

11241
18



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA, PSIQUIATRIA Y
SALUD MENTAL.

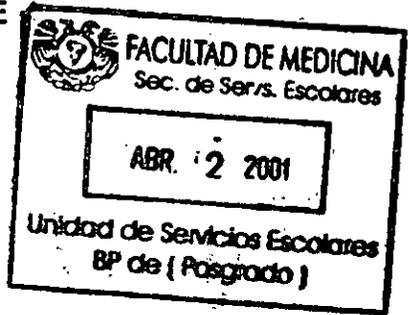
HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARNIDO ALVAREZ.

"PREVALENCIA DE SINDROME DEPRESIVO EN PADRES DE NIÑOS AUTISTAS"

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIÁTRIA.

PRESENTA:

DR RUBEN EDUARDO PASCUAL TORRES



ASESORES:

DRA. SILVIA ORTIZ LEÓN
TEORICO

DR. JESUS GUTIERREZ AGUILAR
METODOLOGICO

CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

Vn. Bo.

DR. ALEJANDRO DIAZ

291077



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.

INDICE

1.- INTRODUCCION	1
2.- MARCO TEORICO	2
3.- JUSTIFICACION	9
4.- OBJETIVO	9
5.- MATERIAL Y METODOS	10
6.- RESULTADOS	14
7.- GRAFICAS	16
8.- DISCUSION	24
9.- CONCLUSIONES	25
10.- BIBLIOGRAFIA	26

A) INTRODUCCION

La depresión se ha convertido en uno de los trastornos mentales más frecuentes entre la población de diferentes países y ha sido reconocida como un problema de salud pública. Estudios recientes en los que se han tomado en cuenta la discapacidad y la incapacidad asociadas al trastorno han mostrado el impacto y la trascendencia de el mismo. En la actualidad la depresión ocupa el cuarto lugar entre las enfermedades más discapacitantes, y se estima que para el año 2020 será el segundo.

Hoy en día se considera que los trastornos afectivos constituyen un grupo amplio de padecimientos caracterizados por una alteración del estado anímico de las personas, quienes manifiestan principalmente tristeza vital, acompañada o no de ansiedad, y en otros casos euforia.

El cambio en el estado anímico por lo general está asociado con una modificación notable en el desempeño global de la persona, y la mayoría de los otros síntomas que se presentan son secundarios o explicables en virtud de los cambios de ánimo y la actividad del sujeto. La mayoría de éstos trastornos tienden a ser recurrentes y con frecuencia el inicio de los episodios está asociado a situaciones o eventos estresantes. (7)

Uno de éstos eventos estresantes puede ser el resultar ser familiar de personas con una enfermedad mental seria. Padres, esposos e hijos experimentan stress importante en la relación con la persona enferma. (22)

Enfocándonos a los padres de niños enfermos, podemos comentar que las consecuencias psicológicas de criar niños retardados, con alguna incapacidad física o con alguna patología psiquiátrica han sido ampliamente reportadas. Las reacciones más frecuentes que se han observado entre los padres de éstos niños son negación, culpa y depresión. Y dentro de éstos trastornos psiquiátricos podemos incluir al autismo. (8)

B) MARCO TEORICO

La depresión es el trastorno psiquiátrico más común, afecta cerca del 10% de la población general a lo largo de su vida. Así también ésta condición ocupa el primer lugar en cuanto a hospitalización psiquiátrica (23.3% del total de hospitalizaciones).

Entre enfermos generales la depresión oscila según las estadísticas, entre el 10 y el 20%, y entre pacientes psiquiátricos la cifra aumenta hasta casi un 50%.

Sólo el 10% de éstos pacientes llegan a consultas psiquiátricas especializadas, por lo que el 90% restante son tratados por médicos generales y especialistas no psiquiatras. La explicación parcial de éste hecho puede deberse a que aproximadamente la mitad de las depresiones se presentan en forma enmascarada. Estos equivalentes depresivos ocultan la verdadera faz del trastorno, que aparece como una enfermedad somática, lo que hace a veces difícil el diagnóstico diferencial (26).

Como una proporción de todas las incapacidades y pérdidas prematuras de vida en países desarrollados; la cifra de depresión para la mujer es de 3.4% y para el hombre es de 1.3%.

La depresión en la mujer es cinco veces más frecuente que la psicosis, y en el hombre ésta es dos veces más frecuente. Casi sin ninguna excepción se han encontrado más altas cifras de depresión en mujeres que en hombres. (5)

El término genérico depresión se aplica a diversos trastornos de la afectividad que se presentan como condiciones únicas o acompañados de otros estados patológicos, afecta a las esferas afectiva, cognitiva, somática y conductual. En contraste con la tristeza que caracteriza la elaboración del duelo, la depresión clínica es persistente y severa; se acompaña de diversos síntomas entre los que se incluyen alteraciones del sueño y la alimentación, pérdida de la iniciativa, conductas de autocastigo secundarias a ideas de culpa, disminución de las actividades sociales que puede llegar incluso a la inactividad y anhedonia, entre otras. (11)

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 autodevaluación. Es frecuente que el enfermo experimente una agudización notoria de su abatimiento y de su angustia al iniciar el día y una mejoría cuando se acerca la noche. En la esfera somática son muy frecuentes la pérdida o aumento del apetito, la disminución o el aumento de peso 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. Existen formas más severas como las depresiones psicóticas en donde hay ideas delirantes y alucinaciones cuyo contenido pesimista está siempre en relación con el humor.

Como consecuencia de la percepción que tienen de sí mismas, 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 de el enfermo y se sienten incapaces de ayudarlo. (20,21)

Desde el punto de vista clínico, los trastornos depresivos tienen un amplia gama de manifestaciones, las cuales oscilan desde formas leves a moderadas (las más frecuentes), hasta cuadros de gran intensidad que incluyen síntomas delirantes (como ya se había comentado) y conductas suicidas. (26)

De acuerdo con el curso de los trastornos, éstos pueden corresponder a un episodio único, a fases recurrentes y a estados persistentes, en los que se ha incluido a la ciclotimia y a la distimia. Para su estudio, los trastornos depresivos han sido divididos en tres grupos: sintomatología depresiva, trastornos afectivos bipolares y depresión no bipolar. (7)

En el primer grupo se han incluido aquellas personas que manifiestan tristeza, desazón, angustia y malestar, pero que no reúnen los datos clínicos suficientes, tanto en intensidad

como en patrón de síntomas, para ser clasificados como sujetos con depresión mayor según el DSM-III R. A la vez, dentro de este mismo grupo han quedado incluidas las personas con diagnóstico de Distimia.

Los estudios de prevalencia, la cual se define como la proporción de personas de una población que presentan el trastorno durante el periodo de tiempo especificado han reportado frecuencias de 9 al 32% respecto a éste grupo de trastornos depresivos (Boyd y cols 1981). Especialmente en estudios más recientes, se ha reportado que la prevalencia de un trastorno en un momento de la vida cubre un rango del 3.1% en áreas de captación epidemiológica y del 6.4% en la encuesta nacional de comorbilidad (Kessler y cols 1994). En México, Caraveo y cols registraron un 3.7% de personas con depresión neurótica a nivel nacional y los resultados preliminares de un estudio en la Ciudad de México han mostrado una prevalencia del 4.3%.

En el segundo grupo, el de los trastornos afectivos bipoilares, se agrupan aquellas personas que han presentado fases tanto maniacas como depresivas, o sólo episodios de manía o hipomanía. Este último criterio se ha adoptado en virtud de que tarde o temprano, la mayoría de éstos pacientes presentan una fase depresiva a lo largo de su vida. Por otra parte, éstos pacientes se distinguen de los otros dos grupos por el típico curso evolutivo del padecimiento, antecedentes familiares y sintomatología durante fases depresivas.

La prevalencia de éste tipo de trastornos en un periodo de vida ha sido del 0.2 al 1.6%, en México la encuesta nacional de salud mental estimó una prevalencia de trastornos bipolares en la vida del 0.2% al 1.3% (Caraveo y cols.).(7)

En el tercer grupo, el de la depresión no bipolar, se incluyen aquellas personas que han presentado un episodio depresivo mayor de acuerdo con el criterio diagnóstico del DSM-III R (en la actualidad según el DSM-IV). Esta categoría diagnóstica difiere del grupo de síntomas depresivos, considerados en primer término, en cuanto a la persistencia e intensidad de la sintomatología, la interferencia de ésta con el desempeño de la persona y su aparición en ausencia de otros trastornos que pudieran explicarla. La prevalencia de éste tipo de trastorno osciló entre el 8 y el 12% para hombres y entre el 20 y 26% en mujeres hasta fines de los años

sesenta, de acuerdo con los criterios clínicos vigentes entonces (Boyd y cols). Durante la década de los años ochentas y con el desarrollo de estrategias epidemiológicas, utilizando, utilizando el DIS (Cédula de Entrevista Diagnóstica) en los Estados Unidos se reportaron cifras de prevalencia en la vida de 2.3 al 4.4% en hombres y de 4.9 al 8.7% en mujeres (Robins y cols 1981). Una revisión hecha por Lehtinen y cols (1994) mostró que la prevalencia de episodios depresivos en los hombres variaba entre 2.6 y 5.5% y en las mujeres entre 6.0 y 11.8%.

Más recientemente, la encuesta de comorbilidad a nivel nacional en los Estados Unidos reportó una prevalencia mayor, del 12.7% en hombres y del 21.3% en mujeres, la población de origen hispánica tuvo una prevalencia significativamente mayor de trastornos depresivos actuales. Los resultados preliminares del estudio realizado en la Ciudad de México de Caraveo y cols (1997) han mostrado una prevalencia total del 8.7% de episodios depresivos en la vida y del 5.3% en los últimos 12 meses previos al estudio en la población entre 18 y 64 años. Estos últimos estudios han utilizado el CIDI (Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta) como instrumento epidemiológico. (7,23,26)

Se desconoce cual es la causa exacta de estos trastornos. Los muchos intentos realizados para identificar una causa biológica o psicosocial se han visto dificultados por la heterogeneidad de la población de pacientes definida mediante alguno de los sistemas diagnósticos disponibles, incluido el DSM-IV. Los factores causales pueden dividirse de una forma artificial en factores biológicos, genéticos y psicosociales. Tal división es artificial por la alta probabilidad de que los tres interactúen entre sí.

Factores biológicos. Gran número de estudios han aportado datos sobre las anomalías observadas en los metabolitos de las aminas biógenas - como el ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA), el ácido homovanílico y el 3-metoxi-4-hidroxifenilglicol - en sangre, orina y líquido cefalorraquídeo de pacientes con trastornos del estado de ánimo. Los datos aportados son más acordes con la hipótesis de que los trastornos del estado de ánimo están asociados a alteraciones muy heterogéneas en la regulación de estas aminas.

De entre estas sustancias, la noradrenalina y la serotonina son los dos neurotransmisores más implicados en la fisiopatología de los trastornos del estado de ánimo, aunque también se

encuentran implicadas la dopamina y la acetilcolina. Además aunque en este momento no se dispone de datos concluyentes, los aminoácidos neurotransmisores (en especial el ácido gamma-aminobutírico [GABA]) y los péptidos neuroactivos (en particular la vasopresina y los opioides endógenos) se han visto también implicados en la fisiopatología de los trastornos afectivos.

A su vez, también se han registrado gran cantidad de anomalías en la regulación neuroendócrina en este tipo de pacientes.

Los estudios de Neuroimagen que se han realizado en este tipo de pacientes han proporcionado datos poco concluyentes (ninguno ha sido replicado) sobre la alteración del funcionamiento cerebral. (10,14,21,24)

Factores genéticos. Los análisis genéticos indican firmemente que un factor muy significativo en el desarrollo de los trastornos del estado de ánimo es de origen genético. No obstante, el patrón de la transmisión genética se produce a través de mecanismos complejos; no solo es imposible excluir los efectos psicosociales, ya que los factores no genéticos probablemente tienen un papel causal en el desarrollo de estos trastornos, por lo menos en algunas personas. Además, existe un componente genético más importante para la transmisión del trastorno bipolar Y que para la transmisión del trastorno depresivo mayor. (7,14)

Factores psicosociales. Una observación clínica antigua que se ha comprobado en muchas ocasiones es que los sucesos estresantes suelen preceder con más frecuencia a los primeros episodios de trastornos del estado de ánimo que a los posteriores. Esta asociación se ha puesto de manifiesto tanto para el trastorno depresivo mayor, como para los pacientes con un trastorno bipolar I. Una de las teorías que se han propuesto para explicar esta observación es que el stress que acompaña al primer episodio produce cambios a largo plazo en la biología del cerebro. Estos cambios pueden producir variaciones en el funcionamiento de diferentes neurotransmisores y sistemas de señales intraneuronales. Los cambios pueden ser incluso pérdidas de neuronas y una reducción excesiva de los contactos sinápticos. El resultado neto de estos cambios es que la persona se vuelve más vulnerable a sufrir episodios posteriores de trastornos del estado de ánimo, esta vez incluso sin factores estresantes. Algunos especialistas están convencidos de que los sucesos vitales desempeñan un papel esencial en la depresión; otros sugieren que estos sucesos tienen solo un papel relativo en el inicio y duración de la

depresión. Los datos más convincentes indican que el suceso más implicado con el desarrollo posterior de una depresión es la pérdida de uno de los progenitores antes de los 11 años. El factor estresante ambiental más relacionado con el inicio de un episodio depresivo es la pérdida de un conyuge o de un hijo. Algunos artículos teóricos y muchos informes anecdóticos se han interesado por la relación entre el funcionamiento familiar y el inicio y curso de los trastornos del estado de ánimo, en particular, el trastorno depresivo mayor.

A éste respecto, en nuestro medio se ha documentado la asociación entre la presencia de sintomatología depresiva en el adulto y la presencia de probables trastornos psíquicos y conductuales en los niños. También existen evidencias de que las personas con familiares de primer grado afectados por alcoholismo, psicopatía y depresión, como entidades diagnósticas solas o combinadas, parecen estar en mayor riesgo de desarrollar depresiones unipolares, por lo que se les considera objetivos para la prevención. Sin embargo, el hecho de que exista una historia familiar de depresión no constituye una causa necesaria ni suficiente para el desarrollo de la misma, ciertamente, se eleva el riesgo de presentar manifestaciones depresivas. Lo anterior apunta hacia la necesidad de identificar grupos de alto riesgo en las comunidades donde la incidencia y la prevalencia de depresión sean altas y por lo tanto también lo sea el riesgo de exposición. (1,3,7,8)

Así como los familiares de pacientes deprimidos son afectados psicológicamente por la convivencia con ellos; la depresión puede ser el resultado del stress de convivir con un familiar con una enfermedad mental.

El stress experimentado por personas con enfermedades mentales serias es frecuentemente atribuido a la demanda de tiempo, recursos económicos y desgaste emocional. Frecuentemente tienen los familiares una sensación de pérdida. Por lo que el paciente experimentará una sensación de abandono asociado a veces con una fuerte ansiedad de separación. El padre se vuelve distante, inaccesible e irresponsable. El principal componente de ésta sensación de pérdida es la sintomatología depresiva por un duelo no resuelto; el padre está ahí. Pero no está ahí.

Las consecuencias psicológicas de criar niños con enfermedades mentales o físicas han sido

ampliamente reportadas. Las reacciones más frecuentes son la negación, la culpa y depresión.

El estudio de Carpiniello y cols. Reportó que las tasas de trastornos psiquiátricos y sintomatología psicopatológica son más altas entre los padres de niños mental o físicamente enfermos, que entre padres de niños sanos . en este estudio los transtornos depresivos tuvieron una tasa muy alta , siendo ésta del 30% . (8,9,15,22,29)

En éste estudio de Carpiniello, los diagnósticos de los niños enfermos mentalmente fueron retraso mental, psicosis (sin especificar de que tipo) y autismo; mencionando que los niños con autismo y con retraso mental con el apoyo de los padres pueden tener gran beneficio en programas de apoyo psicológico. Específicamente los niños con autismo son sometidos a terapia ambiental con la cual se han visto muy buenos resultados y en donde además del apoyo por parte del psicólogo necesita apoyo por parte de sus padres; pero si uno o los dos padres están deprimidos esto no podría ser posible. (6,8)

Y como se sabe los niños autistas tienen un impedimento en reconocer y expresar las expresiones emocionales, por lo que se ha investigado la comprensión de esto por medio de expresiones faciales, consistiendo esto en el que el niño reconozca las expresiones faciales primero en fotos, películas y posteriormente en las personas que lo rodean, específicamente en los padres. (6)

C) JUSTIFICACION

La depresión es una de las enfermedades más frecuentes, compitiendo incluso con la Hipertensión arterial en cuanto a frecuencia, debido a esto es importante profundizar en cada aspecto de ésta, sobre todo en lo que respecta a la depresión como resultado del stress de convivir con un enfermo mental crónico, especialmente si se trata de niños enfermos mentales.

Diversos estudios reportan altas tasas de depresión en padres de niños mentalmente enfermos, pero no hay ningún estudio específico de depresión en padres de niños autistas, y debido a que el autismo es cada vez más frecuente y el hecho de que los padres influyan mucho en ésta patología, es importante contar con un estudio que reporte esto.

D) OBJETIVO

Conocer la prevalencia del síndrome depresivo en padres de niños con autismo

E) MATERIAL Y METODOS

DISEÑO

Se realiza un estudio observacional, descriptivo, abierto y transversal.

UNIVERSO DE ESTUDIO

Los padres de los niños con diagnóstico de autismo de la clínica de alteraciones graves del desarrollo del Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro".

TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra es de 46 padres, que es el total de la población, contando con 24 mujeres y 22 hombres.

FORMAS DE ASIGNACION DEL GRUPO DE ESTUDIO

Fué de forma secuencial, conforme a la disposición de recursos para aplicación del instrumento.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Padres de niños con autismo tratados en el Hospital Psiquiátrico Infantil
- Que sepan leer y escribir
- Que acepten participar

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Que no sepan leer, ni escribir
- Que no hablen español
- Que no acepten participar

VARIABLES

VARIABLES DEPENDIENTES

- Depresión

VARIABLES INDEPENDIENTES

- Edad
- Sexo
- Estado civil

PARAMETROS DE MEDICION

Aplicación del instrumento "Inventario para Depresión de Beck", que es una escala autoaplicable con 21 categorías de síntomas o manifestaciones conductuales y sintomáticas características de la depresión, su respuesta tiene una estimación numérica entre 0 y 3 asignada en cada rubro, evaluándose como escala ordinal con un punto de corte de 13 y parámetro reportado negativo por debajo de 13, de 14 a 20 como depresión leve a moderada y de más de 20 puntos como depresión severa. (32)

El inventario de Depresión de Beck es de las escalas autoaplicables más usadas a nivel mundial; desde su elaboración en 1961, ha sido empleada en numerosos estudios empíricos.

En cuanto a las características de sus categorías, en la mayoría de los estudios se han reportado correlaciones significativas entre el total de éstas. Los coeficientes varían dependiendo de la muestra, como la edad de los sujetos o la severidad de la depresión.

La consistencia interna ha sido confirmada en numerosos estudios en muestras psiquiátricas y no psiquiátricas. La mayoría de los investigadores reportan alfa-coeficientes, en el promedio más alto que 0.75. De acuerdo con Richter (1991) el coeficiente promedio para población psiquiátrica es de 0.88, y el resultado de la población no psiquiátrica es de 0.82. Sólo pocos investigadores han reportado coeficientes más bajos.

De acuerdo a Beck (1961), el inventario para la Depresión de Beck se derivó de observaciones clínicas. Las categorías fueron escogidas para acceder a la intensidad de la depresión en base a los principales síntomas de ésta. En años recientes, varios autores han discutido la validez del contenido del inventario en base a los criterios del DSM-IV. Moran y cols (1983) reportaron que el Inventario para la Depresión de Beck reunía 6 de los 9 criterios del entonces DSM-III R. Una de las razones de su amplia propagación fue y es su alta validez de contenido.

Su sensibilidad al cambio ha sido demostrada sin lugar a dudas.

Los cambios en la respuesta conductual independiente del proceso terapéutico puede causar una reducción significativa de los resultados del Inventario .

Entonces las ventajas del Inventario para la Depresión de Beck son:
su propagación internacional, su alta consistencia interna, y su sensibilidad al cambio. (27,28)

PROCEDIMIENTO PARA LA CAPTACION

Se solicitará a los sujetos el llenado del Inventario para la Depresión de Beck.

F) RESULTADOS

De un total de 46 padres encuestados, 22 fueron del sexo masculino y 24 del sexo femenino; con respecto al estado civil , 2 padres son solteros (as), 21 padres son casados (as) y 23 padres viven en unión libre; con edades entre 20 a 44 años.

Encontrándose deprimidos a 17 padres siendo el 36.9%, y que 29 padres no deprimidos siendo el 63.1%.

De los 17 padres deprimidos, 4 eran hombres, siendo el 23.5% y 13 eran mujeres, siendo el 76.5%; de los 29 padres no deprimidos 18 eran hombres, siendo el 62%, y 11 eran mujeres, siendo el 38%.

De los 17 padres deprimidos, 13 estuvieron en el rango de Depresión leve a moderada, siendo éstos el 76.5%; y 4 estuvieron en el rango de Depresión severa, siendo éstos el 23.5%.

Dentro de los 13 padres con Depresión leve a moderada, 3 fueron hombres, siendo el 23%, y 10 fueron mujeres, siendo el 77%.

De los 4 padres con depresión severa, uno fué hombre, siendo el 25%, y 3 fueron mujeres, siendo el 75%.

En cuanto a la edad, se clasificaron en cuatro grupos, primero haciendo la división entre los deprimidos y los no deprimidos; teniendo en el grupo de 20 a 25, 7 deprimidos, siendo el 15.3% y 7 no deprimidos siendo el 15.3%; en el grupo de 26 a 30, 0 deprimidos, siendo el 0% y 7 no deprimidos, siendo el 15.3%; en el grupo de 31 a 35, 6 deprimidos, siendo el 13%, y 9 no deprimidos, siendo el 19.5%; en el grupo de 36 a 40, 2 deprimidos, siendo el 4.3% y 5 no

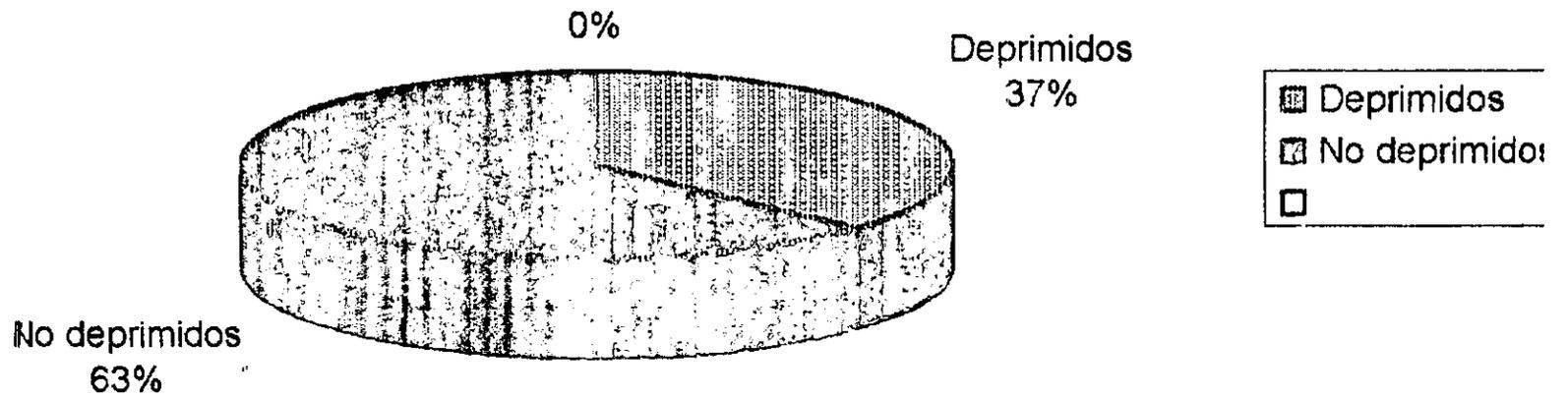
deprimidos, siendo el 10.9%; y finalmente en el grupo de 41 a 45, 2 deprimidos, siendo el 4.3% y 1 no deprimido, siendo el 2.17%.

Posteriormente se vuelven a utilizar éstos cuatro grupos de edad, dividiendolos en Depresión leve a moderada y Depresión severa; en el grupo de 20 a 25 se encontraron 6 con depresión leve a moderada, siendo el 13%, y uno con depresión severa, siendo el 2.17%; en el grupo de 26 a 30, no se encontraron ni deprimidos leves a moderados, ni deprimidos severos; en el grupo de 31 a 35, 5 depresiones leve a moderada, siendo el 10.9% y 1 con depresión severa, siendo el 2.17%; en el grupo de 36 a 40, uno con depresión leve a moderada, siendo el 2.17% y 1 con depresión severa, siendo el 2.17%; y por último en el grupo de 41 a 45, 1 con depresión leve a moderada, siendo el 2.17% y 1 con depresión severa, siendo el 2.17%.

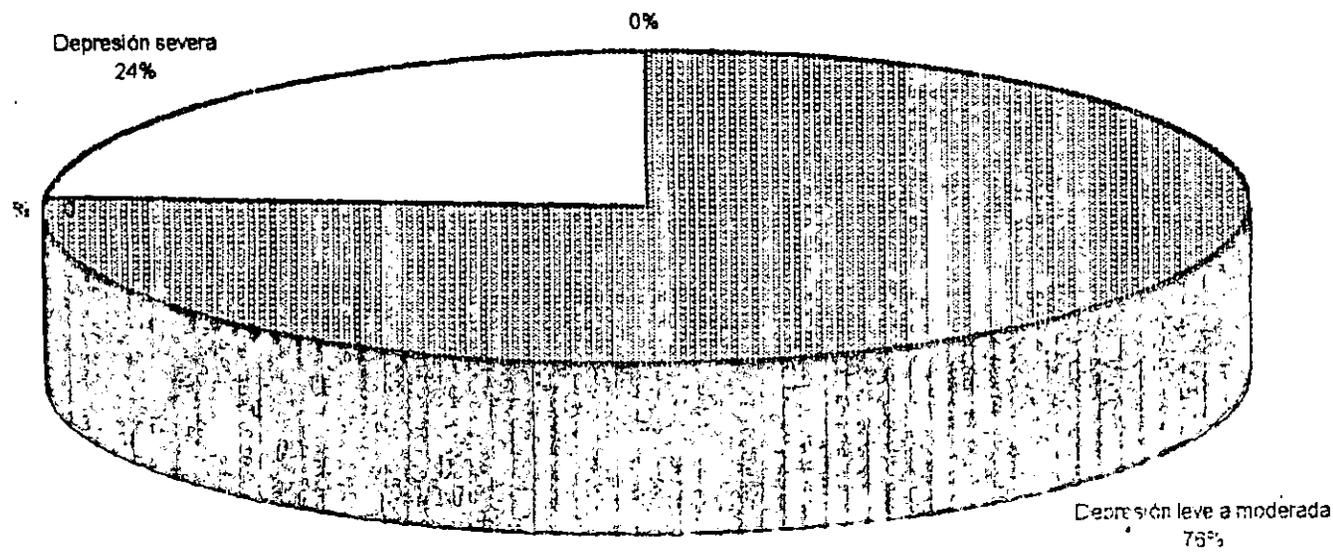
En cuanto al estado civil se clasificaron en tres grupos: casados, solteros y unión libre, haciendo primero la división entre deprimidos y no deprimidos; de los casados, 10 fueron deprimidos, siendo el 21.7%, y 11 no fueron deprimidos, siendo el 23.9%; de los solteros, 2 fueron deprimidos, siendo el 4.3%, y ninguno no deprimido; en los de unión libre, 5 deprimidos, siendo el 10.9%, y 18 no deprimidos, siendo el 39.2%.

Posteriormente se vuelven a utilizar éstos tres grupos, dividiendolos en deprimidos de leve a moderado y deprimidos severos; de los casados, 8 con depresión leve a moderada, siendo el 17.39% y 2 con depresión severa, siendo el 4.3%; de los solteros, uno con depresión leve a moderada, siendo el 2.17%, y 1 con depresión severa, siendo el 2.17%; de los de unión libre, 4 con depresión leve a moderada, siendo el 8.69 % y 1 con depresión severa, siendo el 2.17%.

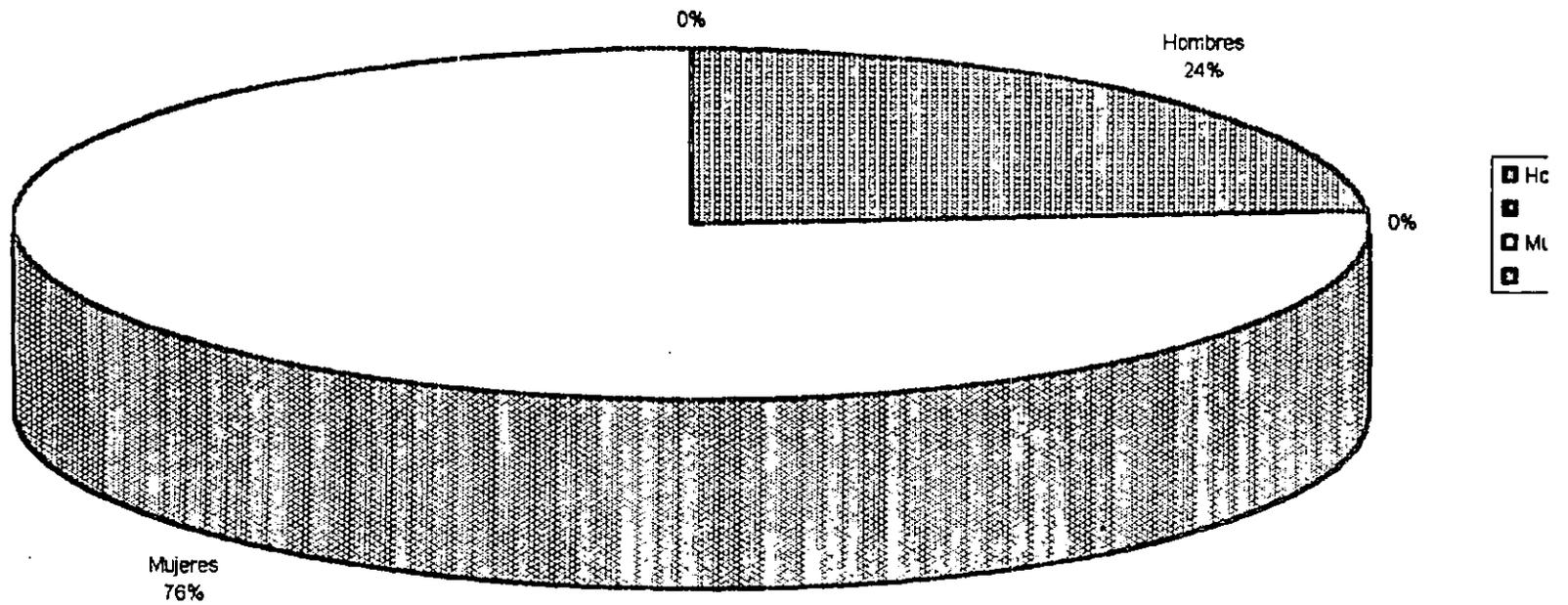
Porcentaje de padres deprimidos y no deprimidos



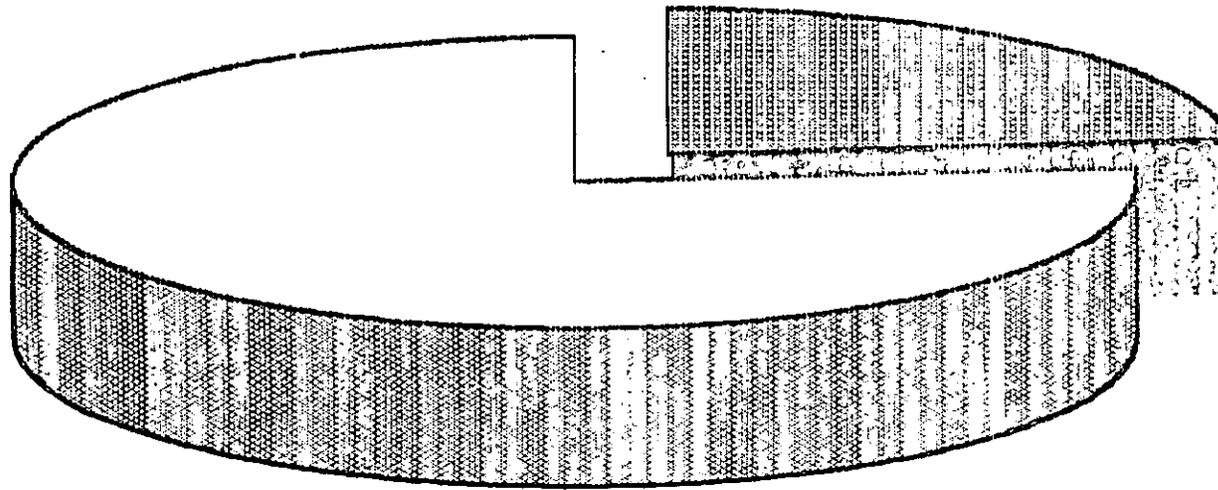
Del total de padres deprimidos, porcentajes de Depresión leve a moderada y depresión severa



Del total de deprimidos, porcentajes de hombres y de mujeres



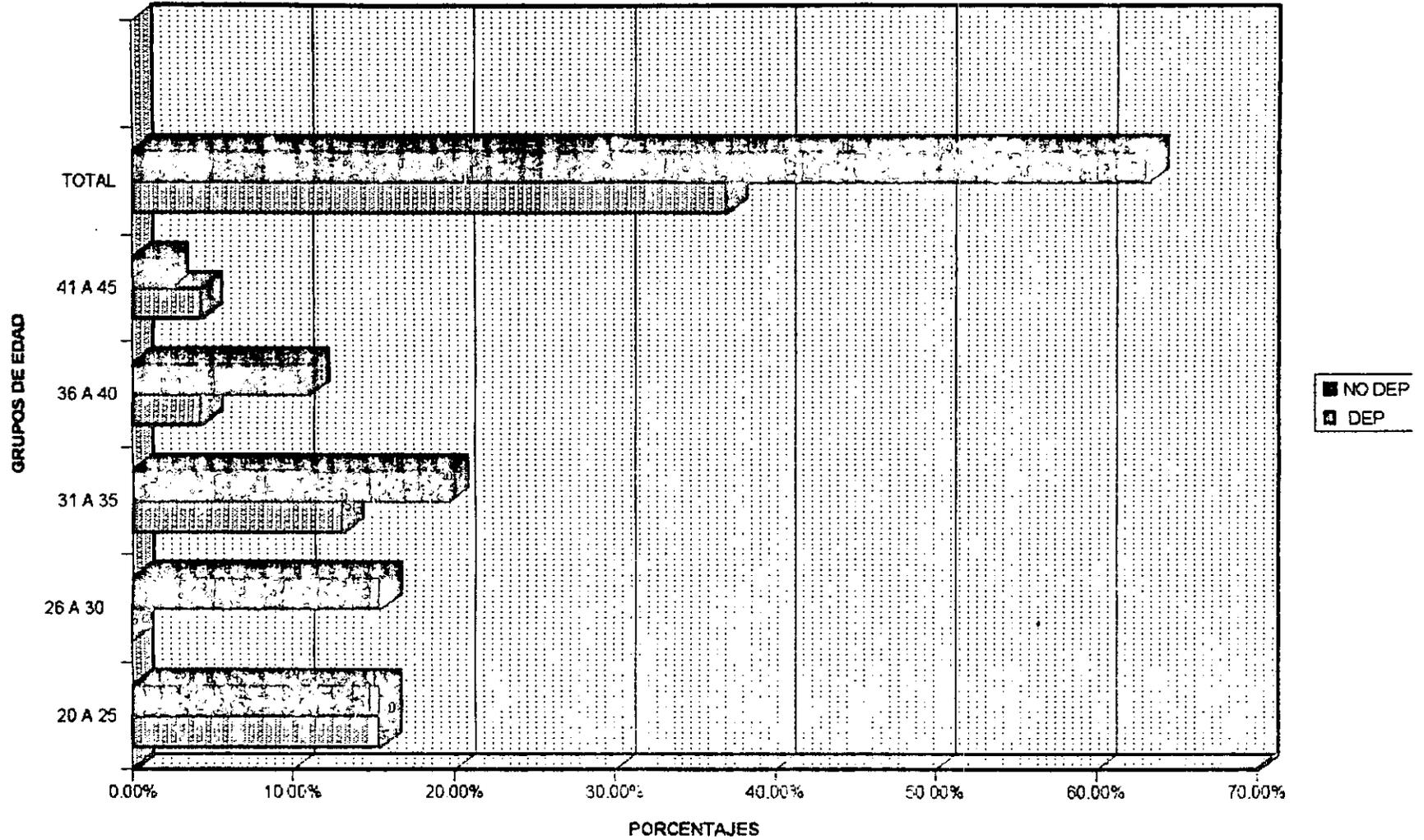
Del total de deprimidos, porcentajes de hombres y de mujeres



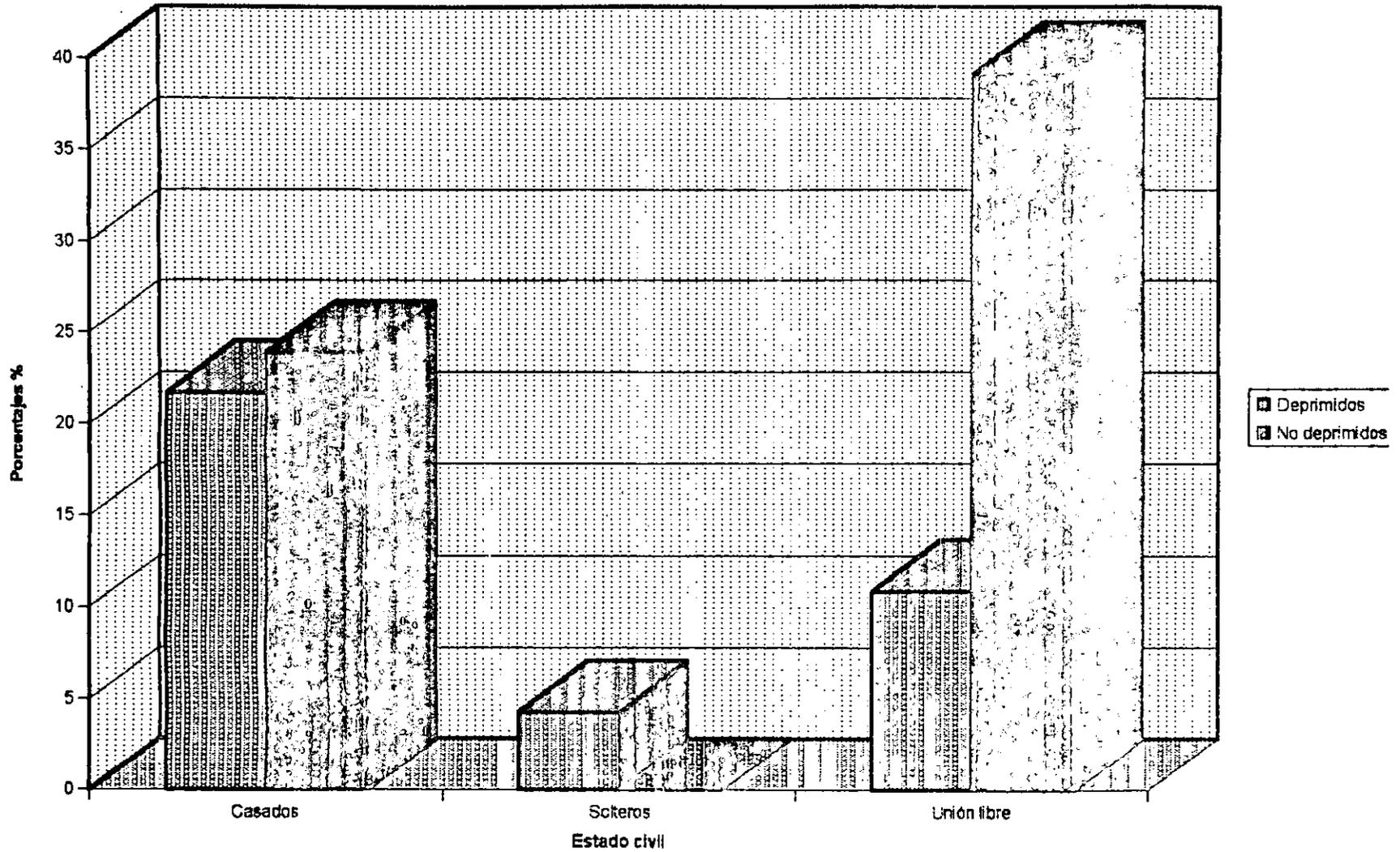
■ Hombres
■ Mujeres

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

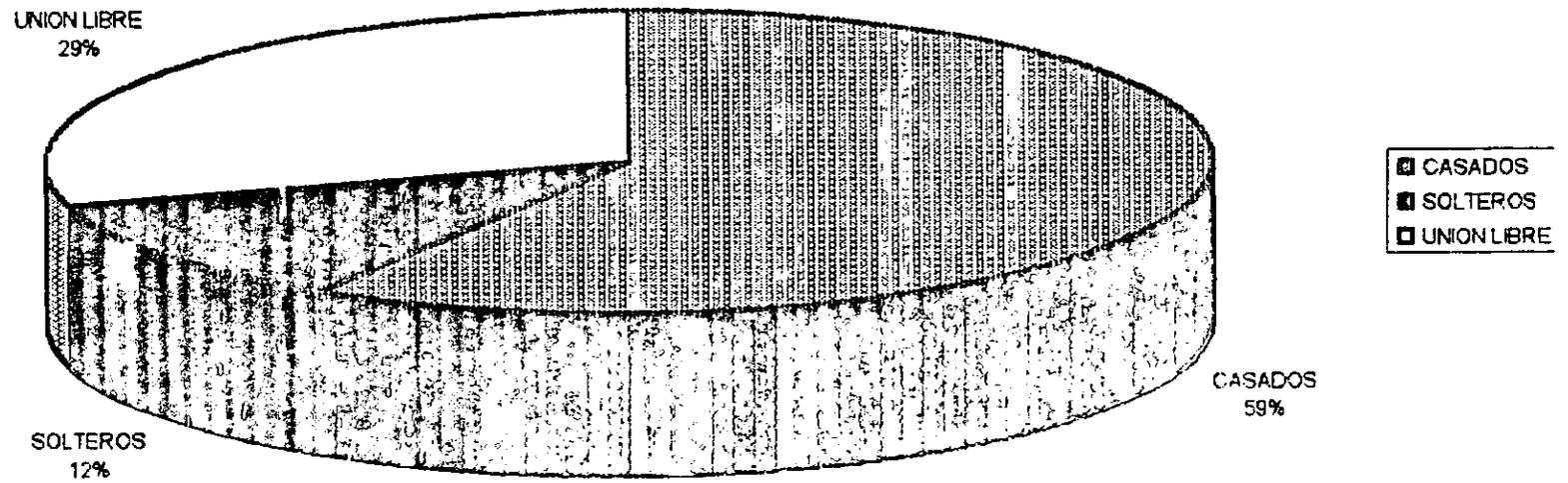
PORCENTAJE DE DEPRESION POR GRUPOS DE EDAD



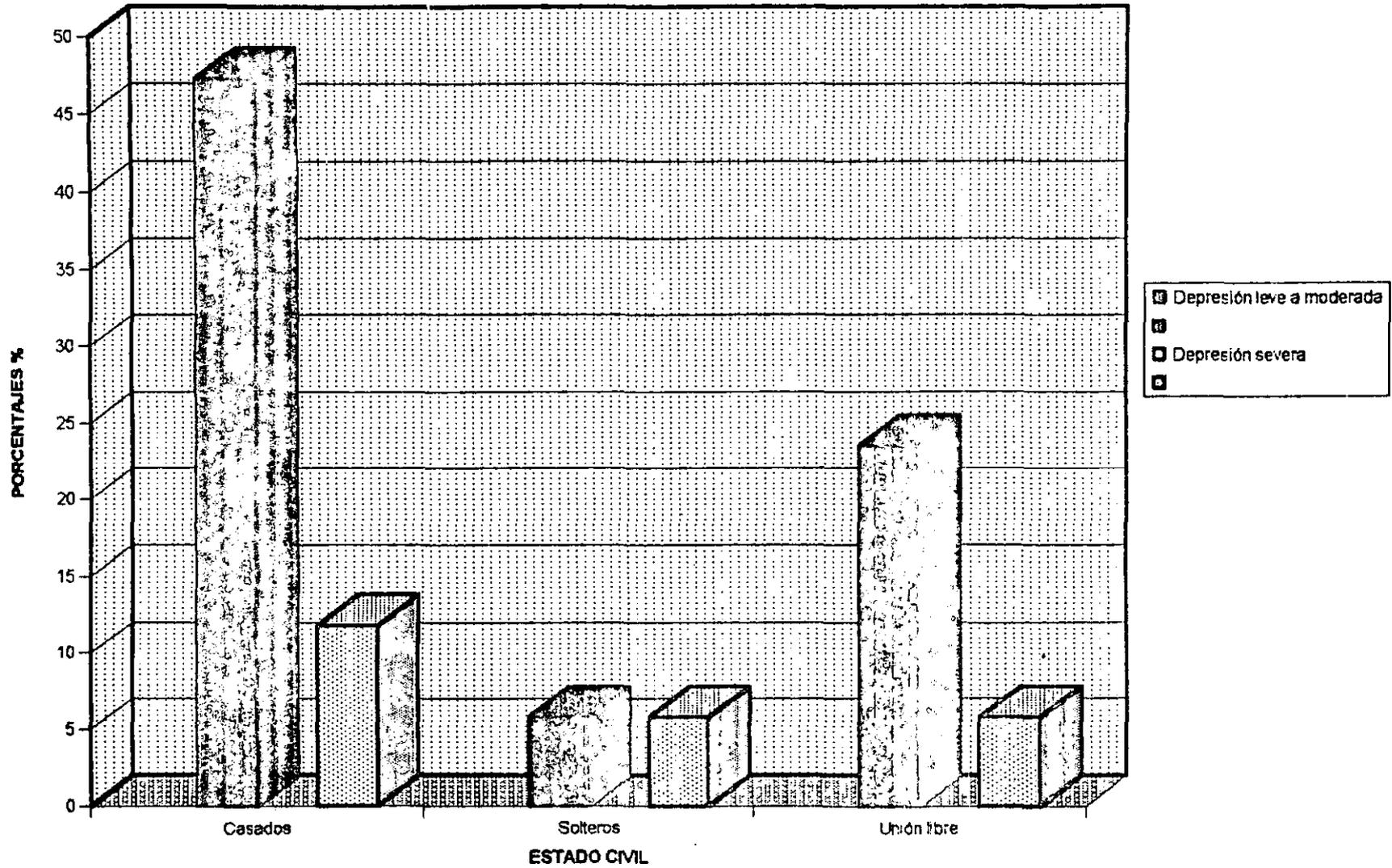
Porcentajes de depresión según el estado civil



PORCENTAJES DE DEPRIMIDOS SEGUN ESTADO CIVIL



Del total de deprimidos, porcentajes de depresión leve a moderada y depresión severa según estado civil



G) DISCUSION

En el análisis de los datos obtenidos podemos observar algunos datos significativos, como sería primero, el porcentaje de padres deprimidos que es del 36.9%, siendo éste un porcentaje más alto que lo reportado en la literatura, ya que dentro de ésta el porcentaje más alto de padres deprimidos con niños enfermos mentalmente es del 30% según el estudio de Carpiniello y cols contando todas las demás investigaciones con porcentajes mucho más bajos.

En cuanto al sexo, vemos que dentro del grupo de deprimidos, el porcentaje es mucho más alto en mujeres que en hombres, 76.5% vs 23.5%: que aunque según la literatura en todos los estudios de depresión hay un mayor porcentaje de mujeres que de hombres, en nuestro estudio la diferencia es sumamente significativa de casi 3 a 1.

Comentando acerca de las edades, nos llama la atención es que dentro del grupo de edad de 26 a 30 años, no hay ningún padre deprimido; que el grupo de edad con un porcentaje más alto de deprimidos es el de 20 a 25 años con 15.3%, teniendo éste grupo de edad también el porcentaje más alto de depresión leve a moderada, que es del 13%.

Por último valorando el estado civil, vemos que los casados tienen el porcentaje más alto de depresión, siendo el 21.7% comparado con los tres grupos, aunque valorando los grupos de edad por separado, vemos que el porcentaje de deprimidos es más alto en los de unión libre que es del 100%, ya que los únicos dos padres solteros del estudio están deprimidos.

H) CONCLUSION

Como se menciona al inicio de este estudio nos proponíamos conocer la prevalencia del síndrome depresivo en los padres de niños autistas; y obtuvimos como ya se comentó un porcentaje de 36.9% de padres deprimidos, de los cuales el 76.5% son las madres; esto resulta ser de gran relevancia, ya que son los padres y esencialmente las madres quienes participan la gran mayoría del tiempo en la terapia ambiental del niño autista, y como sabemos la apatía y anhedonia del paciente deprimido impide realizar éste tipo de actividades. Esto es aplicable no sólo en padres de niños autistas, sino que también nos da una idea del porcentaje de padres deprimidos de niños con cualquier otra enfermedad limitante, mental o física, cuya función en el desarrollo posterior del niño es sumamente importante

Queda entonces muy claro además que el stress de tener un hijo enfermo mentalmente es un factor que conduce a la depresión de los padres; y que esta depresión debe de ser tratada en beneficio de los hijos enfermos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Angst J., Merikangas K., The depressive spectrum: diagnostic classification and course, *Journal of affective disorders*. 45: 31 - 40 (1997).
- 2.- Avant R., Diagnosis and treatment of depression, *Psychopathology*. 20: 13 - 19 (1987)
- 3.- Bebbington P., Social Epidemiology of depression and the neuroses, *Current opinion in psychiatry*. 2: 204 - 207 (1989).
- 4.- 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): 139 - 145 (1993).
- 5.- Bland R.C., Epidemiology of affective disorders: a review, *Canadian journal of psychiatry*. 42: 367 - 377 (1997).
- 6.- Bormann-Kischkel C., Vilsmeier M., Baude B., The development of emotional concepts in autism, *Journal of child psychology and psychiatry*. 36(7): 1243 - 1259 (1995).
- 7.- Caraveo J.J., Epidemiología de los trastornos depresivos, *Psiquiatria*. 13: 2- 5 (1997).
- 8.- Carpiniello B., Piras A., Pariente C.M., Carta M., Rudas N., Psychiatric morbidity and family burden among parents of disabled children, *Psychiatric services*. 46(9): 940 - 942 (1995).
- 9.- Dahlquist L.M., Czyzewski D.I., Jones C.L., Parents of children with cancer: a longitudinal study of emotional distress, coping style, and marital adjustment two and twenty months after diagnosis, *Journal of pediatric psychology*. 21(4): 541 - 554 (1996).
- 10.- Drevets W.C., Raichle M.E., Neuroanatomical circuits in depression: implications for treatments mechanisms, *Psychopharmacology bulletin*. 28: 261 - 274 (1992).

- 11.- Faecett J., Overview of mood disorders: diagnosis, classification, and management, *Clinical chemistry*. 40 (2): 273 - 278 (1994).
- 12.- Flett G.L., Vredenburg K., Krames L., The continuity of depression in clinical and nonclinical samples, *Psychological bulletin*. 121(3): 395 - 416 (1997)
- 13.- Gotlib I.A., Lewinson P.M., Seeley J.R., Symptoms versus a diagnosis of depression: differences in psychosocial functioning, *Journal of consulting and clinical psychology*. 63(1):90 - 100 (1995).
- 14.- Greenberg M.S., Stiglin L.E., Finkelstein S.N., Bernolt E.R., Depression: a neglected major illness, *Journal of clinical psychiatry*. 54(11): 419 - 424 (1993).
- 15.- Grootenhuis M.A., Last B.F., Predictors of parental emotional adjustment to childhood cancer, *Psycho-oncology*. 6(2): 115 - 128 (1997).
- 16.- Hoff R.A., Livingston B.A., Kasl S.V., Jacobs S.B., Subjective ratings of emotional health a risk factor for major depression in a community sample, *British journal of psychiatry*. 1780: 167 - 172 (1997).
- 17.- Jurado S., Villegas M.E., Méndez I., Rodríguez F., Loperena V., Varela R., La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México, *Salud mental*. 21(3): 26 - 31 (1998).
- 18.- Kanowsky S., Age-dependent epidemiology of depression, *Gerontology*. 40(1): 1 - 4 (1994).
- 19.- Katon W., Schulberg H., Epidemiology of depression in primary care, *General hospital psychiatry*. 14: 237 - 247 (1992).
- 20.- Klinkman M.S., Competing demands in psychological care. A model for the identification and treatment of depressive disorders in primary care, *General hospital psychiatry*. 19: 98 - 111 (1997).
- 21.- Meagher D., Murray D., Depression, *The lancet*. 349(11): 17 - 19 (1997).

- 22.- Miller F.E., Grief therapy for relatives of persons with serious mental illness, *Psychiatric services*. 47(6): 633 - 637 (1996).
- 23.- Owens D., Epidemiology of depression, *Current opinion in psychiatry*. 4: 205 - 209 (1991).
- 24.- Post R.M., Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder, *American journal of psychiatry*. 164: 549 - 550 (1994).
- 25.- Praag H.M., Diagnosis, the rate-limiting factor of biological depression research, *Neuropsychobiology*. 28: 197 - 210 (1993).
- 26.- Reiger D.A., Goldberg I.D., Taube C.A., The de facto U.S. mental health services systems, *Archives of general psychiatry*. 35: 685 - 693 (1998)
- 27.-Richter P., Werner J., Heerlein A., Kraus A., Sauer H., On the validity of the Beck depression inventory, *Psychopatology*. 31: 160 - 168 (1998).
- 28.- Robinson B.E., Kelley L., Concurrent validity of the Beck depression inventory as a measure of depression, *Psychological reports*. 79: 926 - 930 (1996).
- 29.- Sawyer M.G., Streiner D.L., Antoniou G., Toogood Y., Rice M., Influence of parental and family adjustment on the later psychological adjustment of children treated for cancer, *Journal of american academy of child and adolescent psychiatry*. 37(8): 815 - 822 (1998).
- 30.- Schotte C.K.W., Maes M., Cluydts R., De Doncker D., Cosyns P., Construct validity of the Beck depression inventory in a depressive population, *Journal of affective disorders*. 46: 115 - 125 (1997).
- 31.- Torres C.M., Hernández M.E., Ortega S.H.A., Validez y reproductibilidad del inventario para depresión de Beck en un hospital de cardiología, *Salud mental*. 14(2): 4 - 6 (1991).
- 32.- Vazquez J.L., Foullioux C., Estrada J., Díaz A., Díaz R., Cano J., Campillo C., Guía práctica, Manejo del espectro depresión-ansiedad. Consenso 1998.