



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina



Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

TÍTULO

**EVALUACIÓN DEL USO DE INHIBIDORES DE RECAPTURA DE SEROTONINA
COMBINADO CON PSICOTERAPIA FAMILIAR PARA EL TRATAMIENTO DE
TRASTORNOS DEPRESIVOS RECURRENTE EPISODIOS LEVES Y
MODERADOS.**

PRESENTA:

Dra. ANGÉLICA ROMERO RAMÍREZ

ASESORES DE TESIS

DR. HORACIO REZA GARDUÑO TREVIÑO

ASESOR TEÓRICO

MTRA. EN PSIC. JANET JIMÉNEZ GENCHI

ASESOR METODOLÓGICO



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.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar un agradecimiento especial a Dios por permitirme estar en estos momentos aquí y por rodearme a lo largo de mi vida de tantas personas especiales a través de la cuales me ha acompañado guiado y enseñado, entre éstas a mi familia, especialmente a mis padres y hermanas (Vivi, Andy, Gaby y Dany) por sus enseñanzas, cuidados, apoyo, paciencia y consejos además del respeto y confianza que han tenido en mis decisiones.

A las siguientes personas sin las cuales incluso el lograr la carrera de medicina hubiera resultado casi imposible Analaura Sánchez, Samantha Osornio, Diego Arias, Francisco Ramos, todos ellos por ser un ejemplo de fortaleza y fidelidad a lo que creen, piensan y sienten, por brindarme siempre su apoyo y escucha. Gracias!.

A toda la comunidad del Madroño, especialmente a Estela, Doña Tina, Don Sabino y Aide, quienes me ayudaron a encontrar mi verdadera vocación.

A la familia Ramírez González por su buena disposición y apoyo al inicio de esta residencia.

A mis compañeros de especialidad Itzna Laurel, Oscar Rodríguez, Gaby Cortés, Juan Cardenas por su sentido del humor, ayuda y paciencia. También un agradecimiento muy especial a Paco por sus enseñanzas, comprensión, compañía y apoyo (en las buenas y en las malas) y a su familia por sus aceptación y atenciones.

Al personal del servicio de archivo, Consulta Externa y Clínica de intervención familiar por su cooperación para lograr el presente trabajo en especial a Gaby.

A mis asesores de tesis por su brindarme parte de su tiempo, por su orientación e incluso paciencia.

Finalmente a todos los pacientes que cooperaron en el presente estudio, así como a los pacientes que me han permitido atenderlos a lo largo de esta especialidad, por sus enseñanzas.

ÍNDICE

<u>INTRODUCCION</u>	1
MARCO TEÓRICO	1
ANTECEDENTES	8
<u>MÉTODO</u>	11
JUSTIFICACION	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
OBJETIVO GENERAL Y ESPECIFICOS	14
HIPÓTESIS	15
VARIABLES	16
MUESTRA	16
SUJETOS	16
CRITERIOS DE SELECCIÓN	17
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	17
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	18
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	18
TIPO DE ESTUDIO	19
INSTRUMENTO	19
PROCEDIMIENTO	21
IMPLICACIONES ÉTICAS	22
<u>RESULTADOS</u>	23

<u>DISCUSIÓN</u>	32
<u>CONCLUSIÓN</u>	36
<u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	38
<u>ANEXOS</u>	40
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	40
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	41

LISTA DE TABLAS GRÁFICAS Y ABREVIATURAS

Tabla 1. Variables sociodemográficas generales.....	24
Tabla 2. Variables sociodemográficas del grupo con tratamiento farmacológico y terapia familiar (Grupo 1).....	26
Tabla 3. Variables sociodemográficas del grupo con tratamiento farmacológico. (Grupo 2).....	27
Gráfica 1. Media de resultado global en escala Montgomery-Asberg en ambos grupos.....	28
Gráfica 2. Media de resultados en los diferentes apartados de la escala Montgomery-Asberg en ambos grupos.....	30
Gráfica 3. Porcentaje de cada grupo de acuerdo a severidad.....	30

RESUMEN

El tratamiento convencional actual para la depresión incluye psicoterapia y una amplia cantidad de antidepresivos, sin embargo más del 60% de los pacientes tratados responde insatisfactoriamente y casi un quinto son refractarios al manejo. Se piensa que la terapia familiar pudiera ser una opción, ya que los factores ambientales son importantes en la aparición y persistencia de los trastornos depresivos, siendo el ambiente familiar el medio en el que el individuo se desenvuelve directamente. La terapia familiar a menudo se usa para el tratamiento de los trastornos de la conducta, abuso de sustancias, trastornos de alimentación y depresión. Anteriormente se han realizado revisiones sobre la terapia familiar, encontrándose que se han realizado pocas investigaciones sobre su eficacia como coadyuvante del tratamiento para depresión, siendo aun heterogéneas las pruebas de estas investigaciones. Debido a lo anterior la presente investigación se realizó con el objetivo de investigar la eficacia de la terapia familiar. Para ello tuvo una muestra conformada por dos grupos de 30 pacientes cada uno que tenían diagnóstico de trastorno depresivo recurrente episodio actual leve o moderado, el primer grupo encontrándose en tratamiento con terapia familiar sistémica e inhibidor de recaptura de serotonina (Grupo 1), el segundo exclusivamente en tratamiento con inhibidor de recaptura de serotonina (Grupo 2). Se utilizó como Instrumento de medición de intensidad de síntomas depresivos la escala de depresión Montgomery Asberg, la cual evalúa las siguientes variables: tristeza aparente, tristeza reportada, tensión interna, insomnio, apetito, dificultad de concentración, inhibición psicomotriz, incapacidad de sentir afectos, pensamientos pesimistas y pensamientos suicidas. Se compararon los resultados obtenidos en todas las variables entre ambos grupos. En el grupo que se encontraba en tratamiento con terapia familiar sistémica e inhibidores de recaptura de serotonina, se obtuvieron puntuaciones mas bajas en comparación del grupo que se encontraba exclusivamente con inhibidores de recaptura de serotonina, mas estas

diferencias no resultaron estadísticamente significativas a excepción de la variable relacionada con cambios en el apetito.

INTRODUCCIÓN

MARCO TEÓRICO

Dentro de las 10 enfermedades que producen mas discapacidad en el mundo se incluyen varios padecimientos neuro-psiquiátricos, entre estos la depresión, tan solo en México es la primera causa de años de vida saludable perdidos en mujeres y la octava en hombres por lo que actualmente es un importante problema de salud pública que afecta a cerca de 121 millones de personas en todo el mundo, con una prevalencia del 5-10% en la población en general. Se estima que la prevalencia durante toda la vida de este tipo de trastornos está entre el 20 y 25% (1,2,3)

En México la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2005) indica que 8.8% de la población mexicana ha presentado por lo menos un episodio depresivo alguna vez en su vida y 4.8% lo presentó en el año previo a la realización de la encuesta, calculándose que la mitad de estos fueron severos (2).

Los síntomas del trastorno depresivo incluyen la presencia de cuando menos uno o dos síntomas centrales de estado de ánimo bajo, fatigabilidad y/o pérdida de interés, unidos a otros síntomas como sentimientos de inadecuación y desesperanza, trastornos del sueño, alteraciones en el apetito, deterioro de la concentración, agitación o enlentecimiento psicomotor, ideas de muerte (APA 1994).

Actualmente se sabe que la depresión se encuentra asociada a trastornos en los sistemas de neurotransmisores serotonina, noradrenalina y dopamina en el sistema nervioso central (5) además de existir otros factores; de hecho se estima en un 40-50% la contribución genética para la manifestación de la depresión. Sin embargo se cree existe una combinación de múltiples factores genéticos ya que el defecto en un solo gen no explicaría la gran variedad de síntomas existentes en este trastorno, también se encuentran asociados factores ambientales y condiciones de vida entre los que se encuentran la tensión, trauma afectivo, infecciones virales, anormalidades en el neurodesarrollo, aumentando todo esto la complejidad de la patogénesis de la enfermedad.

Estudios extensos han conducido a una variedad de hipótesis para el mecanismo molecular de depresión, pero aun no ha sido definido un mecanismo patogénico definitivo. Durante mucho tiempo, la eficacia de los antidepresivos y su acción en el sistema de las monoaminas, que actúan elevando los sistemas de estos

neurotransmisores en la hendidura sináptica al bloquear su recaptura, han sido el tema central de investigación de los estudios relacionados con el origen de la depresión. Todos estos antidepresivos han demostrado ser efectivos para el alivio de los síntomas de depresión, sin embargo, todavía hay dudas acerca de la función precisa que estos neurotransmisores tienen en el origen de los síntomas depresivos.(5) Se cree ampliamente que el inicio del efecto antidepresivo probablemente involucra cambios agudos en el sistema de monoaminas, sin embargo el foco común de nuevas investigaciones se dirige hacia los mecanismos moleculares que pudieran ser la base de cambios duraderos en el cerebro después del tratamiento crónico con antidepresivos.

Se han analizado extensamente polimorfismos en el gen que codifica para el transportador de serotonina, sin embargo los hallazgos han sido inconsistentes un meta-análisis reciente que incluye 14 estudios no arrojó pruebas que relacionen el genotipo del transportador de serotonina (ya sea sólo o en interacción con acontecimientos vitales estresantes) con un riesgo elevado de presentar depresión. Estos estudios apoyan la naturaleza poligénica de los trastornos afectivos demostrando lo improbable que es el tener un solo gen candidato como causa de depresión, teniéndose que observar las interacciones genéticas y realizar un escaneo del genoma.

El tratamiento farmacológico actual de primera línea para la depresión moderada o grave son los antidepresivos, como los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, inhibidores duales (de la recaptura de serotonina y noradrenalina), los tricíclicos, inhibidores de la monoaminoxidasa (casi en desuso por sus efectos secundarios). Sin embargo hay varios problemas con el empleo de estos fármacos; hay pruebas de la eficacia de los fármacos antidepresivos, pero se ha comentado que su efecto clínico puede ser débil; el cumplimiento del tratamiento puede ser bajo, y aproximadamente un tercio de los pacientes que se adhieren al tratamiento no se recuperan. (5)

Actualmente el tratamiento convencional incluye psicoterapia y una amplia cantidad de antidepresivos, sin embargo más del 60% de los pacientes tratados responde insatisfactoriamente y casi un quinto son refractarios al manejo. El fracaso en el tratamiento de estos padecimientos puede conducir a una situación amenazante para la vida, misma que se puede observar en el alto número de suicidios, que ocurren hasta en el 15% de los individuos con estos trastornos (3), aunque en México ocupan un lugar bajo como causa de muerte, los suicidios han aumentado aceleradamente hasta alcanzar una de las tasas de más altas del mundo. Entre 1998 y 2004 los suicidios en mujeres crecieron a un ritmo anual de casi el 5%. A pesar de que existen tratamientos efectivos, la proporción de la demanda atendida es baja. Según la Encuesta Nacional de Salud Pública Psiquiátrica (ENEP) 2005, una de cada cuatro personas con depresión recibe ayuda; una de cada 10 es atendida por un médico; una de cada 20 es atendida

por un psiquiatra, y sólo uno de cada tres pacientes a los que se les prescribe un tratamiento toma el medicamento prescrito. (2)

Para poder combatir de manera efectiva la depresión es indispensable ampliar la cobertura de atención, asegurar el abasto de medicamentos antidepresivos, reducir el nivel de estigma así como desarrollar otro tipo de intervenciones en un intento por encontrar nuevas soluciones. Se piensa que la terapia familiar pudiera ser una opción, ya que los factores ambientales son importantes en la aparición y persistencia de los trastornos depresivos, siendo el ambiente familiar el medio en el que el individuo se desenvuelve directamente. Se han observado relaciones recíprocas entre depresión, el estilo y estrés de crianza, además de que en una familia no sólo el individuo diagnosticado con depresión es el que se enfrenta con la dificultad y la deficiencia en muchos dominios del funcionamiento, la enfermedad también puede causar sufrimiento importante entre los demás miembros que integran a la familia de la persona identificada con depresión.

La terapia familiar puede definirse como cualquier esfuerzo psicoterapéutico que explícitamente haga énfasis en la modificación de interacciones entre los miembros de la familia buscando mejorar el funcionamiento familiar como una unidad, subsistemas, o de los integrantes de manera individual. El objetivo de la terapia familiar para la depresión es trabajar con los participantes y su familia para identificar formas de comunicación que pudieran estar exacerbando o

manteniendo los síntomas depresivos, para que al ser modificados, pudieran disminuir los síntomas.

Hay varios modelos de tratamiento orientados a la familia; existiendo así varios tipos de terapia familiar.

- Los modelos psicoeducativos: Se centran en alterar las atribuciones negativas acerca de la enfermedad del paciente, enseñar aptitudes de enfrentamiento y proporcionar apoyo al paciente y a la familia.
- Los modelos conductuales: Se basan en el aprendizaje de la teoría y el condicionamiento operante. Se concentran habitualmente en el padre o en la díada padre-hijo y procuran mejorar las aptitudes por medio de la enseñanza de las contingencias conductuales y reforzamiento.
- La terapia familiar de relaciones objetales: Es una forma de tratamiento psicoanalítico en el que las relaciones matrimoniales y familiares se consideran en cuanto a la proyección de los patrones padre-niño interiorizados sobre las relaciones adultas contemporáneas. El terapeuta toma una posición de contención y hace comentarios sobre la repetición de patrones y trabaja para lograr una perspectiva más completa integrada y realista.
- La terapia familiar sistémica estructural: Los modelos sistémicos consideran las relaciones familiares disfuncionales como la causa o el o el

reforzamiento de los síntomas. En consecuencia, los terapeutas sistémicos intentan reestructurar los patrones de mala adaptación de la interacción familiar, tales como restablecer la jerarquía paterna, separar al niño de los conflictos paternos y ajustar límites débiles o rígidos. En la terapia familiar estructural, los problemas se ven como el resultado de una estructura y organización familiar inapropiada. El terapeuta se preocupa por los límites entre los subsistemas y asume la responsabilidad de la dirección en la que ella o él impulsa a la familia mediante el uso intencional de órdenes, direcciones y sugerencias.

- Terapias familiares de la Escuela de Milán: El énfasis de estas terapias está en la comunicación y el aprendizaje. Los problemas surgen por la limitación de las alternativas. La terapia enfatiza en un proceso de plantear preguntas que pueden facilitar diferentes conexiones o formas de comunicación.
- Terapia familiar centrada en el problema: La terapia familiar centrada en solución indica que los problemas se mantienen por las dificultades de la forma de enfocarlos y por los intentos circundantes de secuencias conductuales repetitivas para resolverlos. La tarea para el terapeuta es conocer las fortalezas y soluciones de la familia a otros problemas y luego dedicarse a aplicarlas al problema particular en cuestión.
- Terapia narrativa: En esta terapia, el terapeuta busca resultados únicos y las excepciones positivas a la historia problemática y amplifica el cambio con el uso de la redacción de cartas, audiencias específicas y el

entusiasmo personal. El problema se hace relativamente insignificante porque surge algo más positivo para tener en cuenta por el individuo.

ANTECEDENTES

En un estudio realizado por Diamond 2002, se asignaron al azar 32 participantes adolescentes con trastorno depresivo mayor y sus cuidadores primarios a recibir terapia familiar de relaciones objetales, o permanecer como un paciente de la lista de espera como control. La duración del período de tratamiento fue de 12 semanas. Los participantes recibieron un promedio de ocho sesiones. Se evaluaron las medidas resultado al ingreso, a la mitad del tratamiento (después de 6 semanas), después del tratamiento (después de 12 semanas) y seis meses después del tratamiento. Las variables que se valoraron fueron el funcionamiento familiar así como la ansiedad y depresión en los adolescentes. Se encontró que más del 80% de los adolescentes tratados con terapia o no cumplieron criterios de depresión mayor después del tratamiento, frente a casi 50% de los adolescentes en la lista de espera, encontrándose evidencia limitada (nivel 3) de que la terapia familiar es más efectiva que ningún tratamiento sobre los sentimientos de desaliento, el rasgo de ansiedad y las ideas suicidas, además los adolescentes que recibieron tratamiento con terapia reportaron significativamente menos conflicto familiar y niveles mas altos de unión con sus madres. Las limitantes de

este estudio fueron el tamaño de la muestra, el alto nivel de deserción además de que al realizar comparaciones a las 12 semanas y seis meses algunos pacientes que formaban parte del grupo control (lista de espera) ya se encontraban con algún tratamiento. (14)

Miller (2004) realizó un estudio en pacientes adultos con trastorno bipolar que cumplieran en el momento de realizar la investigación criterios para episodio depresivo, manejando una muestra de 18 pacientes, cuyas familias fueron asignadas al azar en tres grupos, en uno se recibía terapia familiar y farmacoterapia, en otro terapia de grupo psicoeducativa y farmacoterapia finalmente un grupo en el que exclusivamente se daba farmacoterapia. Los participantes recibieron diez sesiones de terapia tanto de familiar como de grupo psicoeducativa con duración de 50 minutos cada una. La evaluación de los pacientes se realizó al ingreso al estudio y mensualmente mediante entrevistas estructuradas y la escala de depresión de Hamilton. Se completó un periodo de seguimiento de los pacientes de 28 meses a través de instrumentos de medición para confirmación diagnóstica utilizándose las medidas de resultado al ingreso y mensualmente. En la comparación de resultados se encontró que ni la terapia familiar ni la terapia de grupo psicoeducativa coadyuvantes mejoraban significativamente la recuperación de los episodios depresivos bipolares en comparación con la farmacoterapia sola. Sin embargo, Miller señala en la discusión del estudio que el tamaño de la muestra de los participantes con depresión grave al ingreso no fue suficientemente grande para determinar si había

una respuesta significativamente diferente a los tratamientos asignados al azar en su investigación. (12)

En el 2000 Sanders realizó un estudio en madres de pacientes con trastornos de conducta oposicionista desafiante que cumplían criterios para episodio depresivo grave, siendo enviadas a terapia familiar conductual o intervención familiar cognitiva conductual, durante un periodo de 12 semanas teniendo sesiones semanales. Se utilizaron instrumentos de medición consistentes en escalas cognitivas, mediciones del comportamiento de los niños e intensidad de síntomas depresivos con la escala de Beck, realizándose una nueva valoración después del tratamiento y a los seis meses del seguimiento. Las madres en ambos grupos, de intervención familiar tanto la cognitivo conductual como de intervención familiar exclusivamente conductual reportaron mejoría en la intensidad de síntomas depresivos. En las mediciones de seguimiento a seis meses, las madres que participaron en terapia familiar cognitivo conductual tuvieron menos depresión en comparación con las que recibieron exclusivamente terapia conductual. Se encontró evidencia limitada (nivel 3) de que la terapia familiar cognitivo conductual es igualmente de efectiva que la terapia familiar conductual para el tratamiento de la depresión, a su vez se informó una mejoría en la conducta de los niños después ambas intervenciones que antes de las mismas. Los padres informaron que eran más competentes como padres después de la intervención. Los niños con ambas terapias manifestaron significativamente menos conductas negativas durante el seguimiento que antes de la intervención. (13)

MÉTODO

JUSTIFICACIÓN

La depresión se encuentra dentro de las primeras diez enfermedades que mayor discapacidad causan a nivel mundial, tan solo en México es la primera causa de años de vida saludable perdidos en mujeres y la octava en hombres por lo que actualmente es un importante problema de salud pública.

Actualmente el tratamiento de primera línea es el uso de antidepresivos sin embargo a pesar de existir pruebas de su eficacia, se presentan varias dificultades con su manejo, por ejemplo se ha observado que el efecto clínico puede ser débil, el cumplimiento del tratamiento pobre, aproximadamente un tercio de los pacientes que se adhieren al manejo no se recuperan, por lo que se han buscado nuevas alternativas de tratamiento, agregándose al manejo convencional, la psicoterapia. Existen diferentes tipos de este tratamiento, la psicoterapia breve, la terapia interpersonal, la terapia cognitivo conductual, mostrando todas efectividad al emplearse conjuntamente con el manejo farmacológico, siendo la terapia cognitivo conductual la más efectiva, sin embargo, a pesar del tratamiento conjunto se ha observado resistencia en cerca del 40% de los pacientes con depresión.

En la mayoría de los tratamientos psicológicos no se tiene en cuenta el sistema en el que vive el individuo, sin embargo hay un pequeño, aunque convincente número de pruebas sobre la relación entre las características del entorno vital y la aparición y persistencia de los trastornos depresivos. Las personas que sufren depresión a menudo informan que tienen importantes problemas en múltiples áreas de su funcionamiento, (siendo incluso esto criterio de diagnóstico y gravedad del episodio) incluyendo el ámbito familiar, lo que sugiere la necesidad de un enfoque más orientado a tomar en cuenta a la familia del paciente como parte del tratamiento, pudiéndose lograr esto a través de tratamientos combinados que incluyan a la terapia familiar, ya sea tratamiento farmacológico y terapia familiar o bien, psicoterapia individual con terapia familiar y fármacos.

La terapia familiar a menudo se usa para el tratamiento de los trastornos de la conducta, abuso de sustancias, trastornos de alimentación y depresión. Se ha convertido en una intervención ampliamente utilizada en los servicios mentales de salud para niños y adolescentes durante los últimos 20 años en Estados Unidos. Anteriormente se han realizado revisiones sobre la terapia familiar, encontrándose que se han realizado pocas investigaciones sobre su eficacia como coadyuvante del tratamiento para depresión, siendo aun heterogéneas las pruebas de estas investigaciones sobre esta intervención ya que no se ha observado consistencia en los resultados, por lo que no han podido ser significativos, además la mayoría de éstas están enfocados en niños y adolescentes. Por lo anterior, se sugiere que es necesario realizar más estudios de alta calidad para evaluar la efectividad

de estas intervenciones; hasta la fecha no se han logrado conclusiones contundentes ya que la muestra utilizada en estudios anteriores ha sido pequeña además de no especificarse las diferentes formas de terapia familiar empleada en algunos de ellos, ni la gravedad de episodios depresivos, además de que la efectividad tendría que ser comparada con otros tratamientos como el farmacológico.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Hasta el momento no se ha podido demostrar la efectividad de la terapia familiar para el tratamiento de la depresión, ya que en investigaciones previas el tamaño de la muestra ha sido pequeño, en su mayoría los estudios se han realizado en niños y adolescentes, no se especifica el tipo de terapia familiar utilizada ni la gravedad del episodio depresivo, además de que no se han comparado los resultados con otros tratamientos, como el farmacológico, por lo que en el presente estudio se realizó con el objetivo de investigar si existía diferencia en la intensidad de síntomas depresivos en pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo recurrente episodio actual leve o moderado que se encontraban en tratamiento con algún inhibidor de la recaptura de serotonina y terapia familiar en comparación con aquellos pacientes con el mismo diagnóstico pero que eran tratados exclusivamente con un inhibidor de la recaptura de serotonina.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Evaluar las diferencias que puedan existir respecto a la intensidad de síntomas depresivos entre dos grupos de pacientes diagnosticados con trastorno depresivo recurrente episodio actual leve o moderado, uno tratado con terapia familiar sistémica e inhibidores de recaptura de serotonina, y el otro tratado exclusivamente con inhibidores de recaptura de serotonina.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar las diferencias en la intensidad de síntomas específicos de depresión: tristeza manifiesta, tristeza subjetiva o expresada, tensión interna, insomnio, disminución del apetito, dificultad para concentración, inhibición psicomotriz, incapacidad para sentir afectos, pensamientos pesimistas e ideación suicida.

HIPÓTESIS ALTERNA

- Si Existen diferencias estadísticamente significativas en la intensidad de síntomas depresivos en los pacientes que son tratados con inhibidores de recaptura de serotonina y terapia familiar en comparación de aquellos que son tratados exclusivamente con inhibidores de recaptura de serotonina.

HIPÓTESIS NULA

- No existen diferencias estadísticamente significativas en la intensidad de síntomas depresivos en los pacientes que son tratados con inhibidores de recaptura de serotonina y terapia familiar en comparación de aquellos que son tratados exclusivamente con inhibidores de recaptura de serotonina.

VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE.

Intensidad en los síntomas de depresión, cuya valoración se realizará a través la Escala de Depresión de Montgomery-Asberg

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Tratamiento con inhibidores de recaptura de serotonina.

Tratamiento con inhibidores de recaptura de serotonina más terapia familiar sistémica (mínimo 3 sesiones).

MUESTRA

No probabilístico, intencional, por cuota, ya que en el procedimiento de selección se trabajó con aquellos pacientes que cumplieron con los criterios de selección y desearon participar en el estudio.

SUJETOS.

30 pacientes que fueron enviados a la Clínica de intervención Familiar del Hospital Fray Bernardino Álvarez, cumplieron criterios de inclusión y conformaron el grupo de tratamiento conjunto (terapia familiar mas tratamiento farmacológico con inhibidor de recaptura de serotonina).

El segundo grupo lo conformaron 30 pacientes atendidos en la consulta externa del Hospital Fray Bernardino Álvarez que fueron enviados en su última consulta a la Clínica de Intervención Familiar, (mas aun no habían sido atendidos) , que cumplían criterios de DSM-IV para diagnóstico de trastorno depresivo recurrente episodio actual leve o moderado y se encontraban en tratamiento con inhibidor de recaptura de serotonina.

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Paciente de sexo masculino o femenino, de 18 a 55 años de edad.
- Diagnóstico de trastorno depresivo recurrente episodio actual leve o moderado, con cumplimiento de criterios diagnósticos según DSM-IV en la historia clínica de ingreso.
- Tener como mínimo 6 meses de evolución del padecimiento.
- Aceptar y firmar el consentimiento informado.
- Encontrarse en tratamiento con antidepresivo (inhibidor de recaptura de serotonina). (Se podrán incluir aquellos pacientes tratados con ansiolíticos coadyuvantes del tratamiento).

- Pacientes atendidos en la consulta externa del hospital Fray Bernardino Álvarez que fueran enviados en su última consulta a la clínica de intervención familiar.
- Pacientes atendidos en la Clínica de intervención Familiar (CLIFAM) del hospital Fray Bernardino Álvarez que hayan asistido como mínimo a tres sesiones de terapia familiar sistémica.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Presentar otro diagnóstico en el Eje I.
- Pacientes mayores de 60 años (pertenecientes al servicio de psicogeriatría).
- Pacientes que tenían en su esquema de tratamiento farmacológico antipsicótico.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- Pacientes que decidieron abandonar el estudio.
- Pacientes cuyo diagnóstico de depresión no se confirmó en la revisión del expediente.
- Pacientes que recibían terapia individual y/o grupal

TIPO DE ESTUDIO

- Transversal, descriptivo, comparativo.

INSTRUMENTO

Escala de Depresión de Montgomery-Asberg

La Escala de Depresión de Montgomery – Asberg (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MADRS) fue diseñada específicamente para evaluar el cambio en la intensidad de la sintomatología depresiva como resultado de la intervención terapéutica.

Traducida y adaptada al castellano por Conde y Franch (1984) posteriormente validada por Martínez R y cols. (1991).

Es una escala heteroaplicada de 10 ítems que evalúan sobre todo síntomas cognitivos y de alteración del estado de ánimo.

Para cada ítem la escala contempla 7 niveles de intensidad / gravedad, puntuados de 0 a 6, de los cuales cuatro (0-2-4-6) están predefinidos y los tres restantes (1-3-5) se reservan para situaciones intermedias en las que no es posible asignar con claridad el grado de intensidad sintomática a alguno de los niveles anteriores.

El entrevistador selecciona, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje la situación clínica actual del paciente, optando por los puntos intermedios cuando sea difícil el elegir entre una u otra de las opciones predefinidas. La

puntuación total se obtiene sumando los valores de las opciones seleccionadas, siendo el rango de valores posibles entre 0 y 60.

No existen, en puridad, puntos de corte. La escala fue diseñada específicamente para evaluar los cambios en la intensidad / severidad de la sintomatología depresiva. Se han planteado distintas propuestas para establecer categorizaciones de intensidad / severidad en función de las puntuaciones obtenidas, aspecto éste para el que la escala también ha demostrado ser de utilidad. Algunos autores consideran que, al enfatizar menos los síntomas físicos, es más adecuada para este fin que la Escala de Depresión de Hamilton, sobre todo en pacientes ancianos o con enfermedad física concomitante.

La categorización más aceptada es la siguiente:

Normalidad	0-6 puntos
Depresión leve:	7-19 puntos
Depresión moderada:	20-34 puntos
Depresión grave:	35 puntos o más

CRITERIOS DSMIV PARA DEPRESIÓN

American Psychiatric Association. *DSM IV-TR Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Masson, Barcelona 2003.

PROCEDIMIENTO

Se presentó el proyecto de investigación al Comité de Ética e Investigación del hospital Fray Bernardino Álvarez (institución donde se llevó a cabo la investigación).

Se identificó en los registros de ingreso de la Clínica de Intervención familiar a todos los pacientes que fueron enviados con el diagnóstico de trastorno depresivo recurrente episodio actual leve a moderado se creó una lista y se realizó la revisión de los expedientes para confirmar los criterios de inclusión, (encontrándose dentro de estos criterios el que mínimo los pacientes hubieran acudido a 3 sesiones de terapia familiar) se localizó a los pacientes que cumplieron criterios de inclusión, en base a su próxima cita programada o estableciendo cita telefónicamente, firmaron el consentimiento informado, se les aplicó el instrumento para la medición de de la intensidad de síntomas de depresión- La escala de depresión Montgomery-Asberg, así como un cuestionario de datos sociodemográficos. Se obtuvo un total de 30 pacientes, por lo que posteriormente se tomó una muestra de número similar en el servicio de consulta externa, localizando a 30 pacientes que tuvieran el diagnóstico de trastorno depresivo recurrente episodio actual leve o moderado y que hubieran sido enviados por su médico tratante, en su última consulta a la Clínica de Intervención Familiar, y se encontraran en tratamiento con inhibidor de recaptura de serotonina, se solicitó la colaboración de los médicos de consulta externa para que anotaran

en una lista a los pacientes que habían sido enviados en su última consulta, se confirmaron los criterios de inclusión mediante la lectura y revisión del expediente, posteriormente se localizó a los pacientes en base a su próxima cita (ya fuera en el servicio de consulta externa o su primera cita en la Clínica de intervención familiar) e incluso telefónicamente para solicitar su participación concretar una cita y realizar la aplicación de los instrumentos de medición. Posteriormente se ingresaron las variables en una base de datos para posteriormente ser analizadas mediante el programa PSS, y realizar la comparación de éstas.

IMPLICACIONES ÉTICAS.

Protocolo de estudio con riesgo mínimo ya que aplicaran instrumentos de medición para confirmación diagnóstica y valoración de intensidad de los síntomas, manteniéndose los datos de los participantes en anonimato. Se utilizara como tratamiento para la investigación medicamentos de uso común para episodios depresivos, que están autorizados para su venta, empelando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y validadas por la FDA, así como terapia familiar, realizándose intervenciones que no manipulan la conducta de los participantes.

RESULTADOS

Se llevo a cabo un análisis de los datos a través del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales SPSS versión 17, utilizando estadística descriptiva con frecuencias y porcentajes de las variables demográficas y clínicas

La muestra total fue de 60 pacientes, de los cuales el 81.7% (n=49) pertenecían al género femenino y 18.3% (n=11) al género masculino, con una media de edad de 36 ± 18 , el 51.7% (n=31) eran casados, el 21.7% (n=13) solteros, 11.7% (n=7) divorciados, encontrándose el mismo porcentaje de pacientes que vivían en unión libre, con un 3.3% (n=2) de pacientes viudos. El 36.7% (n=22) tenían escolaridad máxima de preparatoria completa, el 21.7% (n=13) secundaria completa, el 16.7% (n=10) licenciatura, 11.7% (n=7) con primaria completa con el mismo porcentaje de pacientes con primaria incompleta y sólo un 1.7% (n=1) con posgrado. Por ocupación el 41.7% (n=25) se dedicaba al hogar, 36.7% (n=22) era empleado, el 8.3% (n=5) tenían autoempleos como comerciantes, el 6.7% (n=4) eran estudiantes, con el mismo porcentaje de pacientes que no tenían alguna ocupación. El 65% (n=39) desempeñaba el rol familiar de madre, 20% (n=12) el de hijo y 15% (n=9) el de padre. (Tabla 1).

Tabla 1.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS GENERALES			
Variable		%	N
Género	Mujeres	81.7	49
	Hombres	18.3	11
Estado civil	Casado	51.5	31
	Soltero	21.7	13
	Divorciado	11.7	7
	Unión Libre	11.7	7
	Viudo	3.3	2
Escolaridad	Preparatoria	36.7	22
	Secundaria	21.7	13
	Licenciatura	16.7	10
	Primaria completa	11.7	7
	Primaria incompleta	11.7	7
	Posgrado	1.7	1
Ocupación	Hogar	41.7	25
	Empleado	36.7	22
	Independiente	8.3	5
	Estudiante	6.7	4
	Ninguna	6.7	4
Rol Familiar	Madre	65	39
	Hijo/hija	20	12
	Padre	15	9

De los 30 pacientes que conformaron el grupo de tratamiento farmacológico con inhibidores de recaptura de serotonina y terapia familiar (Grupo 1) el 86.7% (n=26) eran mujeres, el 13.3%(n=4) hombres, la media de edad fue de 35 años, el 56.7%(n=17) estaban casados, 26.7% (n=8) solteros, el 10%(n=3) divorciados y el 6.7% (n=2) en unión libre, el 46.7% (n=14) tenían como escolaridad máxima preparatoria completa, el 16.7% (n=5) secundaria completa, el 23% (n=7) licenciatura, el 10%(n=3) primaria completa y el 3.3% (n=1) primaria incompleta, no encontrando pacientes que cursaran posgrado, el 46.7% (n=14) se dedicaba al hogar, el 26.7% (n=8) eran empleados, el 16.7% (n=5) tenían algún autoempleo principalmente como comerciantes, el 6.7% (n=2) fueron estudiantes, y sólo el 3.3% (n=1) no tenían ocupación, el 60% (n=18) desempeñaban el rol familiar de madre, el 26% (n=8) de hijos y el 13.3% (n=4) de padre. (Tabla 2).

Tabla 2.

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS DEL GRUPO CON TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y TERAPIA FAMILIAR. (Grupo 1)			
Variable		%	N
Género	Mujeres	86.7	26
	Hombres	13.3	4
Estado civil	Casado	56.7	17
	Soltero	26.7	8
	Divorciados	10	3
	Unión libre	6.7	2
	Viudo	0	0
Escolaridad	Preparatoria	46.7	14
	Licenciatura	23.3	7
	Secundaria	16.7	5
	Primaria completa	10	3
	Primaria incompleta	3.3	1
	Posgrado	0	0
Ocupación	Hogar	46.7	14
	Empleado	26.7	8
	Independiente	16.7	5
	Estudiante	6.7	2
	Ninguna	3.3	1
Rol Familiar	Madre	60	18
	Hijo	26.7	8
	Padre	13.3	4

El Grupo 2 quedó conformado por 30 pacientes que se encontraban con tratamiento farmacológico (dosis iniciales de inhibidores de recaptura de serotonina). Dentro de este grupo el 76.7% (n=23) fueron mujeres, el 23.3% (n=7) hombres, media de edad fue de 34 años, el 46.7% (n=14) estaban casados, 16.7% (n=5) solteros, con el mismo porcentaje de pacientes que se encontraba en unión libre, el 13.3% (n=4) divorciados y el 6.7% (n=2) viudos. Los niveles

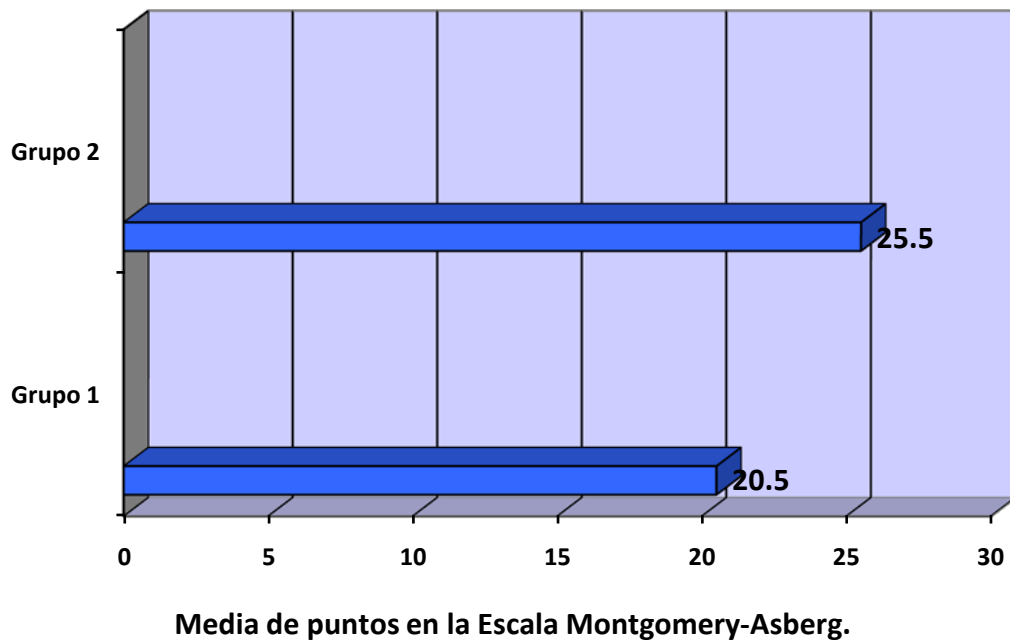
máximos de escolaridad fueron secundaria y preparatoria completa con 26.7%(n=8) cada uno respectivamente, 20% (n=6) tenían escolaridad de primaria incompleta, el 13.3%(n=4) primaria completa, el 10%(n=3) tenía licenciatura y sólo el 3.3%(n=1) tenía posgrado, el 46.7% (n=14) de los pacientes era empleado, dedicándose al hogar el 36.7% (n=11), el 10%(n=3) no tenía ocupación y el 6.7%(n=2) eran estudiantes. En cuanto al rol familiar el 70%(n=21) desempeñaban el de madre de familia, el 16.7%(n=5) padre de familia y el 13.3%(n=4) el de hijos. (Tabla 3).

Tabla 3.

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS DEL GRUPO CON TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO. (Grupo 2)			
Variable		%	N
Género	Mujeres	76.7	23
	Hombres	23.3	7
Estado civil	Casado	46.7	14
	Soltero	16.7	5
	Unión Libre	16.7	5
	Divorciados	13.3	4
	Viudo	6.7	2
Escolaridad	Preparatoria	26.7	8
	Secundaria	26.7	8
	Primaria incompleta	20	6
	Primaria completa	13.3	4
	Licenciatura	10	3
	Posgrado	3.3	1
Ocupación	Empleado	46.7	14
	Hogar	36.7	11
	Ninguna	10	3
	Estudiante	6.7	2
	Independiente	0	0
Rol Familiar	Madre	70	21
	Padre	16.7	5
	Hijo	13.3	4

El instrumento de medición utilizado (Escala de depresión Montgomery-Asberg) se conforma de 10 apartados los cuales evalúan tristeza aparente, tristeza reportada, tensión interna, insomnio, cambios de apetito, dificultades para la concentración, inhibición psicomotriz, incapacidad para sentir afectos, pensamientos pesimistas e ideación suicida considerando para cada apartado puntuaciones que van del 0-6, pudiendo obtenerse como puntuación mínima 0 y máxima de 60. El Grupo 1 tuvo una media total de 20.5 puntos en la escala, mientras que el Grupo 2 tuvo una media total de 25.57. (Gráfica 1).

Gráfica 1. MEDIA DE RESULTADO GLOBAL EN ESCALA MONTGOMERY-ASBERG EN AMBOS GRUPOS.



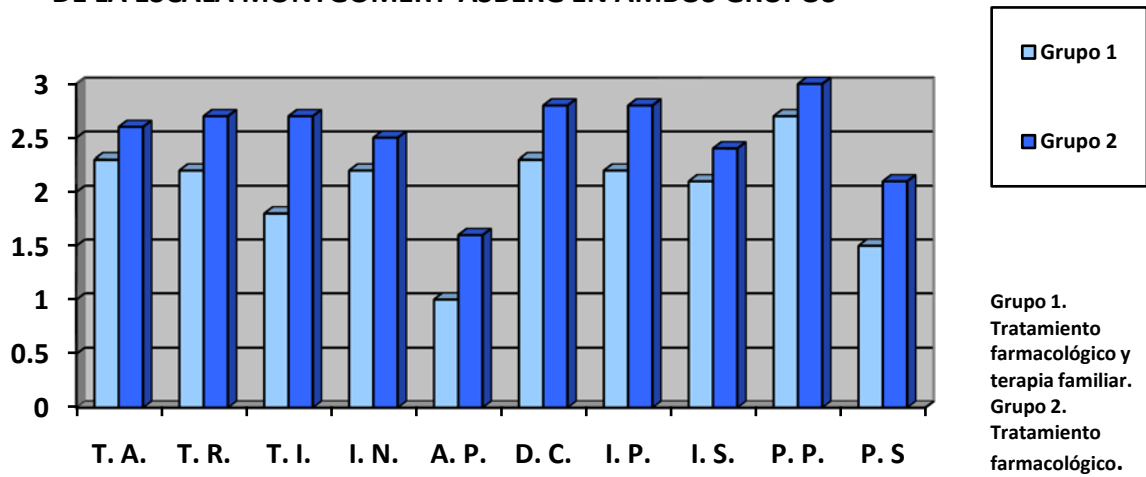
Los resultados en los diferentes apartados de la escala para el Grupo 1 (pacientes con tratamiento farmacológico y terapia familiar) fueron los siguientes: Tristeza aparente se registró con una media de 2.3, la tristeza referida se calificó con una media de 2.2 puntos, tensión interna tuvo una media de 1.8 puntos, insomnio una media de 2.2 puntos, cambios en el apetito una media de 1 punto, dificultades para concentración una media de 2.3 puntos, inhibición psicomotriz media de 2.2 puntos, incapacidad para sentir afectos tuvo una media de 2.1 puntos, presencia de pensamientos pesimistas tuvo una media de 2.7 puntos y pensamientos suicidas una media de 1.5 puntos. (Gráfica 2).

Cuando se analizó la gravedad de la depresión como una variable categórica acorde con los resultados en la escala se obtuvieron los siguientes resultados, el 50% (n=15) de los pacientes tenía una severidad leve de depresión, el 40% (n=12) moderado y un 10% (n=3) grave. (Gráfica 3).

Las puntuaciones medias del Grupo 2, fueron las siguientes: tristeza aparente 2.6 puntos, tristeza referida 2.7 puntos, tensión interna 2.7 puntos, insomnio 2.5 puntos, alteraciones del apetito 1.6 puntos, dificultades para concentración 2.8 puntos, inhibición psicomotriz 2.8 puntos, incapacidad para sentir afectos 2.4 puntos, pensamientos pesimistas 3 puntos y pensamientos suicidas 2.1 puntos. (Gráfica 2).

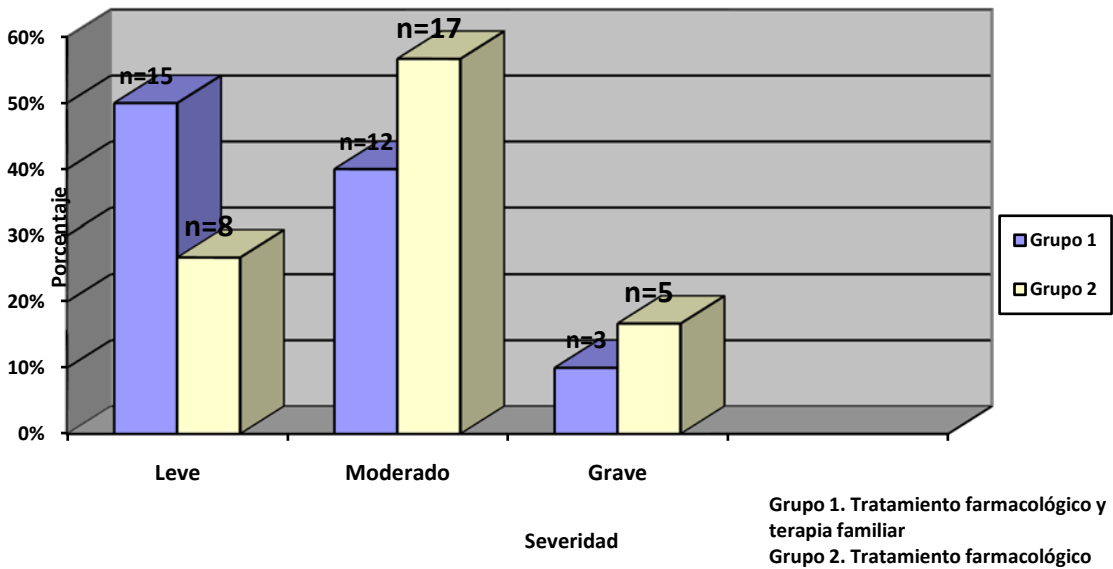
Los resultados categóricos de severidad de depresión en el Grupo 2 fueron los siguientes 26.7% (n=8) de los pacientes tuvieron un grado leve, 56.7% (n=17) moderado y 16.7% (n=5) grave. (Gráfica 3).

Grafica 2. MEDIA DE RESULTADOS EN LOS DIFERENTES APARTADOS DE LA ESCALA MONTGOMERY-ASBERG EN AMBOS GRUPOS



T.A.Tristeza Aparente, T.R. Tristeza Reportada, T.I. Tensión Interna, I.N. Insomnio, A.P. Aparato Digestivo, D.C. Dificultad de concentración, I.P. Inhibición Psicomotriz, I.S. Incapacidad de Sentir Afectos, P.P. Pánico, P.S. Psicosis.

Grafica 3. PORCENTAJE DE CADA GRUPO DE ACUERDO A SEVERIDAD (VARIABLE CATEGÓRICA).



En un segundo análisis de acuerdo a las puntuaciones en la Escala depresión Montgomery-Asberg se realizó un contraste por medio de la prueba t para confirmar la diferencia entre los grupos obteniéndose diferencias estadísticamente significativas exclusivamente para la variable de cambios en el apetito ($F=3.704$; $p=.05$). En las demás variables no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas: tristeza aparente ($F=.301$; $p=.58$), tristeza reportada ($F=0.126$; $p=.72$), tensión interna ($F=.229$; $p=.63$), insomnio ($F=2.779$; $p=.10$), dificultades en la concentración ($F=.006$; $p=.94$), inhibición psicomotriz ($F=.790$; $p=.37$), incapacidad para sentir afectos ($F=.050$; $p=.82$), pensamientos pesimistas ($F=.219$; $p=.64$), pensamiento suicidas ($F=.23$; $p=.63$). Para la puntuación total en ambos grupos los resultados fueron los siguientes ($F=.103$; $p=.74$).

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos coinciden a lo encontrado por otros investigadores previamente, Diamond en su investigación 2002, analizó síntomas de depresión consistentes en pensamientos pesimistas e ideas suicidas, de pacientes que fueron tratados con terapia familiar en comparación de aquellos que permanecieron en lista de espera, encontrando efectivamente diferencias, mas sin resultar éstas estadísticamente significativas, aunque los resultados de su investigación reportaron diferencias estadísticamente significativas en otras variables analizadas como lo fue los niveles de unión con sus madres y conflicto familiar, éstas quedaron fuera del presente trabajo. Nuestros resultados reportan características similares, si bien se analizaron otras variables como la tristeza reportada, tristeza aparente, tensión interna, insomnio, cambios en el apetito, inhibición psicomotriz y al igual que Diamond, los pensamientos pesimistas y suicidas, en todos ellos se presentaba disminución de la intensidad de síntomas en el grupo que recibió terapia familiar más tratamiento farmacológico en comparación de aquellos que exclusivamente recibieron manejo con tratamiento farmacológico, siendo ésta significativa sólo en caso de cambios en el apetito, de hecho la variable de pensamientos pesimistas fue la que puntuaciones mas altas presentó y en la que existió menor diferencia entre ambos grupos. (14)

Otro punto importante a señalar es que en el grupo que se encontraba con terapia familiar mas tratamiento farmacológico, categóricamente presentó menor

severidad de síntomas, la mitad de los pacientes, 50% se encontraba dentro de un grado leve frente a un 26.7% del grupo que se encontraba exclusivamente con tratamiento farmacológico, la mayoría de este grupo se encontró dentro de un grado moderado de depresión 56.7% , observándose de manera categórica mayor impacto de una y otra intervención ya que el pronóstico de una depresión leve es diferente al de un grado moderado.

Probablemente, al igual que investigaciones previas, una de las causas de haber obtenido poca significancia estadística haya sido el tamaño de la muestra, ya que una muestra de 30 pacientes resulta pequeña para poder demostrar la eficacia de la terapia familiar para el tratamiento de la depresión y más aun teniendo tantas variables a considerar. Ambos grupos de nuestra investigación tuvieron muchas diferencias sociodemográficas entre ambos, encontrando que en su mayoría eran mujeres además de que de los 11 pacientes masculinos de la muestra, más de la mitad 63.6% (n=7) pertenecían al grupo que se encontraba exclusivamente con tratamiento farmacológico, a su vez el grupo que se encontraba con tratamiento farmacológico y terapia familiar presentaba niveles de escolaridad mas altos el 70% (n=21) tenía un grado de escolaridad entre licenciatura y preparatoria, en comparación con un 36.7% (n=11) de pacientes que tenían ese mismo nivel de escolaridad mas se encontraban exclusivamente con tratamiento farmacológico, a su vez, al ser en su mayoría mujeres las que conformaban el grupo de tratamiento conjunto se encontró que la ocupación más frecuente era el hogar, no se evaluó el nivel socioeconómico en el probablemente también habríamos encontrado diferencias ya que al tener que acudir cada quince días al la sesión de terapia al

hospital, es probable que los pacientes que acuden al servicio de Clínica de Intervención Familiar (CLIFAM) tengan mas oportunidades económicas al poder transportarse y pagar consultas de una manera más frecuente. Un aspecto importante a considerar que pudo sesgar la investigación es que además de tratamiento farmacológico con antidepresivo todos los pacientes de ambos grupos tenían dosis de benzodiazepinas a dosis bajas, no se determinó el tiempo de duración y dichos fármacos utilizados por largos de tiempo pueden producir síntomas de depresión además de la influencia que pudo haber tenido en la variable de insomnio.

Como podemos observar existen numerosas diferencias entre ambos grupos que probablemente pudieron sesgar los resultados, por lo que se propone que para poder obtener resultados más consistentes es necesario realizar investigaciones con muestras mayores y apareamiento de los grupos con el objetivo de tener el menor número de diferencias posibles entre ambos y poder atribuir cualquier cambio posterior exclusivamente a las diferencias de manejo, ya sea con tratamiento farmacológico exclusivo, o combinado con terapia familiar. Una propuesta interesante es la realizada por Sanders y Miller (12,13) quienes utilizaron en su diseño diferentes grupos para realizar comparaciones entre el manejo con terapia familiar y otros tipos de terapia, o el utilizado por Diamond quien incluso tenía un grupo sin alguna intervención (pacientes en lista de espera) para poder realizar comparaciones, consideramos que se pueden obtener resultados interesantes de dichos diseños, hay situaciones importantes a considerar de ello, en un inicio con el diseño de Diamond tendríamos que valorar

las implicaciones éticas de dejar un grupo sin intervención de algún tipo, además de que consideramos importante establecer prioridades, es decir, sería de mayor relevancia en un inicio establecer si la terapia familiar es eficaz o no para el tratamiento de los trastornos depresivos mediante investigaciones metodológicamente adecuadas, para posteriormente poder comparar la eficacia de esta con algún otro tipo de terapia. Para ello se sugiere en un inicio sea confirmado el diagnóstico mediante instrumentos de medición, no sólo mediante la revisión de expedientes ya que esto puede sesgar la investigación, tomar en consideración la presencia o no de comorbilidades, además utilizar una muestra mayor para incrementar el poder estadístico, lo ideal sería también el realizar medición de la intensidad de los síntomas al inicio de las intervenciones terapéuticas para poder comparar después los resultados, aparear los grupos y utilizar un grupo ciego, además de realizar valoraciones de seguimiento un año después.

Como podemos observar existen numerosas limitaciones al realizar investigación en terapia familiar, partiendo desde el hecho de que existe muy poca evidencia científica al respecto, por lo que los estudios previos para poder realizar comparación de los resultados obtenidos es escasa o casi nula.

CONCLUSIÓN.

Se logró responder la pregunta de investigación, encontrándose diferencias en la intensidad de síntomas entre ambos grupos, siendo de mayor intensidad en aquellos que se encontraban exclusivamente con tratamiento farmacológico, mas esta diferencia resultó significativa solo en la variable de cambios en el apetito. Con base a lo anterior concluimos que nuestra hipótesis nula no fue rechazada.

Al realizar nuestra investigación encontramos numerosas limitaciones una de ellas fue la toma de la muestra, a pesar de que se incluyó a todos los pacientes que fueron enviados a la Clínica de Intervención Familiar (CLIFAM) por período de año y medio, se obtuvo una muestra pequeña debido que muchos pacientes no acudieron a la primera cita y de los que aun acudían 13 pacientes no cumplieron los criterios de inclusión.

La Clínica de Intervención Familiar es un área importante que puede abrir oportunidades para realizar más investigaciones al respecto, al ser una unidad de concentración de pacientes con terapia familiar, haciéndola un área de oportunidad importante para la investigación no sólo para la eficacia de la terapia familiar en los trastornos depresivos sino en muchos otros trastornos. Actualmente para facilitar investigaciones futuras se están aplicando instrumentos de medición de intensidad de síntomas a los pacientes a su ingreso, mas esta es una tarea

que se encuentra en proceso, ya que al momento de realizar nuestro trabajo esto no se llevaba a cabo.

El presente trabajo tiene como aspecto positivo el que previamente no se habían realizados investigaciones de terapia familiar que incluyeran pacientes adultos, la mayoría de investigaciones en el campo se ha realizado en niños y adolescentes y nuestros resultados son consistentes con lo reportado en la literatura, parece ser que la terapia familiar puede ser una alternativa coadyuvante eficaz en el tratamiento de los trastornos depresivos ya que en las investigaciones realizadas, se han encontrado diferencias en la intensidad de síntomas, más hasta el momento probablemente por diferentes limitaciones metodológicas estos resultados no han sido significativos ni concluyentes, sin embargo no por ellos se puede ignorar esta información, simplemente nos indica esto nos indica que se necesitan hacer mas investigaciones con adecuada metodología para validar su eficacia o por el contrario rechazarla.

REFERENCIAS BLIOGRAFICAS.

1. Henken HT, Huibers MJH, Churchill R, Restifo K, Roelofs J. *Terapia familiar para la depresión. Biblioteca Cochrane Plus*, (2008)2, p:1-24.
2. Encuesta Nacional de Salud Pública Psiquiátrica. (ENEP) 2005.
3. Andrade P, Noblesse LH, Temel Y, Ackermans L, Lim LW, et.al. *Neurostimulatory and ablative treatment options in major depressive disorder: a systematic review. Acta Neurochir* (2010) 152, p:565–77.
4. American Psychiatric Association. *DSM IV-TR Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Masson, Barcelona 2003.
5. Candy B; Jones L; Williams R; Tookman A; King M. Psicoestimulantes para la depresión (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, (2008) 2.p:1-14
6. Gotlib IH, Hammen CL. *Handbook of depression*. London: The Guilford Press, (2002) p: 22-34.
7. Sherrill JT, Kovacs M. Nonsomatic treatment of depression. *Psychiatric Clinics of North America* 2004;27:139-54.
8. Moja LP, Telaro E, D'Amico R, Moschetti I, Coe L, Liberati A. *Assessment of methodological quality of primary studies by systematic reviews: results of the metaquality cross sectional study. BMJ* (2005);330 p:1053.
9. *An inventory for measuring depression*, Arch Gen Psychiatry (1961)4 p: 561-71

10. *Reliability and validity of the MINI International Neuropsychiatric interview (MINI): According to the SCID-P European Psychiatry 1997; 12: 232-241.*
11. Cottrell D. Outcome studies of family therapy in child and adolescent depression. *Journal of Family Therapy* (2003);25 p:406-16.
12. Miller IW, Solomon DA, Ryan CE, Keitner GI. *Does adjunctive family therapy enhance recovery from bipolar I mood episodes?* *Journal of Affective Disorders* (2004)82 p: 431-6.
13. Sanders MF, McFarland M. *Treatment of depressed mothers with disruptive children: a controlled evaluation of cognitive behavioural family intervention.* *Behaviour Therapy* (2000)31 p: 89-112.
14. Diamond GS, Reis BE, Diamond GM, Siqueland L, Isaacs L. *Attachment-based family therapy for depressed adolescents: a treatment development study: Journal of American Child and Adolescent Psychiatry.* (2002) 41p: 1190-6.

ANEXOS.



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

La investigación “EVALUACIÓN DEL USO DE INHIBIDORES DE RECAPTURA DE SEROTONINA COMBINADO CON PSICOTERAPIA FAMILIAR PARA EL TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DEPRESIVOS RECURRENTE EPISODIO ACTUAL LEVE Y MODERADO”, que corresponde a una tesis para obtener el título de especialidad en psiquiatría general, teniendo como objetivo observar las diferencias en la sintomatología depresiva posterior al tratamiento exclusivamente con ISRS (inhibidor de la recaptura de serotonina) en comparación con tratamiento conjunto con terapia familiar e inhibidor de recaptura de serotonina.

Su participación en esta investigación es voluntaria y no remunerada. Si usted decide participar en la investigación tendrá la libertad de omitir preguntas hechas en las entrevistas o dejar de participar en cualquier momento, sin que ello afecte la atención médica que recibe en la institución en la que es atendido(a).

En caso de aceptar formar parte de la investigación su participación consistirá en contestar dos cuestionarios que serán proporcionados por el investigador (Escala de depresión Montgomery-Asberg, datos generales: género, edad, tiempo y tipo de tratamiento), siendo su participación anónima por lo tanto su nombre y otros datos personales no aparecerán cuando los resultados de la investigación sean publicados o en caso de utilizarse para investigaciones futuras.

Si usted está dispuesto a participar en los cuestionarios, favor de firmar donde corresponda.

Firma del investigador.

Firma del participante.

Firma de testigo.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Escala de depresión Montgomery - Asberg

El entrevistador debe decidir si la evaluación se amolda a los niveles definidos en la escala (2,4,6) o a los niveles intermedios (1,3,5)

1.- Tristeza manifiesta

- 0) Sin tristeza
- 1) Entre 0 y 2
- 2) Parece bajo de ánimo, pero se alegra sin dificultad
- 3) Entre 2 y 4
- 4) Parece triste e infeliz la mayor parte del tiempo
- 5) Entre 4 y 6
- 6) Se siente miserable todo el tiempo – extremadamente abatido

2.- Tristeza subjetiva / expresada

- 0) Ocasionalmente triste dependiendo de las situaciones
- 1) Entre 0 y 2
- 2) Triste o abatido pero puede alegrarse sin dificultad
- 3) Entre 2 y 4
- 4) Sentimientos de tristeza o pesimismo omnipresentes. El humor se ve aún influido por circunstancias externas
- 5) Entre 4 y 6
- 6) Tristeza continua o invariable, miseria, o abatimiento

3.- Tensión interna

- 0) Plácido. Sólo una efímera tensión interna
- 1) Entre 0 y 2
- 2) Sentimientos ocasionales de inquietud y malestar definido como enfermedad
- 3) Entre 2 y 4
- 4) Sentimientos continuos de tensión interna, o pánico intermitente que el paciente puede vencer sólo con alguna dificultad
- 5) Entre 4 y 6
- 6) Terror o angustia implacable, pánico aplastante

4.- Insomnio

- 0) Duerme como siempre
- 1) Entre 0 y 2
- 2) Ligera dificultad para el sueño o ligeramente reducido, sueño ligero o caprichoso
- 3) Entre 2 y 4
- 4) Reducción del sueño o interrupción durante al menos dos horas
- 5) Entre 4 y 6
- 6) Menos de 2 o 3 horas de sueño

5.- Disminución del apetito

- 0) Apetito normal o aumentado
- 1) Entre 0 y 2
- 2) Ligera reducción del apetito
- 3) Entre 2 y 4
- 4) Sin apetito, la comida es insípida
- 5) Entre 4 y 6
- 6) Necesita ser persuadido para comer algo

6.- Dificultad de concentración

- 0) Ninguna dificultad de concentración
- 1) Entre 0 y 2
- 2) Dificultades ocasionales en la organización de los propios pensamientos
- 3) Entre 2 y 4
- 4) Dificultades para concentrarse y mantener el pensamiento que reducen la capacidad para leer o mantener una conversación
- 5) Entre 4 y 6
- 6) Incapaz de leer o conversar sin una gran dificultad

7.- Inhibición psicomotriz

- 0) Ninguna dificultad para comenzar. Sin pereza
- 1) Entre 0 y 2
- 2) Dificultad para comenzar las actividades
- 3) Entre 2 y 4
- 4) Dificultad para comenzar las actividades rutinarias simples, que se desarrollan con esfuerzo
- 5) Entre 4 y 6
- 6) Lاسitud completa, incapaz de hacer nada sin ayuda

8.- Incapacidad para sentir afectos

- 0) Interés normal en lo que le rodea y en otras personas
- 1) Entre 0 y 2
- 2) Reducida la capacidad de diversión con los intereses habituales
- 3) Entre 2 y 4
- 4) Pérdida de interés en lo que le rodea. Disminución de los sentimientos hacia los amigos y conocidos
- 5) Entre 4 y 6
- 6) Experiencia de estar emocionalmente paralizado, incapaz de sentir cólera, pesar, o placer y fracaso completo e incluso doloroso de tener sentimientos hacia familiares cercanos y amigos

9.- Pensamientos pesimistas

- 0) Ningún pensamiento pesimista
- 1) Entre 0 y 2
- 2) Fluctuación de ideas de fracaso, auto-reproche o auto-desprecio
- 3) Entre 2 y 4
- 4) Auto-acusaciones persistentes, o ideas definitivas aunque ocasionales de culpa o pecado, incremento del pesimismo acerca del futuro

- 5) Entre 4 y 6
- 6) Delirios de ruina, remordimientos o pecado imperdonable, autoacusaciones que son absurdas e inquebrantables

10.- Ideación suicida

- 0) La vida es divertida o la toma como viene
- 1) Entre 0 y 2
- 2) Cansado de la vida. Sólo ideas pasajeras de suicidio
- 3) Entre 2 y 4
- 4) Probablemente mejor muerto, son frecuentes las ideas de suicidio y el suicidio se considera como una posible solución, pero sin planes o intentos específicos
- 5) Entre 4 y 6
- 6) Planes de suicidio claros para cuando haya una oportunidad. Preparación activa para el suicidio.

CRITERIOS DE DEPRESION DSM IV

Cuadro 1. Criterios diagnósticos del DSM IV para Episodio Depresivo Mayor.

- A. Presencia de cinco o mas de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.**
- (1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día casi cada día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros.
 - (2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día casi cada día (según lo refiere el propio sujeto u observan los demás)
 - (3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p.ej. un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes) o pérdida o aumento de apetito casi cada día
 - (4) Insomnio o hipersomnias casi cada día.
 - (5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
 - (6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día
 - (7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes)casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
 - (8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
 - (9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte) ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.**
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.**
- D. Los síntomas no son debidos a efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.**
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante mas de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.**

Cuadro 2. Criterios diagnósticos del DSM IV para Trastorno Depresivo Mayor Episodio Único.
Trastorno depresivo mayor, episodio único F32.x

- A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.**
- B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.**
- C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco**

Si se cumplen todos los criterios de episodio depresivo mayor, especificar su estado clínico actual y/o sus síntomas:

Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos/grave con síntomas psicóticos.

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el período posparto.

Si no se cumplen todos los criterios de episodio depresivo mayor, especificar el estado clínico actual del trastorno depresivo mayor o de los síntomas de episodio más reciente:

En remisión parcial, en remisión total, Crónico, Con síntomas catatónicos, Con síntomas melancólicos, Con síntomas atípicos, De inicio en el postparto.

Cuadro 3. Criterios diagnósticos del DSM IV para Trastorno Depresivo Mayor, Recidivante. **Tr. Depresivo mayor, recidivante (F33.x)**

- A. Presencia de dos o más episodio depresivos mayores. Nota. Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos dos meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.**
- B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.**
- C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco. Nota: esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.**

CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nombre completo _____

Número de expediente _____ **Edad** _____

Genero Femenino _____ Masculino _____

Estado civil:

Soltero/a _____ Casado/a _____ Divorciado/a _____ Viudo/a _____ Unión libre _____

Escolaridad

Ninguna _____ Primaria incompleta _____ Primaria completa _____ Secundaria _____

Preparatoria _____ Licenciatura _____ Postgrado _____

Ocupación Ninguna _____ Empleado/a _____ Hogar _____ Jubilado _____

Estudiante _____ Independiente _____

Recibe terapia Si _____ No _____

Número de sesiones de terapia. _____

Tratamiento que toma y tiempo aproximado que lleva tomándolo. _____
