

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA, PSIQUIATRÍA Y  
SALUD MENTAL

FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL Y GÉNERO EN PACIENTES  
CON EPISODIO DEPRESIVO GRAVE

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA

ALUMNO. ANGÉLICA ARACELI AQUINO SOSA

TUTOR TEÓRICO

TUTOR METODOLÓGICO

DRA. CARMEN ROJAS CASAS

DR. FRANCISCO F. SALAZAR LÓPEZ



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.

## ÍNDICE

|                          |    |
|--------------------------|----|
| INTRODUCCIÓN             | 2  |
| MARCO TEÓRICO            | 4  |
| CUADRO CLÍNICO           |    |
| EPIDEMIOLOGÍA            |    |
| DIAGNÓSTICO              |    |
| DEPRESIÓN MAYOR Y GÉNERO |    |
| JUSTIFICACIÓN            | 13 |
| MÉTODO                   | 14 |
| HIPÓTESIS                | 15 |
| ANÁLISIS ESTADÍSTICO     | 16 |
| ÉTICA MÉDICA             | 16 |
| RESULTADOS               | 17 |
| DISCUSIÓN                | 20 |
| CONCLUSIONES             | 21 |
| BIBLIOGRAFÍA             | 22 |

## **1. INTRODUCCIÓN:**

Un aspecto que día a día cobra mayor trascendencia en el campo de la salud mental es el que se refiere a la importancia e influencia de los factores sociales y culturales en las enfermedades y padecimientos que antes eran considerados desde el punto de vista orgánico y psicológico. La influencia de estos factores sociales y culturales ha motivado a médicos, psiquiatras y psicólogos a desarrollar técnicas e instrumentos para evaluar aspectos como el Funcionamiento Social (FS) de los individuos, mismo que se aplica a aquellos considerados como desviados socialmente (1).

El FS está basado en la teoría de roles, la cual gira alrededor del desempeño de roles de las personas en situaciones sociales específicas, así como de los antecedentes y condiciones que confluyen y determinan las variaciones de desempeño de cada individuo. (2,3)

La conducta humana depende de nuestras relaciones con otros y está condicionada a la influencia que la sociedad ejerce sobre nosotros. El relacionarse e identificarse social o culturalmente es algo imprescindible para el ser humano, lo mismo que obtener su propia identidad y realización personal. Dentro del sistema social se puede observar que algunos individuos no pueden funcionar igual que otros bajo las mismas circunstancias, esto implica la existencia de impedimento físico, psicológico o cultural que puede incapacitar a la persona para funcionar socialmente. El comportamiento social del individuo se traduce en la evaluación de su FS, el cual puede manifestarse en términos de ajuste-desajuste, capacidad-incapacidad, adaptación-desadaptación, normalidad-anormalidad, salud-enfermedad, etcétera (2,3).

El común denominador de estos acontecimientos consiste en que son indicadores de cambios necesarios y significativos en el patrón de vida del individuo y que están asociados con algún tipo de conducta adaptativa o de ajuste (2,3).

Al estudiar al individuo y a su medio podemos decir que para medir su FS se debe considerar tanto a la persona como a la situación. La evaluación de la persona se refiere al examen de sus problemas psicológicos y sociales, mientras que la evaluación de la situación se refiere al examen del entorno específico donde se desenvuelve (3).

Si entendemos al ser humano como un ente biopsicosocial en donde su adecuado funcionamiento depende del equilibrio existente entre las esfera biológica, psicológica y social, surge la inquietud de conocer cual es la influencia entre las áreas del funcionamiento cuando una de ellas se encuentra permanente disfuncional.

La preocupación creciente que la comunidad médica mundial tiene con relación a la depresión se encuentra más que justificada. Los datos epidemiológicos recientes la ubican como un padecimiento de proporciones epidémicas y lejos de ir disminuyendo, se coloca como uno de los principales problemas de salud mental mundial. La Organización Mundial de la Salud (2001), estima que actualmente mas de 121 millones de personas sufren de depresión (4).

Podemos decir con seguridad que *los costos económicos de la depresión en términos de ausentismo y baja productividad laboral se calculan en cifras millonarias, pero el costo que en términos de sufrimiento personal y familiar es incalculable* (5,6).

Los Trastornos del Estado de Ánimo (TEA) suelen tener un curso crónico y los pacientes suelen presentar recaídas. Aunque los TEA se consideran a menudo benignos en comparación con la esquizofrenia, producen *una interferencia importante en la vida del sujeto*. Por otra parte, el estrés psicosocial puede desempeñar un papel causal importante en los TEA y aunque se resuelva el primer episodio, un cambio a largo plazo en la biología del cerebro coloca al paciente en una situación de alto riesgo para episodios posteriores. En ello radica la importancia de su medición para conocer el impacto que el FS tiene sobre la vida de los individuos.( 7,8,9 )

## 2. MARCO TEÓRICO

Wells y cols. (1997), han publicado que

*“la depresión produce un marcado deterioro de la actividad física, de la actividad social y de la percepción que tienen las personas de su salud y que el (episodio depresivo mayor) EDM se asocia con un intenso sufrimiento corporal y lleva a que los pacientes pasen mas días en cama, en comparación con otros que sufren de hipertensión, diabetes, artritis y enfermedad pulmonar crónica”.*(10) .

En el mismo sentido, Olfson (1998) encontró que las personas con sintomatología depresiva presentan 7.7 veces mas deterioro del FS (familiar, laboral, sexual, etc.) que los pacientes sin síntomas depresivos (11). Por su parte, Weissman et al (1974), reportaron que las mujeres trabajadoras con EDM tenían menor rendimiento en casi todas las áreas del FS (12). En otros estudios se mostró que, en comparación con sujetos de la comunidad sin historia de EDM o trastorno de angustia, los sujetos con historias de EDM tuvieron déficit significativos en el FS, menos actividades recreativas y mayor dependencia económica. (1,13).

También los problemas de salud pueden ser evaluados de acuerdo con la tasa de incapacidad social. Entre 27 y 35% de los pacientes con EDM presentan incapacidad social grave, lo que quiere decir que una gran proporción de estos sujetos no esta en posibilidad de llevar una vida adecuada en las esferas familiar, social y laboral. Así, las más serias complicaciones del EDM son el suicidio y otros actos violentos, pero también son frecuentes dificultades maritales, parentales, sociales y vocacionales. (14)

La enfermedad, si se manifiesta de manera recurrente o crónica, puede causar molestias a otros individuos cercanos al paciente, por ejemplo, los hijos o los cónyuges. Por ejemplo, si el paciente es un padre de familia, el trastorno puede afectar sus habilidades para desarrollar su rol parental. Esto es, el EDM también esta asociado con disfunción ocupacional, incluyendo desempleo, ausentismo y disminución de la productividad en el trabajo (14)

Estudios recientes reportan que la depresión ocupa el 4to lugar entre las enfermedades más discapacitantes y para el año 2020 será la segunda causa de morbilidad (15,16,17,18,19,20 y 21).

En el estudio de Mueyer et al (1999), se encontró que los pacientes con EDM tenían menos posibilidades de tener trabajo, menores ingresos, menos posibilidades de casarse, malas relaciones conyugales (cuando estaban casados) y se sentían menos satisfechos sexualmente, en comparación con los sujetos control (22).

Los pacientes que han sido hospitalizados por primera vez a causa de un EDM tienen un 50% de posibilidades de recuperarse durante el primer año. El porcentaje de individuos que se recuperan tras la hospitalización disminuye con el paso del tiempo y a los 5 años de esta hospitalización un 10% a 15% de los pacientes no se han recuperado. Muchos de los pacientes que no se recuperan realmente presentan un trastorno distímico. (23).

La recurrencia del EDM es frecuente, aproximadamente un 25% de los pacientes experimentan una recurrencia en los primeros 6 meses siguientes al alta hospitalaria, de un 30% a un 50% en los primeros dos años y entre un 50 a un 75% antes de cinco años. La incidencia de recaídas es menor en los pacientes que siguen un tratamiento farmacológico con fines profilácticos y en aquellos que sólo han presentado uno o dos episodios depresivos (ED). En general a medida que el paciente sufre más ED, el tiempo entre estos se reduce y la gravedad se incrementa (23).

Dado que los trastornos del estado de ánimo (TEA), se manifiestan en todos los aspectos de la conducta y los episodios a menudo duran años. Hay consenso en que estos TEA tienen consecuencias adversas severas a largo plazo. Además la alta prevalencia con que se presentan, y el grado de deterioro que ocasionan en los individuos, hace que tengan una gran importancia para la salud pública (24).

Tomando en cuenta que la enfermedad ocurre en un contexto social, es importante considerar que los factores familiares, sociales y ocupacionales de la vida del paciente puedan influir en su FS, así como en el curso y tratamiento de la enfermedad. Por esta razón, se ha dejado de considerar únicamente el aspecto clínico y la sintomatología del paciente, para incluir otros aspectos psicosociales como también relevantes (25).

## 2.1 CUADRO CLÍNICO

El humor deprimido, la pérdida de interés y de la capacidad para el placer son los síntomas clave de la depresión, el 97% de los pacientes deprimidos se quejan de la pérdida de la energía, encuentran difícil finalizar algunas tareas, empeoran su rendimiento escolar y laboral, y disminuye su motivación para emprender nuevos proyectos, así como sentimiento de culpa, vergüenza y baja autoestima (14, 26). Los trastornos del sueño, son sumamente clásicos y comunes en la depresión, un 80% de pacientes presentan dificultades para dormir, en especial despertar precoz y múltiples despertares durante la noche, durante los cuales rumian sus problemas. Los cambios que se experimentan en el sueño pueden agravar problemas médicos ya existentes como la diabetes, la hipertensión, las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas y las enfermedades cardiovasculares. Otros síntomas vegetativos son irregularidades en la menstruación y la pérdida de interés por las relaciones sexuales. En muchos pacientes existe una disminución del apetito y pérdida de peso, pero en otros aumenta el apetito, ganan peso (14, 27).

Dos tercios de los pacientes se plantean el suicidio y entre un 10 y 15% llegan a cometerlo. Sin embargo, algunas veces los pacientes parecen no ser conscientes de su depresión y no se quejan de su estado de ánimo, aunque se aíslan claramente de la familia y amigos y abandonen actividades con las que antes disfrutaban. Los pacientes con trastornos depresivos presentan mayor riesgo de suicidio en cuanto empiezan a experimentar alguna mejoría que les permita recuperar las energías necesarias para planear y llevar a cabo el suicidio (suicidio paradójico) (14,27).

La ansiedad es, un síntoma común en la depresión y afecta a un 90% de todos los pacientes deprimidos. La ansiedad, el abuso de alcohol y las quejas somáticas (estreñimiento o cefaleas) complican a menudo el tratamiento de la depresión. Aproximadamente un 50% de los pacientes sufren variaciones diurnas de sus síntomas, que tienen mayor gravedad por las mañanas y se reducen a medida que transcurre el día. Entre los síntomas cognoscitivos destacan la sensación subjetiva de dificultad para la concentración (84%) y alteraciones en los procesos de pensamiento (67%). Pueden estar acompañados o no por síntomas psicóticos, con ideas delirantes y alucinaciones. Los pacientes que muestran síntomas psicóticos pueden, de forma ocasional, pensar en matar a alguna persona inmersa en su sistema delirante, pero los pacientes con una depresión muy grave no suelen tener *energía ni motivación* para actuar de modo violento o impulsivo. (14, 26, 27).

## 2.2 EPIDEMIOLOGÍA

Dentro de los estimados se calcula que una de cada siete personas en el mundo padecerá depresión en algún momento de su vida. El riesgo a lo largo de la misma es de aproximadamente 17%. Se calcula que aproximadamente un 15% de los enfermos depresivos son hospitalizados por esta causa y cuando menos la mitad de las personas que presentan conductas suicidas tienen sintomatología depresiva (28).

El EDM es un trastorno frecuente, con una prevalencia vida estimada del 15%. El número de mujeres que la padece duplica al de los hombres y puede alcanzar el 25% (29). La incidencia de este trastorno es también más alta de lo normal en pacientes de asistencia primaria, donde se aproxima al 10% y en pacientes hospitalizados, entre los cuales puede alcanzar el 15%. El EDM es un trastorno frecuente que conlleva serias consecuencias personales, interpersonales y sociales, afecta alrededor del 15% de la población general, correspondiendo aproximadamente al 10% de las consultas de atención primaria, por lo que se entiende que tiene un alto índice de frecuencia en la consulta diaria (30).

Se considera actualmente que de cada 10 pacientes que llegan al consultorio del médico general, uno la padece. Más de la mitad de los pacientes con EDM no reciben un tratamiento específico, los síntomas de este trastorno a menudo se confunden con reacciones debidas a situaciones de estrés, falta de voluntad o simplemente un intento conciente de conseguir algún beneficio (28).

En 1997, algunas estimaciones, más bien conservadoras, señalaban que más de 150 millones en el mundo presentaban una depresión que requería de tratamiento específico. Sólo en México se calculaba que más de 4 millones de habitantes sufrían de depresión (31).

Para comprender la magnitud de este problema en el ámbito mundial es útil considerar las tasas de depresión en hospitales generales, población estudiantil y población general. En los hospitales generales, la prevalencia de depresión es alta, en el primer nivel de atención médica la frecuencia total de trastornos emocionales es de 51% en centros de salud, 43% en unidades de medicina familiar, lo cual indica que, en promedio 47 de cada 100 pacientes con problemas médicos que acuden a un primer nivel de atención presentan trastornos afectivos como cuadro acompañante o principal (31).

Entre la población general, las cifras que arrojan estudios de comunidad son reveladores, tan solo en una submuestra de la Encuesta Nacional de Adicciones de la Secretaría de Salud (1996), se reportó que el 34% de la población estudiada presentaba uno o más síntomas de depresión, además un 17% de mujeres y un 8.5% de hombres presentó sintomatología depresiva de moderada a grave. Asimismo, la ideación suicida, se reporto con una prevalencia del 10 al 14%. (32)

A nivel internacional se tienen datos muy variados dependiendo de los instrumentos y los criterios diagnósticos utilizados para la detección de la depresión entre la población general. En Estados Unidos, algunos estudios indican que el 48% de la población ha presentado como mínimo un episodio afectivo a lo largo de la vida. En este mismo país se ha reportado una

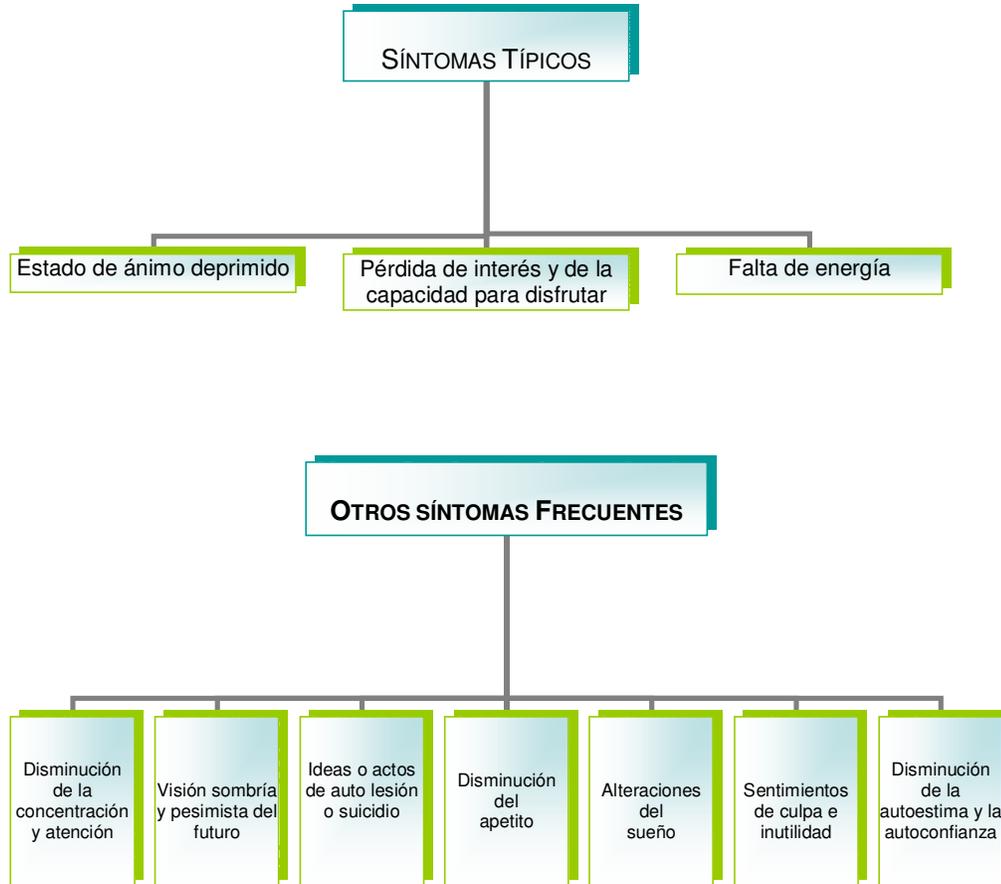
prevalencia de EDM entre 3.6 y 5.5 % en varones y 6.0 y 11.8% en mujeres (28).

En lo que respecta a los sujetos con TEA, en comorbilidad con otras alteraciones, ellos presentan un mayor número de síntomas que tardan más en desaparecer, mayor grado de severidad, mayor riesgo de suicidio y buscan tratamiento con más frecuencia. Las encuestas realizadas en la población general en el Reino Unido revelan una actitud pública negativa hacia la depresión. En la encuesta pública de la United Kingdom Defeat Depresión Campaign realizada en 1991, sólo el 10% de los encuestados pensaba que la depresión se debería tratar con antidepresivos, mientras que el 90% opinaba que se debería utilizar *counseling* (orientación personal) (33).

## 2.3 DIAGNÓSTICO DEL EDM

### DIAGRAMA DE FLUJO.

#### RESUMEN DEL DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN MEDIANTE CRITERIOS DE LA CIE-101



Clasificar la gravedad en función de la carga sintomatológica y el deterioro asociado. El diagnóstico normalmente requiere una duración mínima de 2 semanas.

---

<sup>1</sup> Basado en la clasificación de Trastornos mentales y de comportamiento de la Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10

## 2.4 DEPRESIÓN MAYOR Y GÉNERO.

La depresión se ha mencionado ya, es más común en mujeres que en hombres. Al revisar la literatura, esta diferencia por sexo es uno de los datos más sólidos de la epidemiología psiquiátrica independiente del lugar, método de evaluación y sistema de diagnóstico. A pesar de lo cual se denota una ausencia de explicaciones satisfactorias sobre la causa de esas diferencias (23,34).

Por un lado, las hormonas femeninas estrógenos y la progesterona han recibido particular atención en los últimos años. La capacidad de alterar neurotransmisores como la dopamina de estas hormonas, así como sus efectos y modulación en los sistemas de serotonina y GABA tienen un papel importante en la fisiopatología de los trastornos psiquiátricos en mujeres. Cabe señalar, que un alto porcentaje de las mujeres que sufren depresión cuentan con antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos (12, 14, 35,36)

Por otro lado, en las últimas décadas ha habido un mayor reconocimiento de las implicaciones que tiene la desigualdad de género en la salud y el señalamiento de que afecta diferencialmente a las mujeres en virtud de inequidad social (19). Especialmente en sus roles familiares, circunstancias y condiciones que la sociedad acepta como normal u ordinarias a menudo posibilitan los problemas de salud mental en las mujeres. Factores socioculturales como son la discriminación sexual, las limitaciones académicas y ocupacionales, la baja autoestima, la violencia y el abuso son elementos asociados a la depresión en esta población. (4, 37,38,39,40,41,42,43)

### **3.JUSTIFICACIÓN.**

Debido a la gran magnitud que representa la EDM, tanto en el ámbito mundial como en el nacional, es importante abordar estudios al respecto, y dado que la evidencia sugiere que hay una relación predictiva entre el curso de la EDM y el grado de daño psicosocial, es importante evaluar el FS del paciente con EDM en forma temprana para incidir sobre la calidad de vida del paciente, además los hallazgos reportados también sugieren tomar en cuenta las diferencias por género en cuanto al funcionamiento psicosocial. Se podrá incidir directamente sobre las esferas específicas para cada paciente que estén especialmente disfuncionales. El hacer una evaluación oportuna y pertinente a cada paciente con disfuncionalidad puede coadyuvar a evitar el alargamiento del internamiento, la merma de la funcionalidad y la repercusión económica que no sólo se limitan al paciente y su familia, sino también a las instituciones y en general a la sociedad.

Se espera que se emplee con mayor regularidad la escala de funcionamiento psicosocial, idealmente como una evaluación clínica que sería beneficiosa en cuestión de intervención temprana para mejorar calidad de vida, además como una evaluación de la respuesta al tratamiento, ya que el mejoramiento del funcionamiento social ha sido aceptado como un importante principio terapéutico en el tratamiento de la depresión como lo reporta Healy and Mc Monagle (44).

Por otra parte, la evaluación periódica del FS puede auxiliar en la prevención de las recurrencias (1). Si se detectan diferencias en la disfunción debido al género, se podrá ajustar la terapéutica según sea necesario.

## **4. MÉTODO**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL.**

El propósito principal del presente estudio fue evaluar y describir si existen diferencias en la alteración del Funcionamiento Social en pacientes con EDM de consulta externa del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" (HPFBA) atribuidas al género.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

Establecer qué esferas del funcionamiento social son más afectadas en las pacientes femeninas y cual en los pacientes masculinos

## **5. HIPÓTESIS.**

### **HIPÓTESIS DE TRABAJO**

La aplicación del instrumento; Escala de Funcionamiento Psicosocial, semiestructurada (EFPS), demostrará la presencia de mayor alteración del funcionamiento social (FS), en pacientes femeninas que en los pacientes masculinos con Episodio Depresivo Mayor (EDM) de la consulta externa del HPFBA.

### **- HIPÓTESIS NULA.**

La aplicación del instrumento Escala de Funcionamiento Psicosocial, semiestructurada (EFPS), no demostrará diferencias en las alteraciones del funcionamiento social entre pacientes femeninos y masculinos con Episodio Depresivo Mayor (EDM) de la consulta externa del HPFBA

## **6. DISEÑO Y DURACIÓN**

### **a. PARTICIPANTES**

Se captó a los pacientes con diagnóstico de EDM que acudían al servicio de consulta externa del HPFBA y que cumplieron los criterios de inclusión del estudio, aplicando la EFPS a cada uno de ellos en una consulta subsecuente.

#### **a. Criterios de inclusión.**

- I. Pacientes atendidos en el servicio de consulta externa del HPFBA con diagnóstico de EDM, que no presenten síntomas psicóticos ni ideación suicida al momento de la entrevista
- II. Hombres y mujeres
- III. Edad comprendida entre 18 y 54 años (rango de edad de los pacientes atendidos en consulta externa del HPFBA)
- IV. Podrían estar recibiendo algún tipo de aproximación médica (psicofármacos, psicoterapia u otros)
- V. No habrán estado hospitalizados en los 6 meses anteriores a la entrevista
- VI. Podrán presentar comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos
- VII. Consentimiento informado del paciente

#### **b. Criterios de exclusión.**

- I. Pacientes menores de 18 años y mayores de 54 años
- II. Pacientes sin diagnóstico de EDM
- III. Pacientes con síntomas psicóticos o ideación suicida
- IV. Pacientes con hospitalización previa en los últimos 6 meses
- V. Pacientes sin consentimiento informado

El estudio tuvo una duración de 7 meses, inició el día primero del mes de marzo de 2005 y se finalizó en el último día del mes de septiembre de 2005.

#### **c. Cálculo y tamaño de la muestra**

La Escala de Funcionamiento Psicosocial (EFPS), fue aplicada al total de la población que acudió a consultas subsecuentes del servicio de consulta externa del HPFBA, y quienes cumpliendo con los criterios de inclusión

asistieron durante el periodo de marzo de 2005 a septiembre del mismo año, en total 35 pacientes entre los 18 y los 55 años.

#### **d. Variables a medir**

La escala de funcionamiento psicosocial está compuesta de 5 áreas: área ocupacional, social, económica, sexual y familiar, con un total de 35 reactivos y un sistema de evaluación a través del cual el sujeto reporta el grado de satisfacción – insatisfacción respecto a su funcionamiento psicosocial (3).

Una vez que los pacientes en consulta externa eran identificados, se les invitaba a participar en el estudio y se les daba cita para consultas subsecuentes, en una de las cuales se les aplicaba la escala de EFPS. A los pacientes se les explicaba brevemente el objetivo de la investigación e importancia de su participación y la pertinencia de que les fuera aplicado el instrumento para con ello conseguir la autorización o consentimiento informado. Una vez establecido este último se le proporcionaba a cada paciente el formato de respuestas con lápices y bajo la supervisión de un médico se procedía a la resolución de la escala.

### **7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Estadística descriptiva fue usada para resumir el promedio, las frecuencias de las variables clínicas y demográficas. Para investigar si existía diferencias en el FS debidas al género se aplicó la prueba “t” de student (44).

### **8. ÉTICA MÉDICA**

Este estudio fue aprobado por el comité de ética del HPFBA. Se solicitó consentimiento informado al paciente para la aplicación del cuestionario, quedando bajo poder del investigador principal. Utilizando un lenguaje entendible, se explicó detalladamente respecto al estudio a realizar.

#### **- Recursos disponibles.**

Unidad de consulta externa del HPFBA

Cuestionarios de la EFPS

- **Recursos a solicitar por partida**

Ninguno

## 9. RESULTADOS

Treinta y cinco pacientes llenaron nuestros criterios de inclusión y se les aplicó la encuesta de Escala de Funcionamiento Psicosocial. Las características sociodemográficas de los pacientes son resumidas en la tabla uno.

TABLA 1: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS 35 PACIENTES PARTICIPANTES.

| CARACTERÍSTICA                               | No | %     |
|--|----|-------|
| <b>GENERO</b>                                |    |       |
| MUJERES                                      | 19 | 46    |
| HOMBRES                                      | 16 | 54    |
| <b>RESIDENCIA</b>                            |    |       |
| DF   | 28 |       |
| PROVINCIA                                    | 7  |       |
| <b>ESTADO CIVIL</b>                          |    |       |
| SOLTERO                                      | 7  | 20    |
| CASADO                                       | 17 | 48.57 |
| VIUDO  | 1  | 2.86  |
| SEPARADO                                     | 2  | 5.71  |
| DIVORCIADO                                   | 2  | 5.71  |
| UNION LIBRE                                  | 0  | 0.00  |
| MADRE SOLTERA                                | 1  | 2.86  |
| OTRA   | 5  | 14.29 |
| <b>OCUPACIÓN</b>                             |    |       |
| TRABAJA                                      | 19 | 54.29 |
| TRABAJA Y ESTUDIA                            | 1  | 2.86  |
| AMA DE CASA                                  | 11 | 31.43 |
| ESTUDIA                                      | 4  | 11.43 |
| NO TRABAJA                                   | 0  | 0.00  |
| OTRO   | 0  | 0.00  |
| <b>ESCOLARIDAD</b>                           |    |       |
| SIN EDUCACIÓN FORMAL                         | 0  | 0.00  |
| PRIMARIA TRUNCA                              | 1  | 2.86  |
| PRIMARIA COMPLETA                            | 1  | 2.86  |
| SECUNDARIA TRUNCA                            | 1  | 2.86  |
| SECUNDARIA COMPLETA                          | 7  | 20.00 |
| ESTUDIOS TECNICOS                            | 5  | 14.29 |
| BACHILLERATO O NORMAL                        | 12 | 34.29 |
| UNIVERSIDAD                                  | 7  | 20.00 |
| OTRO   | 1  | 2.86  |
| <b>VIVIENDA</b>                              |    |       |
| CASA   | 23 | 65.71 |
| DEPARTAMENTO                                 | 10 | 28.57 |
| CUARTO                                       | 2  | 5.71  |
| <b>SERVICIOS URBANOS</b>                     |    |       |
| TODOS LOS SERVICIOS                          | 32 | 91.43 |
| NO TODOS LOS SERVICIOS                       | 3  | 8.57  |
| <b>EDAD</b>                                  |    |       |
| 35/10/18/55 *                                |    |       |
| <b>NUMERO DE PERSONAS CON QUIEN CONVIVEN</b> |    |       |
| 4/1.5/1/8 *                                  |    |       |

NOTA: LOS PORCENTAJES NO SIEMPRE DAN EL 100 POR EL REDONDEO  
\* MEDIA/DE/MIN/MAX

Como se observa en la tabla, la muestra se conformó de 16 (46%) pacientes del género masculinos y 19 (54%) pacientes femeninos. El rango de edad de los pacientes encuestados fue de 18 a 55 años, siendo el promedio de 35 años

con una desviación estándar (SD) de 10 años. En cuanto al Estado civil de los pacientes la mayoría de ellos estaban casados. Referente a la ocupación, es de hacer notar que, los pacientes en el momento de la encuesta tenían ocupación. Con respecto a la escolaridad, la mayoría de los pacientes 66% tienen estudios de media superior y superior, lo que facilita la aplicación de las encuestas. En relación al tipo de vivienda, el 65% de los pacientes encuestados habitaba casa, 29% Departamento y el 6% en cuarto. El 91% de los pacientes contaba con todos los servicios urbanos en su habitación. El número de personas que vivía con los pacientes en el momento de la encuesta en promedio son 4, con DS de 1.5, cabe mencionar que ningún paciente vivía solo.

Respecto a los indicadores de Satisfacción y funcionamiento psicosocial de los pacientes estudiados se resumen los resultados en la tabla dos.

TABLA 2.

**PUNTAJES OBTENIDOS EN LOS INSTRUMENTOS APLICADOS  
A LOS PACIENTES ESTUDIADOS (n=35)**

| N<br>INDICADOR                 | HOMBRES<br>16 |       | MUJERES<br>19 |       |
|--------------------------------|---------------|-------|---------------|-------|
|                                | PROMEDIO      | DS    | PROMEDIO      | DS    |
| SATISFACCIÓN DE LA VIVIENDA    | 63.75         | 23.35 | 55.79         | 18.35 |
| SATISFACCIÓN DE LA COLONIA     | 70            | 16.33 | 55.79         | 19.53 |
| SATISFACCIÓN DE LOS SERVICIOS  | 76.25         | 13.1  | 58.95         | 21.58 |
| SATISFACCIÓN DE LAS COND. COL. | 48.75         | 20.62 | 57.89         | 33.92 |
| ÁREA OCUPACIONAL               | 50.71         | 23.18 | 15.34         | 24.97 |
| ÁREA SOCIAL                    | 51.21         | 16.25 | 42.56         | 14.99 |
| ÁREA ECONÓMICA                 | 49.46         | 18.83 | 41.95         | 17.82 |
| ÁREA SEXUAL                    | 32.32         | 17.88 | 30.68         | 23.29 |
| ÁREA FAMILIAR                  | 65.71         | 17.33 | 52.63         | 16.03 |
| FUNCIONAMIENTO SOCIAL          | 49.89         | 11.37 | 36.63         | 10.12 |

Se observó que en general los pacientes se manifiestan indiferentes o insatisfechos en cuanto a la vivienda, servicios de la vivienda y condiciones de su colonia, y lo mismo se observa en lo referente al funcionamiento social en todas sus áreas.

Para determinar si existe diferencia en el funcionamiento social de hombres y mujeres, se realizó una prueba “t” cuyo resultado se observa en la tabla tres.

TABLA 3

PUNTAJES OBTENIDOS EN LOS INSTRUMENTOS APLICADOS A LOS PACIENTES ESTUDIADOS (n=35)

| Índice clinimetrico<br>Indicador     | Media | ds    | min | max | "t" pareada<br>(gl 34) | p             |
|--------------------------------------|-------|-------|-----|-----|------------------------|---------------|
| Escala de Funcionamiento Psicosocial |       |       |     |     |                        |               |
| Satisfacción de la vivienda          | 59    | 20.85 | 20  | 100 | -1.8                   | 0.267         |
| Satisfacción de la colonia           | 62    | 19.26 | 20  | 100 | -8.8                   | 0.354         |
| Satisfacción de los servicios        | 66    | 19.96 | 20  | 100 | 2.15                   | <b>0.03</b>   |
| Satisfacción Cond de la Col          | 66    | 20.54 | 20  | 100 | 2.06                   | <b>0.04</b>   |
| Áreas                                |       |       |     |     |                        |               |
| Área Ocupacional                     | 31    | 29.77 | 0   | 80  | -2.94                  | <b>0.006</b>  |
| Área Social                          | 46    | 15.96 | 20  | 74  | 1.53                   | 0.109         |
| Área Económica                       | 45    | 18.4  | 20  | 82  | 1.05                   | 0.235         |
| Área Sexual                          | 31    | 20.7  | 0   | 91  | -3.72                  | <b>0.001</b>  |
| Área Familiar                        | 58    | 17.67 | 20  | 91  | 7.25                   | <b>0.027</b>  |
| Funcionamiento Social                | 42    | 12.49 | 18  | 65  | 0.634                  | <b>0.0009</b> |

Como se observa en la tabla, se encontró diferencia estadísticamente significativa ( $p > 0.5$ ) en el funcionamiento social, específicamente en los rubros satisfacción de los servicios, satisfacción en las condiciones de vivienda, en el área ocupacional, en el área sexual y en el área familiar

## 10. DISCUSIÓN

Encontramos que el 75% de los pacientes que intervinieron en este estudio se sienten insatisfechos en por lo menos una de las áreas evaluadas, lo que se traduce en disfuncionalidad del individuo como unidad. A pesar de que estos pacientes en el momento del estudio estaban tomando tratamiento, ellos se perciben con una calidad de vida disminuida y con ello con un mayor riesgo a las recaídas .

Por otra parte, si tomamos en cuenta lo reportado por Luty et al (2002), podemos deducir que los pacientes que intervinieron en este estudio, no están remitiendo satisfactoriamente sus síntomas, ya que según estos investigadores el funcionamiento social es el principal predictor de la severidad de los síntomas depresivos(46), lo cual es apoyado por Healy y Mc Monagle (1997) y por los estudios de Ranjith et al (2005) y Salomón et al 2004, quienes mencionan que el funcionamiento social debe ser una parte importante en la evaluación inicial y posteriormente en la evaluación terapéutica de la depresión (25,44,47).

Por otra parte, esta disfuncionalidad social provoca en los pacientes un déficit en la resolución de problemas, lo que en un círculo vicioso provocará mayor disfunción social (48,49).

Se encontró una diferencia estadísticamente significativa en cuanto al FS entre hombres y mujeres, observando una mayor afectación en las áreas sexual, ocupacional y familiar en las mujeres con respecto a los hombres, lo que coincide con lo encontrado por Mendez y Valencia (1989) y Valencia (50, 51). Por lo que la terapéutica en este género podría estar dirigida a satisfacer sus necesidades específicas como lo sugiere Russo (1990) (29)

## **11. CONCLUSIONES.**

Se debe considerar al FS como una parte importante tanto en la evaluación inicial como en las subsecuentes de los pacientes con EDM para poder tener una intervención temprana para mejorar la calidad de vida del paciente y para la prevención de recurrencias, lo que puede repercutir en evitar internamientos largos, pérdida de la funcionalidad y pérdidas económicas que no sólo limitarán al paciente y a su familia, sino a toda la sociedad.

Las esferas sexual, ocupacional y familiar, deberán ser exploradas con mayor acertividad en pacientes femeninos, para detectar alguna disfunción, y dar terapéuticas específicas para las mismas.

## **BIBLIOGRAFÍA.**

1. Rodriguez BF, Bruce SE, Pagano ME, Keller MB.: Relationships among psychosocial functioning, diagnostic, comorbidity, and recurrence of generalized anxiety disorder and major depression. *Anxiety Disorders* 2005; 19: 752 - 766
2. Valencia-Collazo M.: Criterios metodológicos para diseñar instrumentos de investigación. La escala de Funcionamiento Psicosocial. *La Psicología Social en México* 1986; 1: 534 - 540
3. Valencia M, Rojas E, Gonzalez C, Ramos L, Villatoro J.: Desarrollo de la escala de funcionamiento social y su aplicación en pacientes de un centro de salud. *Psiquiatría* 1989; 2: 80 – 95.
4. World Health Organization: *Women's Mental Health. Empirical evidence.* Geneva 2000.
5. Haddad P: Depresión: counting the cost *Psychiatric Bull* 1994; 18: 25-28
6. Gabbard G O. Clinical controversies in treating depression. *Psychiatric Annals*, 1998; 28 : 2 74-76.
7. Sherline YI. 3D MRI Studies of neuroanatomic changes in unipolar major depression: The role of stress and medical comorbidity. *Society of Biological Psychiatry* 2000; 48:791-800.
8. Elderkin-Thomson V, Kumar A, Bilker WB, Dulkin JJ, Mintz J, Moberg PJ, Mesholam RI, Bur RE. Neuropsychological deficits among patients with late – onset minor and major depression. *Archives of Clinical neuropsychology* 2003;18:529-549
9. Surguladze S, Brammer MJ, Reedwiel P, Biampietro V, Young AW, Travis MS, Williams SCR, Phillips ML. A differential Pattern of neural response toward sad versus happy facial expression in major depressive disorder. *Biological Psychiatry* 2005;57:2001-2009.
10. Wells H, Rich CL, Isacsson G, Suicide and antidepressants, *J Affect Disord* 1997; 45: 135-42
11. Olfson E, Fombonne AC, The epidemiology of depression and psychiatry disorders, *Epidemiol Psychiatric Soc* 1998; 7:161-6
12. Weissman M, Paykel V. : *The depressed woman: A study of social relationships.* Chicago, University of Chicago Press 1974
13. Leon A, Solomon D A, Mueller II Endicott T, Posternak M, Judd LL. The range of impaired functionin Tool (LIFERIFT): a brief measure of functional impairment. *Psychological Medicine* 1999; 29: 869-878
14. Kaplan HF, Sadock BJ: *Sinopsis de Psiquiatría* 8ª Ed. Panamericana, Madrid, 2001
15. Mc Guffin P, Katz R: The genetics of depression and maniac depressive disorder. *Br. J. Psychiatry* 1989; 155: 293-304.
16. Sharma R, Markar H R: Mortality rates and affective disorders. *J. Affect Disord*, 1994; 31: 91-96

17. Vogt T, Pope C, Mulloly J, Hollis J: Mental health status as a predictor of morbidity and mortality: a 15 year follow-up member of a health maintenance organization *Am J Public Health* 1994; 84: 227-231.
18. Murray CJL, Lopez AD: The global burden of Disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Harvard University Press, World Health Organization and the World Bank 1996.
19. Dejarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A: World Mental Health. Problems and Priorities in Low Income Countries. Oxford University. 1997.
20. The World Health report. Mental Health: New Understanding, New Hope. WHO 2001
21. Chisholm D, The economic consequences of depression. In: Dawson A, Tylee A, eds. Depression social and economic timebomb. London: BMJ Books, 2001, 121-9
22. Mueller TI, Leon AC, S  ller MB, Solomon DA, Endicott J, Coryell W, et al. Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational followup. *American Journal of Psychiatry* 1999; 156: 1000 – 1006
23. Kessler RC: Sex and depression in the national comorbidity survey I: lifetime prevalence chronicity and recurrence, *J. Affect Disord* 1993; 29: 85-96
24. Angst J, and Honing A.:Epidemiology of depression and therapeutic Advances, Depression neurobiological UK, 1997
25. Ranjith G, Farmer A, McGuffin P, Cleare AJ.: Personality as a determinant of social functioning in depression. *Journal Affect Disorders* 2005; 84: 73 – 76
26. Kaylan G, Nicolson R, McDonal C, Osher S, Leviti A. Defining guilt in Depression : A comparison of subjects with major depression. *Journal of affective Disorders* 2002;68:307-315.
27. Kessler RC, DuPont RL, Berglund P, Wittchen HU, Impairment in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression at 12 months in two national surveys, *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1915-23
28. Katon W, Schulberg H, Epidemiology of depression in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 1992; 14:237-47
29. Russo NF. Overview: forging research priorities for women’s mental health *American Psychologist* 1990; 45: 368-373
30. Ustun TB, Sartorius, Mental Illness in General Health Care, Chichester, UK: John Wiley, 1995
31. Programa de Acci3n: Salud Mental. Programa Nacional de Salud 2001-2006, Secretaria de Salud, 2001
32. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, Villatoro J, Rojas E, Zambrano J, Cassanova L, Aguilar S. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios. Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003; 26, 4: 1-16
33. Harris EC, Barraclough B, Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 205-28

34. Bagedahl SM: Postn-natal depresión: a hidden illness. *Acta Psychiatrica Scand* 1998; 98: 272-275.
35. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4<sup>th</sup> ed APA Washington, DC 1994
36. Weissman MM: Sex differences in rates of depresión: cross-national perspectives *J Affect Disord* 1993; 29:77-84,.
37. Pérez C A. Una cuestión incomprendida. *El maltrato a la mujer*. Ed. Horas y horas, Madrid, 1993.
38. Dennerstein L, Astbury J, Morse C. *Psychosocial and Mental Health Aspects of Women's Health*. Division of Mental Health Division of Family Health World Health Organización, Geneva 2000.
39. Burin M, Moncar e, Velásquez S. *El malestar de las mujeres: La tranquilidad recetada*. Ed. Paidós Buenos Aires 1991.
40. Burin M. *Estudios sobre la subjetividad Femenina. Mujeres y Salud Mental* Ed. Librería de Mujeres. Buenos Aires, 2002.
41. Cochrane R, Stopes-Roe M. Women, marriage, employment and mental health *British Journal of Psychiatry* 1981;139: 373 – 381.
42. Mora R E J. Una aproximación multimetodológica al estudio de las representaciones Sociales de la Salud Mental en una Comunidad Urbana Marginal. Tesis Doctoral en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, 2004
43. Brown, E. Harris T. *Social origins of depression*. London: Tavistock publications 1978.
44. Healy H and Mc Monagle T : The enhancement of social funtioning as a therapeutic principle in the management of depression. *J. Psychopharmacol* 1997; 11: S25 – S31
45. Daniel WW. *Bioestadística. Base para el análisis de las ciencias de la salud*. 3ed. Limusa, Mexico 1989
46. Luty S E, Joyce PR, Mulder RT, Mc Kenzie JM. Social adjustment in depression: the impact of depressive severity, personality and clinic versus community sampling. *J. Affect Disord* 2002; 40: 143 - 154
47. Solomon DA, Leon AC, Endicott J, Mueller TI, Coryell W, Shea MT and Keller M B. Psychosocial Impairment and recurrence of Major Depresión. *Comprehensive Psychiatry* 2004; 45, 6: 423-430.
48. Watkins E. And Baracaia S. Ruminaton and social problem-solving in depression. *Behaviour Research and Terapy* 2002; 40: 1179 -1189
49. Street H, Sheran P, Orbell S.: Exploring the relationship between different psychosocial determinants of depression: a multidimensional scaling analysis. *Journal of Affective Disorders* 2001; 64: 53- 67
50. Valencia M, Rojas E, Gonzalez C, Ramos L, Villatoro J.: Evaluación del funcionamiento social en pacientes de un centro de salud. *Salud Publica Mex*. 1989; 31: 674 - 687.

51. Méndez CC, Valencia CM.: Evaluación del Nivel de Satisfacción (Funcionamiento Psicosocial) en internos de un centro preventivo y de readaptación social. *Psicología Iberoamericana* 1998; 6, 2 : 51 - 62