

11241  
14

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



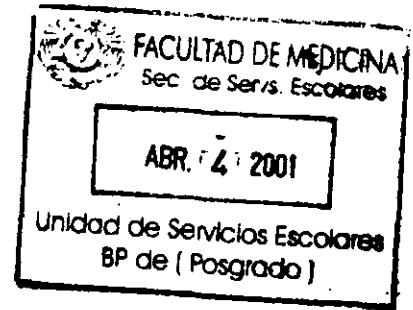
FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

PREVALENCIA DEL SINDROME DEPRESIVO EN FAMILIARES DE PACIENTES CON  
TRASTORNO PSIQUIATRICO

PRESENTA:

DR. MAURICIO MIRANDA MORENO



TUTOR TEORICO

TUTOR METODOLOGICO

DR. MARCO A. LÓPEZ BUTRON

DR. JORGE PEÑA ORTEGA

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
" ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA "



291076

2001



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.

# INDICE

	PAG.
1.- INTRODUCCION .....	1
2.- METODOLOGIA .....	14
3.- RESULTADOS .....	17
4.- DISCUSIÓN .....	24
5.- CONCLUSIONES .....	25
6.- BIBLIOGRAFÍA .....	26

# Introducción

## Aspectos históricos:

### *La melancolía en la antigüedad grecorromana*

Los médicos de la antigüedad grecorromana reconocían ya que a pesar de que todas las enfermedades son somáticas, existen aquellas que particularmente tienen efecto sobre el alma, el espíritu, el carácter y el comportamiento. Inicialmente Hipócrates (siglo I. a C.) (36), relaciona a la melancolía con la bilis negra pero no precisa si existe un lazo causal entre este humor y los dos sentimientos específicos que la caracterizan: la tristeza y el miedo. Con el nacimiento de la escuela metodista, se le da a la melancolía un nuevo enfoque, así, en el siglo V d. C., Celio Aureliano aclara: " La melancolía toma su nombre del hecho de que el enfermo vomita a menudo bilis negra... Este nombre no proviene, como lo creen muchos de que la bilis negra podría ser la causa o el origen de la enfermedad"

### *La melancolía en la edad media.*

La poesía de fines de la Edad Media se tiñe de melancolía, la medicina se le había adelantado por este mismo camino. Mientras que la traducción de Bartolomé de Mesina nos aporta a mediados del siglo XIII, el conocimiento del célebre problema XXX, el cual bajo la autoridad de Aristóteles, confiere a los grandes creadores un temperamento melancólico, los textos médicos árabes transmiten una visión de la melancolía-enfermedad que todo lo invade. Desde el siglo XI, Constantino *el Africano*, mediante su adaptación del tratado de Isak Ibn-Imran, muy influido a su vez por Rufo de Éfeso, clasifica a la enfermedad en tres formas principales según su origen: el cerebro, el cuerpo desde donde se difunde al cerebro o que tenga como sede el orificio del estómago (forma hipocondriaca). Al atribuir a la bilis negra la capacidad de mezclarse, por abrasamiento, con los otros tres humores, Avicena hace posible establecer una

correspondencia entre la multiplicidad de los síntomas y una modulación sutil de las causas.

### ***La melancolía durante el Renacimiento y la Ilustración.***

Durante el Renacimiento no existió un concepto de enfermedad mental propiamente dicho, más bien se trataba de "enfermedades en las que hay pasión espiritual"; para los médicos de esta época, las enfermedades que ahora llamamos mentales, tenían sus raíces en un trastorno físico, corporal, como todas las demás enfermedades: su particularidad consistía en que estos trastornos producían sus efectos sobre el cerebro. No hay lugar en la configuración de la medicina del siglo XVI para una disciplina a la que pudiéramos llamar psiquiatría, las enfermedades de esta naturaleza ocupan su lugar entre las afecciones de la cabeza, de tal forma que se buscan sitios anatómicos para enfermedades tales como la manía, frenesí, letargia, dolores de cabeza, melancolía, trastornos de la memoria, vértigo, pesadilla, epilepsia, apoplejía, coma, insomnio, etc. En estos tiempos, la medicina enseña que las enfermedades, cualesquiera que sean, tienen tres causas principales: la destemperanza o discrasia, en las partes semejantes; la mala composición, en las partes instrumentales, y una solución de continuidad (herida, fractura, etc.) en las partes semejantes o instrumentales. La caracterización de los pacientes melancólicos se relaciona con la naturaleza de su origen: un "humor negro y fangoso"; el rostro será moreno o negruzco y, según Paré se acompañará de "una mirada inconstante feroz y huraña, triste, taciturna y enfurruñada" en tanto que el cuerpo será "frío y duro al tacto", al igual que la tierra, cuyo color más natural, según Guiblet, es el negro.

El concepto demoníaco de la melancolía comienza a transformarse, durante el siglo XVI, Jacques Fontaine y sus contemporáneos consideran que el diablo utiliza la melancolía como un medio que le facilita actuar sobre el ser humano, pero como aclara Brossier "No debe atribuirse al demonio nada que no tenga algo de extraordinario, por encima de las leyes de la naturaleza".

En el siglo XIX Pinel (1745-1826) menciona cuatro enfermedades mentales: manía, melancolía, demencia e idiocia, y su discípulo Esquirol (1772-1840), dentro de las monomanías incluye a la melancolía, denominándola *lipemanía*, donde afirma "La melancolía es un delirio parcial crónico sin fiebre determinada y mantenido por una pasión triste, debilitante o depresiva..".

A mediados del S. XIX aún no se realiza una descripción única de una Locura Circular que se basará en las etapas ya conocidas de melancolía y manía.

Todo esto ocasiona que el concepto de melancolía que se tenía se centre en un trastorno primario de la afectividad; así como el término depresión que en 1860 ya está en los diccionarios médicos.

Los 6 principios teóricos que sostiene a estos conceptos 1) trastornos primarios de la afectividad y no del intelecto o la volición; 2) psicopatología estable; 3) representación cerebral; 4) periódicos; 5) genéticos en su origen, con tendencia a aparecer en sujetos con personalidades predisuestas, y 6) endógenos en su naturaleza.

En Alemania Emil Kraepelin (1856-1926) presenta la 6ª Edición de trabajo de Psiquiatría (1899) donde cita la diferencia entre Psicosis maniaco depresiva (PMD) y la demencia precoz donde la PMD recibe una categoría nosológica.

Así mismo Leonhard (1957) diferencia las formas bipolares y las unipolares de la depresión. Actualmente Perris Winokur y Angust lo ven desde puntos de vista genéticos, clínicos, etc. López-Ibor toma el problema de las depresiones enmascaradas, Schildkraut, Coppen y Van Pragg, proporciona hipótesis bioquímicas actuales de la depresión, con Akiskal, Klerman, Klein y Weissman se concluye el panorama histórico.

El término depresión se utiliza en tres sentidos: síntoma, síndrome y enfermedad, como síndrome sus cualidades de las etapas son: tristeza, inhibición, culpa, minusvalía y pérdida del impulso vital, como enfermedad se observa como un trastorno de origen biológico. En determinadas áreas y debido a su falta de precisión se distinguen entre grupos de estados afectivos claros: síntomas depresivos (población normal), depresiones unipolares (engloban endógenas y neuróticas) y trastornos bipolares ( que hacen referencia a la PMD).

## Conceptos actuales

El término genérico *depresión* se aplica a diversos trastornos de la afectividad que se presenta como condiciones únicas o acompañando a otros estados patológicos, afecta a las esferas afectiva, cognitiva, somática y conductual (17,43). En contraste con la tristeza que caracteriza a la elaboración del duelo, la depresión clínica es persistente y severa (8). Se acompaña de diversos síntomas entre los que se incluyen alteraciones del sueño y la alimentación, pérdida de la iniciativa, conductas de auto-castigo secundarias a ideas de culpa, disminución de las actividades sociales que puede llegar incluso a la inactividad y anhedonia entre otras (13,16).

El núcleo de la depresión lo constituyen, en la esfera afectiva, el abatimiento del humor, la aflicción, el pesimismo la desesperanza, la inhibición de las motivaciones, la pérdida de los apetitos e intereses y la angustia o la agitación. En la esfera cognitiva están presentes la fijación de la atención en la vivencia dolorosa y la transformación

Así mismo Leonhard (1957) diferencia las formas bipolares y las unipolares de la depresión. Actualmente Perris Winokur y Angust lo ven desde puntos de vista genéticos, clínicos, etc. López-Ibor toma el problema de las depresiones enmascaradas. Schildkraut, Coppen y Van Pragg, proporciona hipótesis bioquímicos actuales de la depresión, con Akiskal, Klerman, Klein y Weissman se concluye el panorama histórico.

El término depresión se utiliza en tres sentidos: síntoma, síndrome y enfermedad, como síndrome sus cualidades de las etapas son: tristeza, inhibición, culpa, minusvalía y pérdida del impulso vital, como enfermedad se observa como un trastorno de origen biológico. En determinadas áreas y debido a su falta de precisión se distinguen entre grupos de estados afectivos claros: síntomas depresivos (población normal), depresiones unipolares (engloban endógenas y neuróticas) y trastornos bipolares ( que hacen referencia a la PMD).

## Conceptos actuales

El término genérico *depresión* se aplica a diversos trastornos de la afectividad que se presenta como condiciones únicas o acompañando a otros estados patológicos, afecta a las esferas afectiva, cognitiva, somática y conductual (17,43). En contraste con la tristeza que caracteriza a la elaboración del duelo, la depresión clínica es persistente y severa (8). Se acompaña de diversos síntomas entre los que se incluyen alteraciones del sueño y la alimentación, pérdida de la iniciativa, conductas de auto-castigo secundarias a ideas de culpa, disminución de las actividades sociales que puede llegar incluso a la inactividad y anhedonia entre otras (13,16).

El núcleo de la depresión lo constituyen, en la esfera afectiva, el abatimiento del humor, la aflicción, el pesimismo la desesperanza, la inhibición de las motivaciones, la pérdida de los apetitos e intereses y la angustia o la agitación. En la esfera cognitiva están presentes la fijación de la atención en la vivencia dolorosa y la transformación



negativa de la imagen de uno mismo, la tendencia exagerada a la autocrítica y la autoevaluación. Es frecuente que el enfermo experimente una agudización notoria de su abatimiento y de su angustia al iniciar el día y una mejoría notoria cuando se acerca la noche. En la esfera somática son muy frecuentes la pérdida o el aumento del apetito, la baja o aumento de peso (que puede ser importante) y la perturbación del sueño que característicamente consiste en su interrupción prematura. El enfermo despierta en la madrugada y se ve dominado por cavilaciones pesimistas. Diversos síntomas disfuncionales de los aparatos y sistemas completan el cuadro en la esfera somática. La presencia de síntomas de la constelación neurótica, tales como fobias, obsesiones, síntomas conversivos, astenia e hipocondriasis, son comunes y en las formas más severas, como son las psicosis depresivas hay delirios y alucinaciones cuyo contenido pesimista está siempre en relación con el humor (27,33,34).

Como consecuencia de la percepción que tienen de sí mismas y del mundo y de los intentos de superar su aflicción, la vida de las personas deprimidas altera profundamente el núcleo familiar, ocupacional y social. La depresión es un estado que afecta siempre a aquellos que conviven con la persona que la sufre, quienes por lo general no comprenden las razones del cambio a veces dramático del enfermo y se sienten incapaces de ayudarlo (31,34).

Múltiples estudios realizados a nivel de población general en los que se utilizaron entrevistas psiquiátricas estructuradas revelan que de un 2 a un 4% de la población sufre de depresión mayor (25) y que su prevalencia es dos veces mayor en mujeres que en hombres (7); la preponderancia femenina es evidente desde la pubertad y se ha encontrado entre diferentes poblaciones y culturas, este hecho puede ser explicado por varios factores sociobiológicos relacionados con el género (32,35).

La depresión es uno de los trastornos más frecuentes en la consulta del médico general (8), en los Estados Unidos los estudios de prevalencia revelan que de un 6 a un 10% de todos los pacientes que acuden a los servicios de atención primarios, por cualquier motivo, tienen un síndrome depresivo mayor, además de que más de un 30% de todos los pacientes tienen síntomas depresivos (46). Se ha reportado que los síntomas depresivos persisten durante seis meses a un año en una tercera parte a la

mitad de los pacientes. A pesar de su gran prevalencia, el médico general no diagnostica el síndrome depresivo mayor más de la mitad de las veces que se presenta en sus pacientes; y cuando lo identifica, le dará un tratamiento adecuado sólo en un 50% de los casos (3,28,39).

Los pacientes con depresión acuden con gran frecuencia a los servicios de atención médica, tienden a amplificar los síntomas de enfermedades crónicas, su incapacidad funcional es mayor, no se adhieren a sus tratamientos y hay un aumento en la morbilidad y la mortalidad (16). En estos casos es común que la depresión se presente con síntomas somáticos vagos, los pacientes se quejan de cansancio, falta de energía, debilidad o cefalea. Hasta un 35% de los pacientes deprimidos se presenta con dolor como síntoma principal. Estos síntomas somáticos pueden ser a) síntomas vegetativos de la depresión, b) parte del vocabulario psicológico del paciente, incapaz de verbalizar en otra forma su experiencia, o c) síntomas de exacerbación de la enfermedad por depresión. Por otra parte, la depresión de síntomas cognoscitivos y afectivos no es muy marcada, lo que genera una mayor dificultad para diferenciarla de otros trastornos más bien de tipo médico. Cuando el paciente acude a consulta con el médico general o el especialista en áreas ajenas a la psiquiatría, tiende a enfocarse en los síntomas somáticos que presenta, aunque estos se deban a un trastorno depresivo: insomnio, anorexia, pérdida de peso, fatiga, retardo psicomotor, concentración disminuida, ansiedad, tensión muscular, constipación, cefalea, dolor lumbar, negando o minimizando los componentes cognoscitivos y afectivos (10,11,24,45).

Algunas razones que explican esta deficiencia en el diagnóstico y el tratamiento de la depresión a nivel de atención primaria son: la falta de conocimiento por parte del médico y del paciente, la excesiva preocupación por el estado físico y la consiguiente minimización de la importancia del estado emocional, la estigmatización de las alteraciones psiquiátricas y la dificultad de reconocer la coexistencia de trastornos médicos y psiquiátricos. En la tabla 1 se muestran los criterios diagnósticos para la depresión mayor (criterios APA); al menos cinco de los siguientes síntomas deberán presentarse durante el mismo periodo, y al menos uno de los primeros dos estará presente; además, la sintomatología permanecerá la mayor parte del día, casi diariamente, durante dos semanas o más (26):

TABLA 1, CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA DEPRESIÓN MAYOR

- Ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.
- Pérdida de interés en las actividades diarias y anhedonia.
- Pérdida o ganancia significativa de peso.
- Insomnio o hipersomnia.
- Retardo o agitación psicomotor.
- Fatiga (pérdida de la energía).
- Sentimientos de minusvalía y culpa.
- Disminución en la concentración y falta de atención.
- Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas.

Abandona a su curso, la depresión puede ser letal; el 15% de los pacientes con depresión mayor se suicidarán, lo que en la mayoría de los casos puede evitarse; de hecho, hay estudios que muestran que dos tercios de los pacientes deprimidos que se suicidaron habían visitado a su médico durante el mes anterior (26,46). Por otra parte es importante reconocer que la depresión causa mayor incapacidad que muchos padecimientos médicos crónicos y que quienes la padecen están en un riesgo cinco veces mayor de desarrollar incapacidad (1). Entre las consecuencias económicas que este síndrome tiene, encontramos que los pacientes no diagnosticados son usuarios frecuentes de los servicios de salud, con un índice de consultas médicas tres veces mayor al de aquellos pacientes no deprimidos. La mayoría de estos pacientes no diagnosticados reciben tratamientos médicos agresivos y se someten a pruebas diagnósticas que ponen en riesgo su salud y que alteran su economía. Los costos anuales directos (hospitalización, fármacos y otros servicios de salud) e indirectos (disminución en la productividad) en los Estados Unidos ascienden a 16 mil millones de dólares (18,19,46).

Aproximadamente, de un 10 a un 15% o más de los casos de depresión mayor son causados por enfermedades médicas y por otras condiciones. Como principio se

trata inicialmente la condición asociada y luego, si continúa, se tratará el síndrome depresivo. A continuación se enlistan las condiciones asociadas a esta enfermedad:

- **Alteraciones médicas en general:** Las alteraciones médicas que más comúnmente coexisten con el síndrome depresivo son las autoinmunes, neurológicas, metabólicas, infecciosas, oncológicas y endocrinas entre otras. Estas alteraciones, pueden biológicamente, desencadenar la depresión, por ejemplo, el hipotiroidismo que se asocia a síntomas depresivos. Por otra parte, el conocimiento por parte del paciente del trastorno médico, sobre todo en pacientes terminales *es per se* fuente de depresión.
- **Otras alteraciones psiquiátricas:** Entre las más frecuentes, alteraciones alimentarias, trastorno obsesivo-compulsivo, y algunos casos de crisis de pánico. Cuando coexisten la ansiedad generalizada y el síndrome depresivo el tratamiento deberá enfocarse primero a la depresión. Cuando existe la sospecha de alteraciones de la personalidad, la depresión mayor será tratada primero, de ser posible.
- **Duelo:** Es importante diferenciar un proceso de duelo normal de una depresión; el primero persiste durante dos a seis meses y mejora gradualmente sin necesidad de un tratamiento específico. La mayoría de los duelos no cumplen los criterios diagnósticos para depresión mayor y son vistos por el paciente como una reacción normal y apropiada que raras veces causan un deterioro social y afectivo prolongado (29,37,38).

Virtualmente cualquier clase de medicamento incluye algún agente capaz de inducir depresión. Los fármacos antihipertensivos, anticolésterolémicos y antiarrítmicos están entre los agentes más comúnmente usados que pueden desencadenar síntomas depresivos; en la tabla 2 se enumeran los medicamentos asociados a depresión secundaria (1). De los antihipertensivos, los betabloqueadores y en menor medida los bloqueadores de canales de calcio son los que más producirán depresión. Debe pensarse en una depresión iatrogénica en pacientes bajo tratamiento con corticosteroides, antimicrobianos, analgésicos, sistémicos, antiparkinsonianos y anticonvulsivos, para decidir si existe una relación causal entre la terapia farmacológica y

el ánimo abatido de un paciente es necesario examinar la cronología de los síntomas y en algunos casos, como un último recurso, llevar a cabo un cambio empírico con medicamentos alternativos (15):

**TABLA 2. FÁRMACOS ASOCIADOS A DEPRESIÓN SECUNDARIA**

- Agentes analgésicos y antiinflamatorios.
- Antibióticos.
- Anticonvulsivos.
- Antihistamínicos.
- Antihipertensivos.
- Antiparkinsonianos.
- Agentes Cardiovasculares.
- Antineoplásicos.
- Hormonas.
- Inmunosupresores.
  
- Sedantes y Tranquilizantes.
- Otros (Alcohol, cafeína, drogas de uso "recreativo").

## **MARCO DE REFERENCIA**

Se han realizado, a nivel mundial múltiples estudios para determinar la dimensión del problema depresivo en diferentes sectores de la población (2,12,14,20-23,41,47).

El utilizar un instrumento de aplicación masiva que pueda detectar el trastorno depresivo de una manera rápida con una sensibilidad y especificidad suficiente; conlleva el realizar múltiples pruebas que se acoplen a la formas sociales, y lingüísticas de la población en estudio aun más si agregamos el factor de manifestación propia del trastorno de la población estudiada, esto es la prevalencia de los diferentes síntomas que indiferentes grupos humanos se da de manera diversa (4-6).

El Inventario de Depresión de Beck ha sido el instrumento de medición más utilizado en la investigación psiquiátrica, su validez concurrente y utilidad han sido demostradas en varios estudios(40). Consta de 21 artículos con cuatro afirmaciones

el ánimo abatido de un paciente es necesario examinar la cronología de los síntomas y en algunos casos, como un último recurso, llevar a cabo un cambio empírico con medicamentos alternativos (15):

**TABLA 2. FÁRMACOS ASOCIADOS A DEPRESIÓN SECUNDARIA**

- Agentes analgésicos y antiinflamatorios.
- Antibióticos.
- Anticonvulsivos.
- Antihistamínicos.
- Antihipertensivos.
- Antiparkinsonianos.
- Agentes Cardiovasculares.
- Antineoplásicos.
- Hormonas.
- Inmunosupresores.
  
- Sedantes y Tranquilizantes.
- Otros (Alcohol, cafeína, drogas de uso "recreativo").

## **MARCO DE REFERENCIA**

Se han realizado, a nivel mundial múltiples estudios para determinar la dimensión del problema depresivo en diferentes sectores de la población (2,12,14,20-23,41,47).

El utilizar un instrumento de aplicación masiva que pueda detectar el trastorno depresivo de una manera rápida con una sensibilidad y especificidad suficiente; conlleva el realizar múltiples pruebas que se acoplen a la formas sociales, y lingüísticas de la población en estudio aun más si agregamos el factor de manifestación propia del trastorno de la población estudiada, esto es la prevalencia de los diferentes síntomas que indiferentes grupos humanos se da de manera diversa (4-6).

El Inventario de Depresión de Beck ha sido el instrumento de medición más utilizado en la investigación psiquiátrica, su validez concurrente y utilidad han sido demostradas en varios estudios(40). Consta de 21 artículos con cuatro afirmaciones

cada uno; a cada una de ellas se le da un valor de 0 a 3 y el resultado final es la suma de cada respuesta con un máximo de 63 puntos (30).

Torres y colaboradores (42) en 1991, utilizaron con el objetivo de darle reproducibilidad y validez al inventario de la depresión de Beck, así como estudiar la sensibilidad de la especificidad con el punto de corte, adecuado para la máxima expresión de sensibilidad y especificidad. Encontraron en población mexicana un punto de corte de 14 con una sensibilidad correspondiente al 0.86 y una especificidad también de 0.86, realizado en población mexicana en el Instituto Nacional de Cardiología, con pacientes cardiopatas; refiriendo una prevalencia de alguna forma de trastorno depresivo correspondiente para mujeres al 31.6 % y de hombres el 10 %, tomando 96 pacientes de los cuales 59 fueron mujeres y 41% hombres, con una edad para las mujeres de 43.8 +- 17.3 años y los hombres 47.3 años con una fluctuación de edad de 14.6 años; refiriendo como diagnósticos depresión mayor en el caso reacción de ajuste con depresión en 10 personas, reacción de ajuste mixta en 5 mujeres, trastorno distímico en 6 mujeres, trastorno de ansiedad en 8 pacientes, trastorno de personalidad en 1, sin diagnóstico 38 y sin entrevista 27, haciendo referencia que los diagnósticos más frecuentes fueron 35 % de cardiopatía reumática en mujeres y 23% en hombres, cardiopática isquémica en el 17% en mujeres y 36% en los hombres, no fue el objeto de estudio el tratamiento pero se tiene considerar como una variable dependiente la presencia de cardiopatías para el diagnóstico de depresión, así como los diversos medicamentos que se utilizan frecuentemente en la especialidad de Cardiología. El estudio marca que conforme a la sensibilidad del punto de corte de 14 es el más equilibrado pues en la medida en que se incrementa el punto de corte la sensibilidad baja hasta 0.45 para un punto de corte de 18 y la especificidad sube hasta 0.95, así mismo el punto de corte 11 muestra una sensibilidad de 0.90 y una especificidad de 0.73 respectivamente por lo que se considero más adecuado tomar el punto de corte 14 como en otras publicaciones internacionales. El estudio de Torres finalmente demuestra que el inventario de Beck adaptado a población mexicana es un instrumento útil, de fácil aplicación y de bajo costo.

## JUSTIFICACIÓN:

El trastorno depresivo es la enfermedad mas frecuente dentro del área de las Ciencias de Salud Mental, la prevalencia calculada para la población urbana en México es de 12.7 % en hombres y 14.8 % en mujeres; se sabe que en términos generales que la depresión en pacientes que asisten a los servicios de atención en salud es de aproximadamente entre el 10 y 20 % dicha cifra se eleva casi al 50% en las unidades de atención psiquiátrica. uno de los problemas más fuertes a los que se enfrenta el sistema de salud es la detección y el tratamiento de la enfermedad pues casi el 90 % de los pacientes nunca son tratados o son manejados en formas empíricas con resultados no satisfactorios(9).

El problema de la depresión es la imagen social que se tiene del trastorno al imputarle factores de culpa o de falta de valor y voluntad personal para salir adelante, por lo que el paciente portador con frecuencia no exterioriza los sentimientos de impotencia ante la enfermedad, además que el reconocimiento de este trastorno por médicos no especialistas en el área de la psiquiatría requiere de tiempo y de una relación médico-paciente adecuada a los síntomas. Con frecuencia se observa que este problema afectivo se ve demeritado y sin embargo dentro de la sintomatología tiene diferentes repercusiones a nivel físico, como es la presencia del dolor y alteraciones neurovegetativas que hacen que se prolongue el tratamiento y que no se adecue a las necesidades del paciente teniendo fracasos terapéuticos y fuertes problemas en la relación médico. De aquí parte la importancia de conocer más acerca del síndrome depresivo para poderlo contemplar y darle una solución pronta.

El problema del diagnóstico de la depresión requiere de realizar diversas entrevistas dirigidas hacia la búsqueda de la enfermedad, se han desarrollado diversos instrumentos entre los que se encuentran la Escala de Zung, la Escala de Beck y otras escalas de medición que pretenden orientar o establecer el diagnóstico de una manera rápida para la adecuada canalización del paciente, en México se han utilizado diferentes escalas , sin embargo su validación no se encuentra con la metodología requerida, aunque para la Escala de Beck se realizó por Torres y colaboradores en 1991, la validación del inventario para la depresión de Beck en el Instituto Nacional de



Cardiología encontrando un punto de corte de 14, obteniéndose una sensibilidad y especificidad de 0.86 para ambas pruebas, por lo que en la población mexicana es recomendable su uso (42).

El problema de la depresión tiene una magnitud suficiente para dedicarle una línea de investigación en las Unidades Hospitalarias y poder contribuir a su mejor reconocimiento, por lo tanto brindar un mejor tratamiento elevando así la calidad de la atención médica.

## OBJETIVOS

- A) Conocer la prevalencia del síndrome depresivo en familiares de pacientes con trastorno psiquiátrico.
- B) Servir de base para generar un espacio de investigación sobre el trastorno depresivo

# **METODOLOGÍA**

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **DISEÑO**

- 1.- DESCRIPTIVO
- 2.- ABIERTO
- 3.- OBSERVACIONAL
- 4.- TRANSVERSAL

### **UNIVERSO DE ESTUDIO:**

Los familiares de pacientes con trastorno psiquiátrico del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez

### **TAMAÑO DE LA MUESTRA.**

El tamaño de la muestra para hombres será de 239 familiares tomando como parámetro principal la frecuencia estimada para hombres del 10%, con un error de 0.050 y potencia de prueba del 99%.

El tamaño de la muestra para mujeres será de 557 familiares tomando en cuenta un frecuencia del 30%, con un error de 0.050 con una potencia de 99%.

### **LA FORMA DE ASIGNACIÓN DEL GRUPO DE ESTUDIO.**

Será de forma aleatoria, conforme a la disposición de recursos para aplicación del instrumento.

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Familiares adultos de pacientes del Hospital Psiquiátrico Bernardino Alvarez, en los diferentes servicios, entre 18 a 65 años de edad que sepan leer y escribir, que no tengan discapacidades o impedimentos físicos o mentales.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Se excluirán pacientes con trastornos en la comprensión o alteraciones en la cognición, pacientes cuya lengua materna no sea el español, y aquellos sujetos que tengan más de dos años con expediente en la consulta externa.

### **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

Pacientes que contesten de forma inadecuada el instrumento.

### **VARIABLES**

#### **Variables Dependientes:**

*Puntaje de la escala de Beck*

#### **Variables Dependientes.**

Línea familiar

Sexo

Edad

Edo. Civil

Estado Laboral

## **PARÁMETROS DE MEDICIÓN**

Aplicación del instrumento "inventario para depresión de Beck", es una escala ordinal con punto de corte 14 y parámetro reportado como de positivo de 14 o más y negativo por abajo de 14.

## **PROCEDIMIENTO PARA LA CAPTACIÓN**

a) Se solicitará a los sujetos de estudio el llenado del inventario de Beck,

## RESULTADOS

Se encuestó al número de familiares esperados al tamaño de la muestra como lo presenta la Tabla No. 1 donde encontramos que un tercio de ésta resultaron con prueba de Beck positivo.

TOTAL DE FAMILIARES ENCUESTADOS	796
TOTAL DE FAMILIARES CON PREUBA DE BECK POSITIVA	263

Tabla No. 1

En cuanto a los resultados obtenidos que se muestran en la Tabla No. 2, encontramos que más de la mitad fueron familiares directos y que de éstos el 28 % presentó una prueba de Beck positiva, lo que nos sugiere que en entre mas se conviva con el paciente, hay más posibilidades que se presente un síndrome depresivo ya que se encontró que sólo el 1 % de los que presentaron prueba de Beck positiva, no tenían ninguna línea familiar.

LINEA FAMILIAR	BECK POSITIVO	BECK NEGATIVO	TOTAL
LINEA DIRECTA	221 28 %	336 42 %	557 70 %
LINEA INDIRECTA	37 5 %	122 15 %	159 20 %
SIN LINEA NO FAMILIARES	5 1 %	75 9 %	80 10 %
TOTALES	263 33%	533 67 %	796 100 %

Tabla No. 2

En cuanto a la edad se clasificaron en cuatro grupos como lo muestra la Tabla No. 3, donde el mayor número de estudiados fueron entre los 36 a 50 años de edad, siendo esto más de la mitad de la muestra, seguido de 26 a 35 años.

**TABLA POR EDAD**

EDAD	BECK POSITIVO	BECK NEGATIVO	TOTAL
18 A 25	12 1 %	23 3 %	35 4 %
26 A 35	65 8 %	39 5 %	104 13 %
36 A 50	150 19 %	309 33 %	459 58 %
51 O-MAS	36 5 %	162 20 %	198 25 %
<b>TOTAL</b>	<b>263 33 %</b>	<b>533 67 %</b>	<b>796 100 %</b>

**Tabla No. 3**

En lo referente a la clasificación por sexo se muestra en la Tabla No. 4, 557 de los encuestados fueron mujeres y sólo el 239 hombres, de los cuales el 17 % de la presentaron de prueba Beck positiva y el 16 % respectivamente, haciendo notar que el 24 % de la mujeres y el 53 % de los hombres presentaron prueba de Beck positiva, realizando coeficiente de correlación de Spearman con Chi cuadrada de 61.068 y una P menor a 0.001 lo que implica un coeficiente de correlación para los hombres significativo.

**TABLA POR SEXO**

SEXO	BECK POSITIVO		BECK NEGATIVO		TOTAL	
HOMBRES	127	16 %	112	14 %	239	30 %
MUJERES	136	17 %	421	53 %	557	70 %
TOTAL	263	33 %	533	67 %	796	100 %

**Tabla No. 4**

En cuanto a la distribución por estado civil, los casados ocuparon el 53 %, sin embargo la relación de Beck positivo entre casados y solteros es de 4 puntos porcentuales, siendo para los solteros mayor al 10 % y para los casados el 16 %, existiendo una notable similitud que quizás dependa de aspectos relacionados a la muestra como lo muestra la Tabla No. 5

ESTADO CIVIL	POSITIVO		NEGATIVO		TOTAL	
SOLTEROS	90	11 %	165	21 %	255	32 %
CASADOS	129	16 %	293	37 %	422	53 %
DIVORCIADOS	26	4 %	39	5 %	65	8 %
VIUDOS	10	1 %	31	3 %	41	5 %
U. LIBRE	8	1 %	5	1 %	13	2 %
TOTAL	263	33 %	533	67 %	796	100%

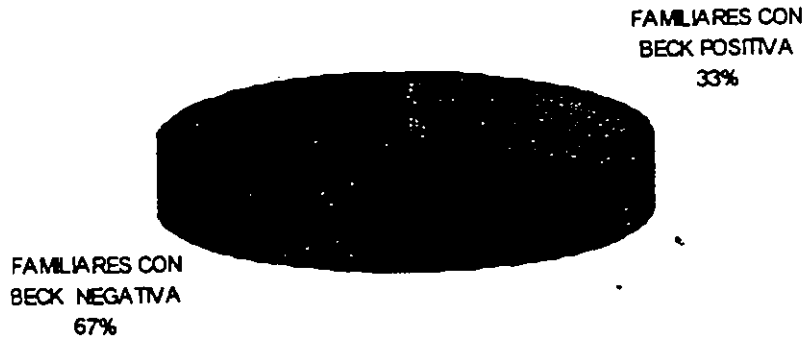
**Tabla No. 5**



Por ocupación de la muestra estudiada el resultado más predominante fue para los familiares que se dedicaban al hogar y los desempleados ubicados en la tabla como ningún tipo de trabajo y de los menos deprimidos lo empleados y profesionistas mostraron tener los porcentajes más altos, sumando un total de 28 % del 100 % de la muestra

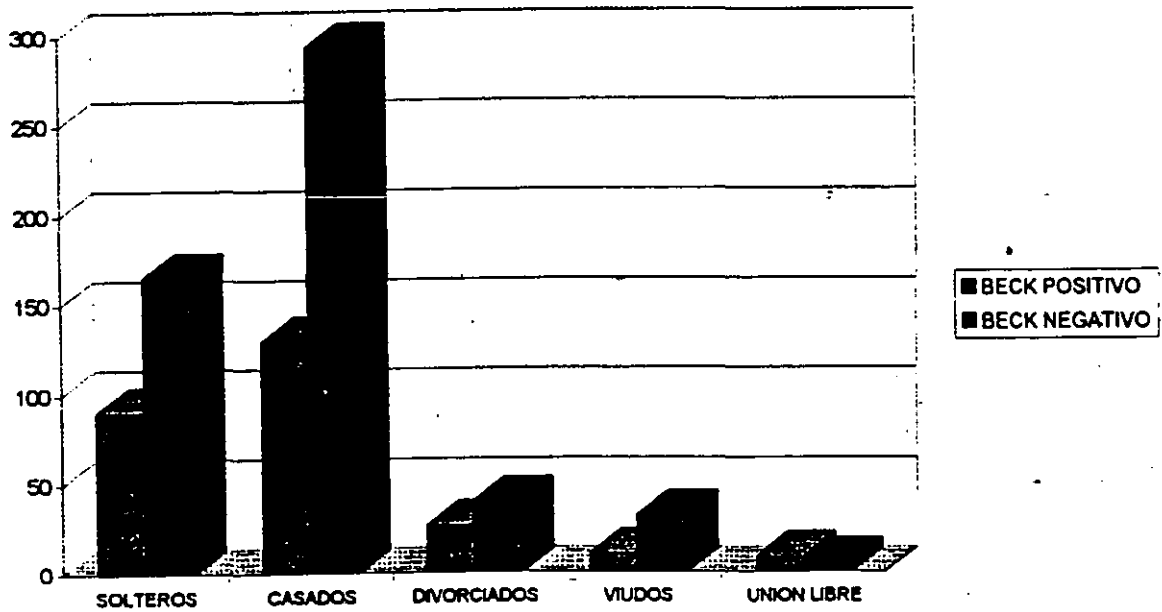
OCUPACIÓN	POSITIVO		NEGATIVO		TOTAL	
ESTUDIANTE	8	1 %	24	3 %	32	4 %
HOGAR	111	14 %	96	12 %	207	26 %
TRABAJADORES INDEPENDIENTE	32	4 %	132	16 %	164	20 %
EMPLEADO	40	5 %	119	15 %	159	20 %
PROFESIONISTA	05	1 %	101	13 %	106	4 %
NINGUNO	64	8 %	30	4 %	94	12 %
JUBILADO	3	0 %	31	4 %	34	4 %
<b>TOTAL</b>	<b>263</b>	<b>33 %</b>	<b>533</b>	<b>63 %</b>	<b>796</b>	<b>100 %</b>

### TOTAL DE LA MUESTRA



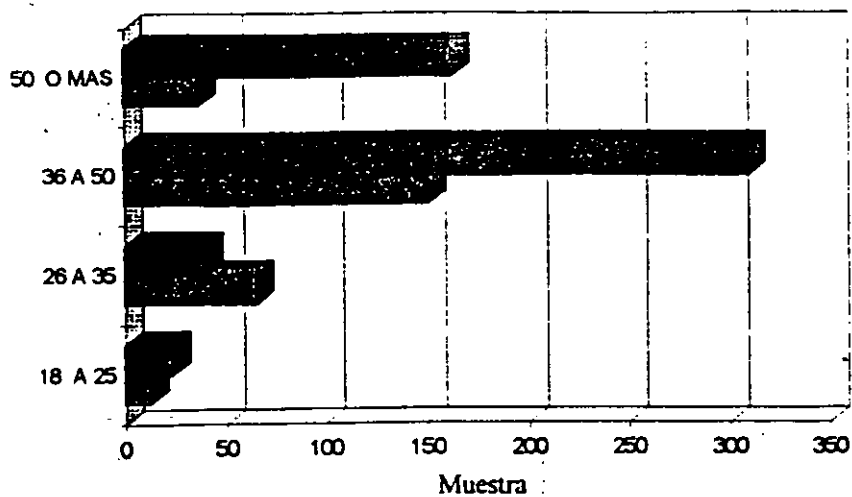
Nº de Sujetos

### ESTADO CIVIL

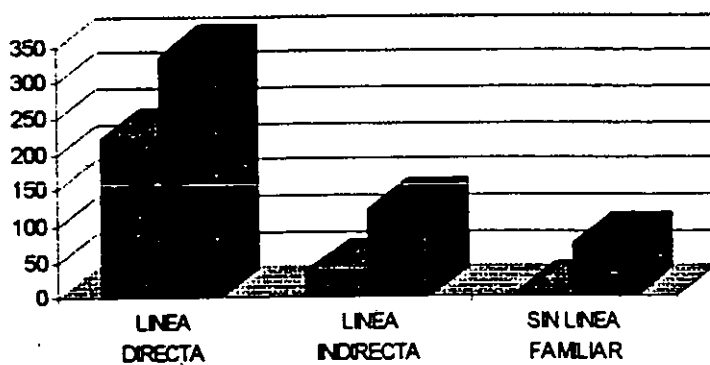


### EDAD

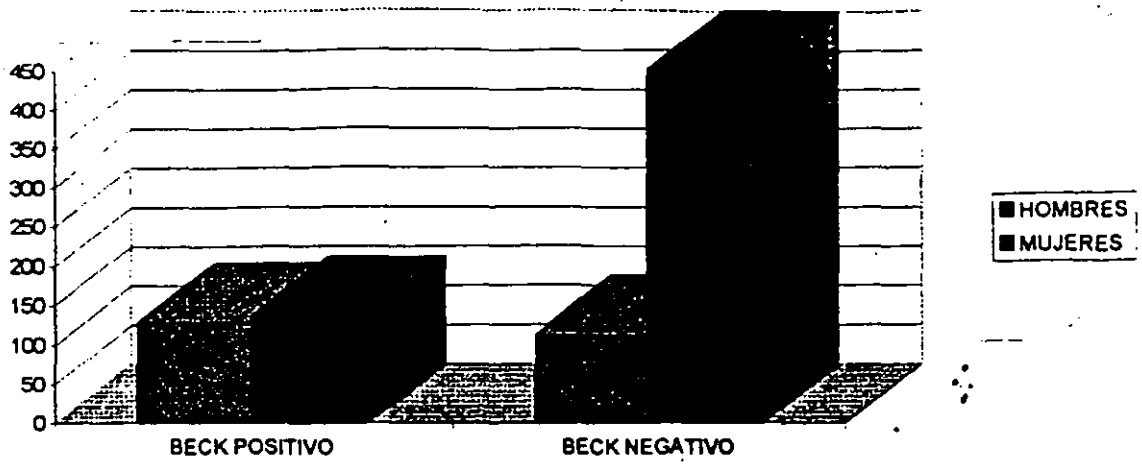
Rango de Edad



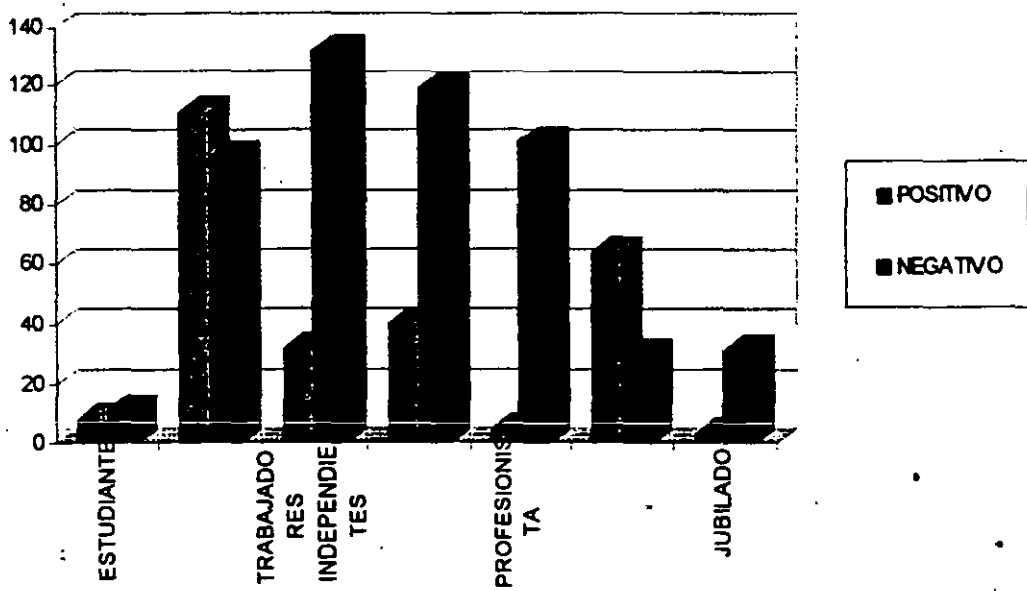
### LINEA FAMILIAR



### SEXO



### OCUPACION



## DISCUSIÓN

Después de autoadministrar el Inventario de Beck (db) para depresión, a un universo de 796 familiares de pacientes que acuden a la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez o que acuden a visita a los servicios de hospitalización continua de la misma institución, se encontró que 263 presentaron la prueba de Beck positiva de estos 221 fueron familiares en línea directa, lo que equivale a un 28% del total encuestados, predominando para la misma línea directa del Beck negativo con 336 familiares y que equivale al 42 %.

En lo referente a la línea indirecta solo 37 fueron positivos a depresión equivaliendo al 5% del total de la muestra y 122 negativos lo que representa el 15 % y en lo que se refiere a los no familiares solo el 5% fueron positivos y el 9% lo que equivale a 75 visitantes no familiares del total de la muestra fueron negativos al inventario de Beck para depresión.

Del total de la muestra 557 de los encuestados fueron mujeres y 239 hombres el 17% de las mujeres y el 16% de los hombres fueron Beck positivos.

En lo que se refiere al estado civil los casados ocuparon el 53% sin embargo la relación de Beck positivo entre solteros y casados fue de 4 puntos porcentuales, siendo para solteros mayor 10% y para los casados del 16% lo cual refleja un importante similitud, quizá debida a una variable no controlada en la muestra.

## Conclusión:

Como se menciona al inicio de este estudio la depresión se presenta en nuestro medio con una prevalencia del 20 al 30% en la población general, para fines de este estudio nos proponíamos demostrar mayor índice de depresión en familiares de pacientes psiquiátricos comparado con personas relacionadas con el paciente sin ser familiares directos o indirectos; al efectuar el muestreo obtuvimos una muestra de adecuadas dimensiones debido a que el lugar de aplicación, el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, es un Hospital de concentración de corta estancia con un movilidad y capacidad de atención superior a otras instituciones psiquiátricas de la Cd. de México o del país.

Efectivamente encontramos que el 28% de los familiares en línea directa del paciente psiquiátrico presentan un índice de depresión medido por el inventario de Beck, y un 5% de línea indirecta fueron positivos a depresión lo cual no arroja un 33% en total, lo cual no es significativo de acuerdo a la prevalencia en México para depresión señalada al principio ya que solo es 3 puntos porcentuales por arriba de esta.

Debido a los factores estresantes de la presencia de un familiar cercano conocido con enfermedad mental pudiera presentarse una prevalencia de depresión de forma mas importante, sin embargo demuestra que no es así, y sería interesante valorar síntomas emocionales como la ansiedad y en su caso calidad de vida de familiares de pacientes que presenten otro tipo de enfermedad preferentemente no psiquiátrica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Avant R. *Diagnosis and treatment of Depression*, Psychopathology 20: suppl. 1, pp 13-19 (1987)
2. Baer L., Jacobs G., Cukor P., O'Laughlen J., Coyle J.T., Magruder K.M. *Automated Telephone Screening Survey for Depression*, JAMA 273:24 pp 1943-4 (1995)
3. Bebbington P. *Social Epidemiology of Depression and the Neuroses*, Current Opinion in Psychiatry, 2:204-207 (1989)
4. Bech P., Stage K.B., Nair N.P.V., Larsen J.K., Kragh-Sørensen P., Gjermis A. *The Major Depression Rating Scale (MDS). Inter-rater reliability and validity across different settings in randomized moclobemide trials*, Journal of Affective Disorders 42:39-38, (1997)
5. Beck T. A., Steer R., Beck S. J., Newman C.F. *Hopelessness, Depression, Suicidal Ideation, and Clinical Diagnosis of Depression*, Suicide and Life-Threatening Behavior 23:2 pp.139-145 (1993)
6. Cortés J., Berlanga C., Bauer J. *Adaptación y Validación de la Escala de Carrol en Español*, Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría pp 40-45 (1991)
7. Camatta C., Nagoshi C.T. *Stress, Depression, Irrational Beliefs, and Alcohol Use and Problems in a College Student Sample*, Alcoholism: Clinical and Experimental Research 19:1 pp. 142-146 (1995)
8. Cameron O. G. *Guidelines for Diagnosis and treatment of Depression in Patients With Medical Illness*, Journal of Clinical Psychiatry 51:7 Suppl pp. 49-54 (1990)
9. Caraveo A.J., Medina M.M.E., Rascón M.L., Villatoro J., Martínez V.A., Gómez M. *La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta en México*, Salud Mental 19:3 pp 14-21 (1996)
10. Cassen N.H. *Hospital General de Massachusetts. Psiquiatría de enlace en el Hospital General*, Tercera Edición. Díaz de Santos. (1991)
11. Collier J.A.B., Longmore J.M., Hodgetts T.J. *Oxford Handbook of Clinical Specialities*, Cuarta Edición. Oxford University Press (1995)
12. Davis S., Hays L. *An Examination of the Clinical Validity of the MCMI-III Depressive Personality Scale*, Journal of Clinical Psychology 53:1 pp. 15-23 (1997)

13. Fawcett J. *Overview of Mood Disorders: Diagnosis, Classification, and Management*, Clinical Chemistry 40:2 pp. 273-278 (1994)
14. Flett G.L., Vredenburg K., Krames L., *The Continuity of Depression in Clinical and Nonclinical Samples*, Psychological Bulletin 121:3 pp. 395-416 (1997)
15. De la Fuente J.R. *Atypical depression: diagnosis and therapeutic issues*, European Psychiatry 8:5 pp. 235-240 (1993)
16. De la Fuente J.R. (Director) *Temas de Medicina Interna: Problemas psiquiátricos en la práctica médica*, Vol. III No.2 Interamericana-Mc Graw-Hill (1994)
17. De la Fuente R. *Psicología Médica*, Segunda Edición. Fondo de Cultura Económica (1992)
18. Gotlib I.A., Lewinsohn P.M., Seeley J. R. *Symptoms Versus a Diagnosis of Depression: Differences in Psychosocial Functioning*, Journal of Consulting and Clinical Psychology 63:1 pp. 90-100 (1995)
19. Hall C.W.R. *Global Assessment of functioning. A Modified Scale*, Psychosomatics 36:267-275 (1995)
20. Hermann C. *International Experiences with Hospital Anxiety and Depression Scale. A Review of Validation Data and Clinical Results*, Journal of Psychosomatic Research 42:1 pp. 17-41 (1997)
21. Hoff R.A., Livingston B.A., Kasl S.V., Jacobs S.B. *Subjective ratings of mental health as a risk factor for major depression in a community sample*, British Journal of Psychiatry 178:167-172 (1997)
22. Ivarsson T., Gillberg C. *Depressive symptoms in Swedish adolescents: Normative data using the Birleson Depression Self-Rating Scale (DSRS)*, Journal of Affective Disorders 42:59-68 (1997)
23. Joseph S., Lewis C. A., Olsen C. *Convergen Validity of the Depression-Happiness Scale with Measures of Depression*, Journal of Clinical Psychology 52:5 pp. 551-554 (1996)
24. Kanowsky S. *Age-Dependent Epidemiology of Depression*, Gerontology 40:suppl 1 pp. 1-4 (1994)
25. Katon W., Schulberg H. *Epidemiology of Depression in Primary Care*, General Hospital Psychiatry 14:237-247 (1992)
26. Kaplan H.I., Sadock B.J. *Manual de Psiquiatría de Urgencias*, Primera Edición. Editorial Médica Panamericana (1996)
27. Klinkman M.S. *Competing Demands in Psychosocial Care. A Model for the Identification and Treatment of Depressive Disorders in Primary Care*, General Hospital Psychiatry 19:98-11 (1997)



28. Kroenke K. *Discovering Depression in Medical Patients: Reasonable Expectations*, *Annals of Internal Medicine* 126:6 pp. 463-465 (1997)
29. Lane R.D., Reiman E.M., Ahren G.L., Schwartz G.E., Davidson R.J. *Neuroanatomical Correlates of Happiness, Sadness, and Disgust*, *American Journal of Psychiatry* 154:7 pp. 926-936 (1997)
30. Lara-M. M.C., Alvear M.G. *La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en los pacientes del Instituto Nacional de Cancerología*, *Salud Mental* 14:1pp. 6-11 (1991)
31. Loas G., Fremaux D., Boyer P. *Anhedonia and Alexithymia: Distinct or Overlapping Constructions*, *Perceptual and Motor Skills* 84:415-425 (1997)
32. López J., Páez F., Apiquián R., Sánchez de Carmona M., Fresán A., Robles R., Nicolini H. *Estudio sobre la traducción y validación del Cuestionario revisado del Diagnóstico de la Personalidad (PDQ-R)*, *Salud Mental* 19:Supl. (1996)
33. Meagher D., Murray D. *Depression* *The Lancet* 349:supl I pp. 17-19 (1997)
34. Maes M., Meltzer H.Y., Suy E., De Meyer F. *Seasonality in severity of depression: relationships to suicide and homicide occurrence*, *Actas Psychiatrica Scandinavica* 88:153-161 (1997)
35. Owens D. *Epidemiology of depression*, *Current Opinion in Psychiatry* 4:205-209 (1991)
36. Postel J., Quézel C. (Compiladores) *Historia de la Psiquiatría*, Primera Edición en español. Colección Biblioteca de Psicología y Psicoanálisis del Fondo de Cultura Económica (1993)
37. van Praag H.M. *Diagnosis, the Rate-Limiting Factor of Biological Depression Research*, *Neuropsychobiology* 28:197-210 (1993)
38. Reiman E.M., Lane R.D., Ahern G.L., Schwartz G.E., Davidson R.J., Fritson K.J., Yun L.S., Chen K. *Neuroanatomical Correlates of Externally and Internally Generated Human Emotion*, *American Journal of Psychiatry* 154:7 pp. 918-925 (1997)
39. Reifler D.R., Kessler H.S., Bernhard E.H., Leon C.A., Martin G.J. *Impact of Screening for Mental Health Concerns on Health Service Utilization and Functional Status in Primary Care Patients*, *Archives of Internal Medicine* 156:2593-2599 (1996)
40. Robinson B.E., Kelley L. *Concurrent Validity of the Beck Depression Inventory as a Measure of Depression*, *Psychological Reports* 79:926-930 (1996)
41. Schotte C.K.W., Maes M., Cluydts R., Cosyns P. *Effects of affective-semantic mode of item presentation in balanced self-report scales: biased construct validity of the Zung Self-rating Depression Scale*, *Psychological Medicine* 26:1161-1168 (1996)

42. Torres C.M., Hernández M.E., Ortega S.H.A. *Validez y reproducibilidad del Inventario para Depresión de Beck en un hospital de cardiología*, Salud Mental 14:2 pp. 4-6 (1991)
43. Vallejo R.J. *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría*, Tercera Edición. Salvat (1991)
44. Wolfe Siegman A., Cappel Snow S. *The Outward Expression of Anger, the Inward Experience of Anger and CVR: the role of Vocal Expression*, Journal of Behavioral Medicine 20:1 pp. 20-45 (1997)
45. Volk R.J., Nease D.E., Cass A.R. *Recognition of Mental Health Problems in Primary Care Practices*, Family Medicine (Marzo 1997)
46. Zung W.W.K., Broadhead W.B., Roth M.E. *Prevalence of Depressive Symptoms in Primary Care*, The Journal of Family Practice 37:4 pp. 337-344 (1993)
47. Zung W.W.K., Durham N.C. *A Self-Rating Depression Scale*, Archives of General Psychiatry 12:63-70 (1963)

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA