIDAD



	1	2	3	4	5
□ G.I	3	21	18	19	16
■ G.II	0	23	26	18	8

En este gráfico se observa el grado de escolaridad de los sujetos de estudio, en el Grupo I el porcentaje mínimo es el de los analfabetas (4%), y el 96% restante se reparte proporcionalmente en los subgrupos restantes, para el Grupo II el 89.5% se encuentra en sujetos con escolaridad de primaria, secundaria y bachillerato, sólo el 10.7% es profesionista y, no hubo analfabetas.

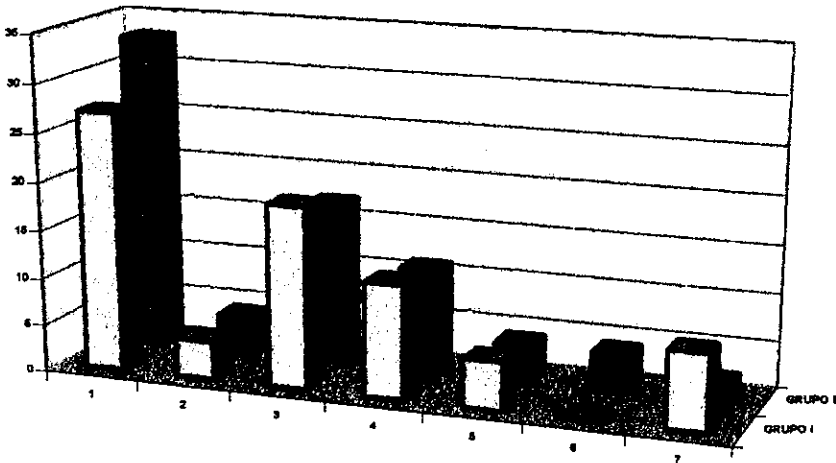
*OCUPACIÓN: los resultados obtenidos en número y porcentaje en ambos grupos, de acuerdo al tipo de ocupación, se presentan en el cuadro siguiente:

CUADRO 3

OCUPACION	GRUPO I		GRUPO II	
	No.	%	No.	%
HOGAR	27	36.0	33	44.0
ESTUDIANTE	4	5.3	4	5.3
EMPLEADO	19	25.3	17	22.7
PROFESIONISTA	12	16.0	11	14.7
PENSIONADO	5	6.7	4	5.3
DESEMPLEADO	0	0.0	4	5.3
COMERCIANTE	8	10.7	2	2.7
TOTAL	75	100.0	75	100.0

GRAFICO 3

OCUPACION



	1	2	3	4	5	6	7
GRUPO I	27	4	19	12	8	9	3
GRUPO II	35	4	17	11	4	4	2

En el gráfico se observa la distribución por ocupación, de los sujetos de estudio en ambos grupos. Notese que en ambos grupos la ocupación que predomina es la de labores del Hogar, seguido por la de Empleados.

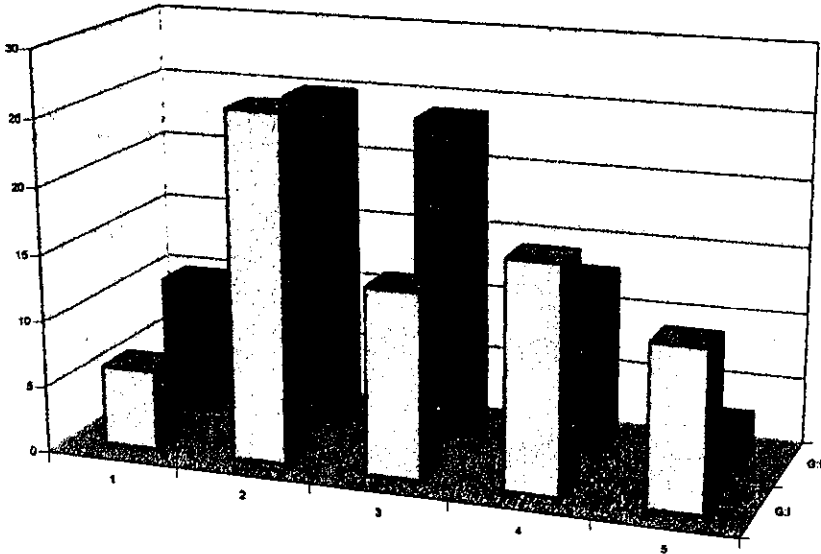
*PARENTESCO: en el siguiente cuadro se presentan los resultados por número y porcentaje, en ambos grupos de estudio, del parentesco que tenían los sujetos estudiados con los pacientes psiquiátricos.

CUADRO 4

	GRUPO I		GRUPO II	
PARENTESCO	No.	%	No.	%
HIJO	6	8.0	10	13.3
PADRES	26	34.7	25	33.3
ESOSO/PAREJA	14	18.6	24	32.0
HERMANO	17	22.7	13	17.3
OTRO FAMILIAR	12	16.0	3	4.0
TOTAL	75	100.0	75	100.0

GRAFICO 4

PARENTESCO



	1	2	3	4	5
G.I	6	20	14	17	12
G.II	10	25	10	13	3

En el gráfico se puede observar como el mayor porcentaje de los sujetos en ambos grupos de estudio, son Padres (34.7% para el Grupo I y 33.3% para el Grupo II), los Hermanos siguen en porcentaje para el Grupo I (22.7%) no así para el Grupo II donde los Esposos o Parejas quedan en 2º. Lugar (32%). El porcentaje restante para el Grupo I se divide entre Esposos o pareja, Otro familiar e Hijos, en ese orden; y para el Grupo II: Hermanos, Hijos y Otro familiar, también en ese orden.

*NÚMERO DE INTERNAMIENTOS: el cuadro 5 muestra los resultados del número de internamientos y su porcentaje respectivo en ambos grupos de estudio:

CUADRO 5

	GRUPO I		GRUPO II	
INGRESOS	No.	%	No.	%
1	40	53.3	21	28.0
2	16	21.4	11	14.7
3	11	14.7	12	16.0
4	1	1.3	9	12.0
5	2	2.7	7	9.3
6	0	0.0	1	1.3
7	0	0.0	3	4.0
8	1	1.3	4	5.3
9	2	2.7	1	1.3
10	1	1.3	0	0.0
11	0	0.0	1	1.3
12	0	0.0	2	2.7
13	0	0.0	3	4.1
15	1	1.3	0	0.0
TOTAL	75	100.0	75	100.0

*DURACIÓN DE LA ENFERMEDAD: en número y porcentaje.

CUADRO 6

DURACION	GRUPO I		GRUPO II	
	No.	%	No.	%
UN MES	4	5.3	11	14.7
TRES MESES	9	12.0	0	0.0
CUATRO MESES	1	1.3	0	0.0
SEIS MESES	4	5.3	0	0.0
UN AÑO	9	12.0	11	14.7
DOS AÑOS	7	9.3	10	13.3
TRES AÑOS	10	13.3	5	6.7
CUATRO AÑOS	6	8.0	9	12.0
CINCO AÑOS	8	10.7	7	9.3
SEIS AÑOS	0	0.0	7	9.3
SIETE AÑOS	0	0.0	6	8.0
OCHO AÑOS	0	0.0	2	2.7
NUEVE AÑOS	5	6.7	1	1.3
DIEZ AÑOS	1	1.3	4	5.3
ONCE AÑOS	0	0.0	1	1.3
DOCE AÑOS	0	0.0	1	1.3
TRECE AÑOS	2	2.7	2	2.7
QUINCE AÑOS	1	1.3	1	1.3
DIECISEIS AÑOS	0	0.0	1	1.3
DIECISIETE AÑOS	0	0.0	2	2.7
VEINTE AÑOS	3	4.0	0	0.0
VEINTIDOS AÑOS	0	0.0	3	4.0
VEINTISEIS AÑOS	2	2.7	0	0.0
TREINTA AÑOS	0	0.0	1	1.3
TREINTA Y DOS AÑOS	1	1.3	0	0.0
CUARENTA AÑOS	2	2.7	0	0.0
CUARENTA Y OCHO A.	0	0.0	1	1.3
TOTAL	75	100.0	75	100.0

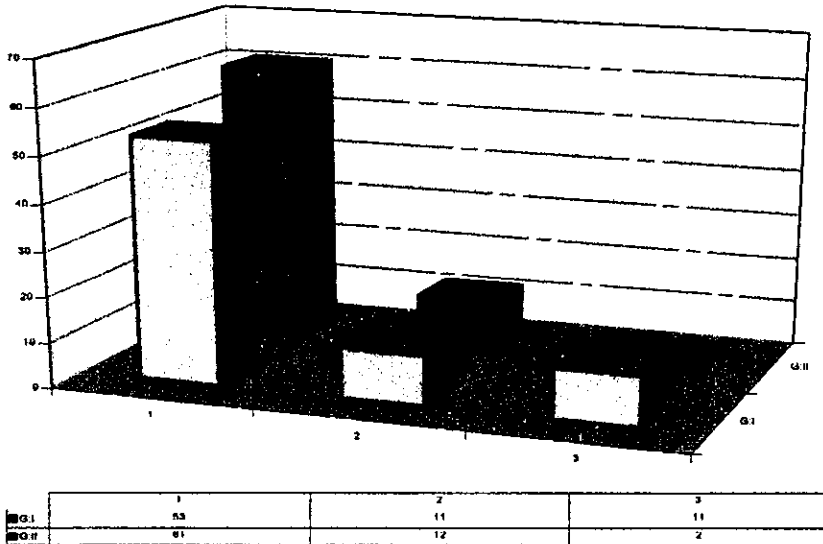
***FRECUENCIA Y SEVERIDAD DE DEPRESIÓN:** se presentan los resultados de la Escala de Hamilton para medir Depresión en ambos grupos de estudio, de acuerdo a la frecuencia encontrada y su severidad con su respectivo porcentaje.

CUADRO 7

	GRUPO I		GRUPO II	
SEVERIDAD	FCIA.	%	FCIA.	%
LEVE	53	70.6	61	81.3
MODERADA	11	14.7	12	16.0
SEVERA	11	14.7	2	2.7
TOTAL	75	100.0	75	100.0

GRAFICO 5

FRECUENCIA Y SEVERIDAD DE DEPRESION EN FAMILIARES DE PACIENTES



En el gráfico se observa que la mayor parte de la población con depresión, cursaba con severidad leve (70.6% para el Grupo I y 81.3% para el Grupo II), severidad moderada de 14.7% para los del Grupo I y 16.0% para los del Grupo II . El grado de severidad fue alta para el Grupo I (14.7%) y sólo 2.7% en el Grupo II.

8. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

No se encontraron diferencias estadísticas significativas en las variables: sexo, edad (Chi cuadrada= 6.83, grados de libertad= 5, $p= 0.14496232$), escolaridad (Chi cuadrada= 8.17, grados de libertad= 4, $p= 0.08569852$), ocupación (Chi cuadrada= 8.47, grados de libertad= 6, $p= 0.20593044$), parentesco (Chi cuadrada= 3.60, grados de libertad= 3, $p= 0.30795681$).

En el número de internamientos se observa que la media para el grupo I fue de 2, y para el grupo II fue de 4.

La duración de la enfermedad tuvo una media de 6 años para el grupo I, y de 7 años para el grupo II.

Los resultados de la Escala de Hamilton para la Depresión, nos indican que en los casos de depresión Leve y Moderada, no existe diferencia estadísticamente significativa entre los familiares de los pacientes de ambos grupos.

En el caso de la depresión severa, si existe diferencia estadísticamente significativa (Chi cuadrada = 6.84, grados de libertad = 2, $p= 0.03278363$).

Se encontró una frecuencia para ambos grupos de 76% para depresión leve, 15.33% para la moderada, y de 8.67% para la severa. O sea que en números totales la depresión leve estaba presente en 114 sujetos de estudio, para la moderada fueron 23, y para la severa 13 sujetos.

9. DISCUSION

Diversos estudios y autores a nivel mundial han coincidido en que algún trastorno depresivo se presenta en aproximadamente el 15% de la población mundial en algún momento de su vida (1, 3, 26).

Sin embargo la depresión es a menudo un desorden crónico y es necesario explicar porqué este es el caso en algunos pacientes y en otros no (27).

Es particularmente interesante especular si las causas de la cronicidad son las mismas que las de su aparición. Parecería sensato investigar ambos conjuntos de causas, pero las de cronicidad pocas veces se traslapan completamente con las del inicio. Esto se debe a que dificultades continuas juegan un papel en la prolongación de la depresión y las causas de estas dificultades son por tanto susceptibles de ser duraderas y manifestarse repetidamente (27).

Los factores psicosociales son candidatos obvios para explicar esta cronicidad, ya que han sido asociados fuertemente con el inicio de la depresión. Ahora hay poca evidencia, aunque en crecimiento, para su asociación con la cronicidad: eventos de la vida que se repiten, dificultades crónicas, relaciones disfuncionales y experiencias adversas tempranas. Puede ser que estos factores se asocien con un resultado pobre mientras que los eventos positivos y neutralizadores así como un apoyo social adecuado se asocian con un resultado bueno (27, 28).

Este estudio no pretende dilucidar una etiología específica, pero si plantear la duda en cuanto a que los factores psicosociales sean los causantes y promotores de trastornos depresivos en la población de familiares con trastornos psiquiátricos establecidos.

De los 13 sujetos de estudio con depresión severa, 11 pertenecían al grupo I (familiares de pacientes hospitalizados), y los 2 restantes al grupo II (familiares de pacientes que asisten a la consulta externa). Todos ellos tributarios de atención médica especializada. Lo anterior nos hace suponer que el estresor psicosocial Internamiento tiene un impacto mayor que el estresor Consulta Externa.

La presencia de trastornos depresivos severos en los familiares de los pacientes que acuden al hospital no se ha tomado en consideración, en términos generales, lo cual puede efectivamente disminuir el impacto de las acciones del equipo de salud, ya que este tipo de trastornos disminuyen considerablemente la disposición y capacidad de quienes la padecen.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Kaplan HL, Sadock BJ, Greeb JA: *Synopsis of Psychiatry*. Williams and Wilkins. Baltimore, Maryland, 1994.
2. Sanith P: What do depression rating scales measure? *Br J Psychiatry*, 163:293-298, 1993.
3. Asociación Psiquiátrica Americana: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*. Editorial Masson, Barcelona, 1995.
4. Organización Mundial de la Salud: *Clasificación Internacional de las Enfermedades 10ª. Edición (ICD-10)*. Meditor, Madrid, 1993.
5. Encuesta Nacional de Adicciones. Secretaría de Salud, México, 1988.
6. Barragán M: Interacción entre desarrollo individual y desarrollo familiar. En *Desarrollo infantil Norma I*, monografía de la AMPI, México 1976, pp 174-206.
7. Minuchin S., Fishman HC: *Técnica de terapia familiar*. Editorial Paidós Mexicana S.A., 6ª. Reimpresión, 1981.
8. Bowen M: *De la familia al individuo*. Editorial Ibérica S.A., 2ª. Edición, 1991.
9. Estrada LI: *El ciclo vital de la familia*. Editorial Posada S.A. de C.V., 6ª. Edición, 1991.
10. Minuchin S, Montalvo B, y cols: *Families of the slums*. New York, Basic Books, 1967.
11. Rosen B: Family structure and achievement motivation. *Amer Sociol Revie*, 26:574-585, enero 1961.
12. Toman W: *Family constellation*. New York Springer, Publishing Co., 1969.

13. Keitner GI, Ryan CE, et al: Role of the family in recovery and major depression. *Am J Psychiatry*, 152:1002-1008, 1995.
14. Hachett L, Friend R, Symister P: Interpersonal expectations, social support, and adjustment to chronic illness. *J Pers Soc Psychol*, 73(3):560-573, 1997.
15. Pfeiffer EA: Finding and treating depression in Alzheimer's patients: A study of the effects on patients and caregivers. Trabajo presentado en la 150 reunión anual de la APA, San Diego, 1997.
16. Martire LM, Stephens MA, Atienza AA: The interplay of work and caregiving relationships between role satisfaction, role environment and caregivers well being. *J Gerontol B Psychol Sci Soc*, 52(5):279-289, 1997.
17. Siris SG: Depression and Schizophrenia. Editado por R. Ancill, Jhon Wiley & Sons Ltd, pp 128-145, 1994.
18. Song LY, Biegel DE, Milligan SE: Predictors of depressive symptomatology among lower social class caregivers of persons with chronic mental illness. *Community Ment Health J*, 33(4):289-296, 1997.
19. Goodver IM, Herbert J, Tamplin A: Short-term outcome of major depression: II. Life events, family disfunction, and friendships difficulties as predictors of persistent disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38(4):474-480, 1997.
20. Shebeer L, Hope H, Albert A: Family support and conflict prospective relations to adolescent depression. *J Abnorm Child Psychol*, 25(4):333-344, 1997.
21. Kissane DW, Bloch S, Dowe DL et al: The Melbourne family grief study, I: Perceptions of family functioning in bereavement. *Am J Psychiatry*, 153(5):650-658, 1996.
22. Kissane DW, Bloch S, Dowe DL et al: The Melbourne family grief study, II: Psychosocial morbidity and grief in bereaved families. *Am J Psychiatry*, 153(5):659-666, 1996.
23. Hamilton M: A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 23:56-62, 1960.

24. Dawson BS, Trapp RG: Bioestadística médica. Editorial el Manual Moderno S.A. de C.V., 1993.
25. Naghi MN: Metodología de la investigación. Editorial Limusa S.A. de C.V., 1984.
26. Rush AJ. Depresión en la Atención Primaria: Diagnóstico y tratamiento. *Am Family Physican.* 47; 8:1776-1778.
27. Brown GW, Harris TO, Hepworth C, Robinson R. Clinical and psychosocial origins of chronic depressive episodes II: a patient enquiry. *Br J Psychiatry* 1994; 164:457-465
28. Mynors-Wallis LM, Gath DH, Lloyd TAR, Tomlinson D. Randomised controlled trial comparing problem solving treatment with amitriptyline and placebo for major depression in primary care. *Br Med J* 1995; 310:441-445

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROYECTOS DE INVESTIGACION CLINICA EPIDEMIOLOGICA.

Lugar y fecha: _____.

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado "Frecuencia y severidad de depresión en familiares de pacientes psiquiátricos", registrado ante el H. Comité de Investigación con el número: 987120004.

El objetivo del estudio es determinar la frecuencia y severidad con que se presenta la depresión en los familiares de los pacientes psiquiátricos que se encuentren internados o que acudan a la consulta externa del Hospital de Psiquiatria San Fernando del IMSS.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en una entrevista clínica para detectar si padezco depresión actualmente, y contestar un cuestionario durante la misma, y que de resultar con dicho padecimiento se me canalizará a la consulta externa para iniciar tratamiento antidepressivo.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibimos mi paciente o yo mismo, por parte del IMSS.

El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de éste estudio y que de los datos relacionados con mí privacidad, serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que obtenga durante el estudio, aunque éste pudierá hacerme cambiar de parecer respecto a la permanencia en el mismo.

NOMBRE Y FIRMA
FAMILIAR

DR. JUAN GARCIA LOPEZ
MATRICULA: 5940605.

NOMBRE Y FIRMA
TESTIGO

NOMBRE Y FIRMA
TESTIGO

ANEXO II

ESCALA DE DEPRESION DE HAMILTON

Nombre del familiar: _____	
Nombre del paciente: _____	
Fecha: _____	No. de folio: _____

INSTRUCCIONES: Seleccione de cada reactivo una sola opción que caracterice al sujeto en el momento de la evaluación.

1. ANIMO DEPRESIVO: (tristeza, desesperanza, pesimismo, autodevaluación, actitud, posturas, voz, llanto, expresión facial).

0 = Sin depresión.

1 = Dudoso o trivial: la evidencia conductual o verbal aparece sólo al momento de preguntarse específicamente.

2 = Leve: llanto ocasional, sentimientos de tristeza que aparece sólo al interrogarlo.

3 = Moderado: evidencia conductual obvia, llanto frecuente y las quejas de depresión aparecen por medio de comunicación espontánea.

4 = Severo: exhibe virtualmente estos sentimientos depresivos, de manera espontánea en forma tanto verbal como no verbal.

Puntaje: _____

2. SENTIMIENTOS DE CULPA: (culpabilidad patológica y no sólo autoculparse).

0 = Sin depresión.

1 = Dudosos o triviales: sentimientos de autorreproche.

2 = Leve: ideas de culpa expresadas espontáneamente.

3 = Moderado: creencias de que la enfermedad puede ser un castigo, ruminaciones sobre errores pasados, considera que la enfermedad y el sufrimiento son merecidos.

4 = Severo: delirios de culpa, se acusa a sí mismo de culpas extrañas o imposibles, pide que le maten debido a pensamientos delirantes, puede tener alucinaciones auditivas o visuales que la denuncian o acusan, convencido de que su presencia genera enfermedad en otros.

Puntaje: _____

3. SUICIDIO: (ideas o actitudes durante la última semana).

0 = Ausente.

1 = Dudoso o trivial: respondiendo a cuestionamiento directo menciona que su vida está vacía o que no tiene sentido vivirla.

2 = Leve: pensamientos recurrentes de muerte, deseos de morir que se expresan espontáneamente o bien por interrogatorio.

3 = Moderado: incluye 2 de los siguientes aspectos en conjunto con pensamientos suicidas o actitud indicativa de los mismos; aislamiento, gestos suicidas, amenazas o discusiones con otras personas.

4 = Severo: intento de suicidio.

Puntaje: _____**4. INSOMNIO INICIAL:** (dificultad para empezar a dormir en el momento de acostarse).

0 = Ausente.

1 = Leve, trivial infrecuente: tarda menos de 30 minutos.

2 = Obvio y severo: más de 30 minutos la mayoría de las noches.

Puntaje: _____**5. INSOMNIO INTERMEDIO:** (dificultad para mantener el sueño).

0 = Ausente.

1 = Leve o infrecuente: se queja de estar inquieto durante la noche, si se levanta al baño tarda mucho en volverse a dormir.

2 = Obvio y severo: se despierta más de una vez a lo largo de la noche después de haber iniciado el sueño, y tiene grandes dificultades para volver a dormir. Si tiene que levantarse de la cama (sin que sea para ir al baño) y se pone a leer y a fumar se debe calificar como 2.

Puntaje: _____**6. INSOMNIO FINAL:** (despertar temprano, antes de lo habitual).

0 = Ausente.

1 = Leve, infrecuente: se despierta antes de lo habitual, pero con frecuencia vuelve a dormir hasta más tarde.

2 = Obvio y severo: despierta 1-3 horas antes de lo habitual y no vuelve a conciliar el sueño.

Puntaje: _____

7. **TRABAJO E INTERESES:** (apatía, pérdida de intereses en las actividades placenteras, incapacidad de obtener satisfacción, disminuye su rendimiento en el trabajo o en las labores de la casa. NO considerar en este reactivo fatiga o poca energía).

0 = Sin alteraciones.

1 = Dudoso o trivial: se siente incapaz, poco eficiente.

2 = Leve: tiene que esforzarse para realizar actividades habituales, no tiene intereses, obtiene pocas satisfacciones.

3 = Moderado: disminución clara de su eficiencia, no cumple con el trabajo, disminuye su horario laboral, distracciones y actividades recreativas. Califique 3 si no se involucra espontáneamente en actividades cotidianas.

4 = Severa: dejó de trabajar por la enfermedad, no se baña ni atiende su arreglo personal, etc. No se involucra en actividades a pesar de que sea motivado por otras personas.

Puntaje: _____

8. **RETARDO:** (psicomotor, lentitud en pensamiento, lenguaje y movimientos, debe calificarse tanto por lo reportado como por lo observado directamente).

0 = Ausente.

1 = Leve: leve aplanamiento afectivo, poco expresivo.

2 = Moderado: voz monótona, tarda en contestar, se mueve poco.

3 = Severo: retardo, prolonga la entrevista marcadamente, lentitud en movimientos, tarda excesivamente en contestar.

4 = Extremo: estupor depresivo, entrevistarle es imposible.

Puntaje: _____

9. **AGITACION:** (psicomotora, en formas leves puede presentarse combinada con leve retardo, pueden coexistir agitación motora y retardo en el lenguaje, calificarse tanto por lo reportado como por lo observado directamente).

0 = Ausente.

1 = Leve: se mueve durante la entrevista, frotado de manos, cambios de posición en la silla.

2 = Moderado: fricción exagerada de manos, se muerde los labios, se arranca el cabello, se levanta a caminar durante la entrevista.

3 = Severo: incluye elementos de 2 más inquietud extrema que no permiten dar continuidad a la entrevista.

Puntaje: _____

10. ANSIEDAD PSIQUICA: (tenso, incapaz de relajarse, irritable, se preocupa de aspectos triviales, síntomas fóbicos, aprensivo, miedo a perder el control, episodios de pánico.

0 = Ausente.

1 = Dudoso o trivial: expresa sensaciones sólo al interrogatorio directo, pocos síntomas y poco frecuentes.

2 = Leve: expresa espontáneamente ansiedad y condiciones relacionadas a ella, buen control y no lo incapacitan.

3 = Moderado: evidencia conductual de ansiedad (distinguir de agitación), expresión espontánea de ansiedad en cantidad significativa o frecuencia.

4 = Severo: la expresión de la ansiedad incluye gran parte de la comunicación verbal y no verbal, se pueden observar episodios de pánico.

Puntaje: _____

11. ANSIEDAD SOMATICA: (concomitantes fisiológicos de la ansiedad como hiperactividad autonómica, indigestión, dolores estomacales, diarrea, palpitaciones, hiperventilación, parestesias, sudoración, bochornos, temblor, cefalea, urgencia en la micción y síntomas de pánico).

0 = Ausente.

1 = Dudoso o trivial: síntomas menores y sólo expresados bajo cuestionamiento.

2 = Leve: describe espontáneamente los síntomas, los cuales no son marcados o incapacitantes.

3 = Moderado: mayor número y frecuencia de síntomas que en 2, que se acompañan de molestias por presentarlos y afectan al funcionamiento habitual.

4 = Severo: los síntomas son numerosos, persistentes e incapacitantes.

Puntaje: _____

12. PERDIDA DE APETITO:

0 = Ausente.

1 = Leve: poco frecuente, come sin la insistencia de otros. Cantidad normal.

2 = Obvio y severo: reducción marcada del apetito, dificultad para comer sin la insistencia de los demás, reduce la cantidad normal de alimentos.

Puntaje: _____

13. ANERGIA: (fatiga, se siente cansado y exhausto, pérdida de la energía, pesado, sin fuerza en brazos y piernas).

0 = Ausente.

1 = Leve: poco frecuente, lo nota pero no demasiado marcado.

2 = Obvio y severo: se cansa fácilmente, fatiga la mayor parte del tiempo, lo menciona de manera espontánea.

Puntaje: _____

14. PERDIDA DE LA LIBIDO: (califique solamente los cambios relacionados con la enfermedad).

0 = Ausente.

1 = Leve o infrecuente: bajo del deseo sexual, incapacidad parcial para el desempeño de la actividad sexual.

2 = Obvio y severo: pérdida completa del deseo sexual.

Puntaje: _____

15. HIPOCONDRIASIS: (preocupaciones exageradas en relación a síntomas o funciones físicas).

0 = Ausente.

1 = Leve: ciertas preocupaciones por síntomas corporales, calificar aquí si son triviales o dudosamente patológicas.

2 = Moderado: presta mucha atención a síntomas corporales. Expresa pensamientos alrededor de enfermedades físicas con una tendencia a somatizar.

3 = Severo: convencido de que existe una enfermedad orgánica que explica su condición actual (p. ej.: cáncer, tumor cerebral, etc.), en ausencia de evidencia real para ella.

4 = Extremo: delirio hipochondriaco, comúnmente asociado a sentimientos inapropiados de culpa (p. ej.: sífilis, SIDA, gusanos en la cabeza, podrido por dentro, infecta a otras personas, etc.).

Puntaje: _____

16. PERDIDA DE PESO: (debe evaluarse: a.- por historia desde que comenzó la enfermedad; o b.- por cuantificación desde la última visita).

(A)

- 0 = Sin pérdida de peso según el paciente.
- 1 = Probable pérdida de peso en relación a la enfermedad actual.
- 2 = Pérdida de peso definitiva, según el paciente.

(B)

- 0 = Pérdida menor a 0.5 kgs de peso en el período evaluado.
- 1 = Más de 0.5 kgs de peso.
- 2 = Más de 1 kg de peso.

Puntaje: _____

17. INTROSPECCION: (niega enfermedad "nerviosa", atribuye la enfermedad a virus, exceso de trabajo, clima, enfermedad física, no reconoce los síntomas como de origen emocional).

- 0 = Ausente.
- 1 = Leve o dudoso: cierta negación.
- 2 = Obvio y severo: niega por completo estar enfermo, calificar aquí a los pacientes delirantes con hipocondriasis o culpabilidad.

Puntaje: _____

18. VARIACIONES DIURNAS: (complete de acuerdo a si los síntomas son más severos en las mañanas o en las tardes).

- 0 = Ausente.
- 1 = Leve.
- 2 = Obvio.

- *1 = peor por las mañanas.
- 2 = peor por las tardes.

*anotar pero no contabilizar.

Puntaje: _____

19. DESPERSONALIZACION Y DESRREALIZACION: (sentimientos de irrealidad o ideas nihilistas).

- 0 = Ausente.
- 1 = Leve.
- 2 = Moderado.
- 3 = Severo.
- 4 = Extremo.

Puntaje: _____

ESTA TESIS NO DEBE
 SALIR DE LA BIBLIOTECA

20. SINTOMAS PARANOIDES: (sospecha que le quieren hacer daño, que lo persiguen, etc.).

0 = Ausente.

1 = Leve: ciertas sospechas dudosas.

2 = Moderado: evidencia clara de suspicacia.

3 = Severo: presencia de ideas definitivas de referencia.

4 = Extremo: delirios de referencia y/o persecución.

Puntaje: _____

21. SINTOMAS OBSESIVO – COMPULSIVOS:

0 = Ausente.

1 = Leve.

2 = Moderado.

Puntaje: _____

Puede considerarse una calificación total de:

10 – 18 = depresión leve.

19 – 25 = depresión moderada.

26 y + = depresión severa.