



DEPRESION Y DINAMICA FAMILIAR INVESTIGACION EN 80 FAMILIAS PROBLEMA

TESIS RECEPCIONAL QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTAN:

- DR. JOSE CUTBERTO GONZALEZ CARDENAS
- DR. JOSE GUADALUPE LOPEZ GARCIA
- DR. LEANDRO PRIETO PAZ
- DRA. SILVIA ANGELINA ROMERO VELASCO

ASESORES:

- DR. CARLOS RAMIREZ VALDEZ
- DR. ISMAEL TELLEZ FERNANDEZ

TORREON, COAHUILA, NOVIEMBRE DE 1979.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

C O N T E N I D O

1.— INTRODUCCION

- 1.1 JUSTIFICACION
- 1.2 PROPOSITOS

2.— DEPRESION

- 2.1 DEFINICION
- 2.2 ANTECEDENTES HISTORICOS
- 2.3 CLASIFICACION
- 2.4 EPIDEMIOLOGIA
- 2.5 ETIOLOGIA
- 2.6 PATOGENIA
- 2.7 CUADRO CLINICO
- 2.8 TRATAMIENTO
- 2.9 PRONOSTICO
- 2.10 MODELO DE HISTORIA NATURAL Y NIVELES DE PREVENCION

3.— DEPRESION Y DINAMICA FAMILIAR

INVESTIGACION DE 80 FAMILIAS PROBLEMA

- 3.1 ANTECEDENTES
- 3.2 HIPOTESIS
- 3.3 MATERIAL Y METODO
 - 3.3.1 MATERIAL
 - 3.3.2 METODO
 - 3.3.2.1 DEFINICIONES CONCEPTUALES
 - 3.3.2.2 DEFINICIONES OPERACIONALES
 - 3.3.2.3 SELECCION DE LA MUESTRA
 - 3.3.2.4 SEGUIMIENTO DE LA INVESTIGACION
 - 3.3.2.5 RECOLECCION DE DATOS
 - 3.3.2.6 EVALUACION
 - 3.3.2.7 ANALISIS ESTADISTICO DESCRIPTIVO
 - 3.3.2.8 ANALISIS ESTADISTICO INFERENCIAL
 - 3.3.2.9 RESUMEN Y CONCLUSIONES
- 3.4 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1.- INTRODUCCION

1.1 JUSTIFICACION

El estado de depresión en el conjunto de trastornos emocionales ocupa un lugar muy especial, considerándose un padecimiento del talante acompañado por diversos síntomas somáticos que pueden aparecer en forma aislada o crónica, con probable base causal de metabolismo trastornado, relacionado en ocasiones con factores externos, acompañando a diversas enfermedades, a cualquier etapa de la vida, en forma única o acompañada de manía y cuyo tratamiento, se discute, teniendo un pronostico generalmente incierto, llegando en ocasiones a ser fatal al culminar en el suicidio.

El médico familiar cuyo campo de acción es el primer nivel de atención deberá saber detectar tempranamente y tratar en forma oportuna dicho cuadro, e incrementar la relación con la familia en un proceso de investigación continua que le permita el manejo, integral adecuado, con tal visión se presenta este trabajo.

1.2 PROPOSITOS

Revisar la literatura sobre el problema identificado y evaluar la problemática de nuestro universo de trabajo, que es el de la medicina familiar, sentando las bases para investigaciones futuras al respecto.

2.- DEPRESION

2.1 DEFINICION

Disminución del talante con manifestaciones de tipo afectivo fisiológico o psicológico que puede constituir una enfermedad o un síntoma de otras patologías.

2.2 ANTECEDENTES HISTORICOS

La primera mención que se hace de la depresión es en la biblia cuando habla de los reyes Saúl y Nabucodonosor. Durante su juventud, el comportamiento de Saúl había sido un tanto anormal. En la madurez, su conducta se caracterizó por falta de dominio de los impulsos, suspicacia casi paranoide y extrema irritabilidad. Terminó suicidandose, con lo que demostró la gravedad de su depresión. Si Saúl hubiera vivido en nuestros días posiblemente se le hubiera diagnosticado como maníaco depresivo.

En cambio Nabucodonosor no presentaba grandes variaciones en su estado de ánimo; solo padeció de depresiones intensas, que se caracterizaban por irritabilidad anormal y períodos durante los cuales el rey creía verse convertido en un animal salvaje.

LOS GRIEGOS EN LA ANTIGUEDAD

En el siglo IV ac., Hipócrates describió los padecimientos del estado de ánimo. Se le atribuye el término de melancolía que sería resultado, de la influencia de la bilis negra y de la flema sobre el encéfalo, "obscurciendo el espíritu y volviendolo melancolía..."

Aproximadamente 500 años después, al principio del II siglo A.C., Areteo de Capadocia reconoció y registró una asociación entre melancolía y manía: "Aquellos alterados por la melancolía no son todos los alterados por una forma patológica en particular; son sospechosos de envenenamiento o se lanzan al desierto debido a misantropía, o se vuelven supersticiosos y contraen un odio hacia la vida. Si en cualquier momento hay relajación, en la mayoría de los enfermos aparece hilaridad; los enfermos son torpes o muy austeros, tontos o estan abatidos sin causa manifiesta; también se vuelven quisquillosos, desalentados, tienen insomnio y se duermen a partir de un estado de inquietud con sueño superficial. Un miedo irrazonable los invade, si la enfermedad tiende a aumentar, se quejan de la vida y desean la muerte". Areteo observó que el trastorno del afecto era a menudo en forma de episodio, pero también ocurría en forma crónica no remitente. Al igual que Hipócrates le atribuyó la causa a desequilibrio humoral: " Si se trata de bilis negra va hasta el estómago y diafragma, forma la melancolía ya que produce flatulencia y eructos de olor fétidos y a pescado y envía un viento retumbante hacia abajo y altera el entendimiento".

El médico francés Falret del siglo XIX, describió una variedad de depresión manifestada por episodio de depresión con remisiones y ataques de duración creciente, es una enfermedad que ocurre con mayor frecuencia

entre las mujeres que entre los hombres, algunas veces asociada a manía (locura circular) Falret y su contemporáneo Baillarger (que también describió los ataques recurrentes de manía y melancolía) probablemente influyeron en el concepto posterior de Kraepelin acerca de la psicosis maniaco-depresiva.

En 1896 Kraepelin, hizo su principal contribución a la psiquiatría separando a las psicosis funcionales en dos grupos: Demencia precoz y Psicosis Maníaco-Depresivo. La primera era crónica y perseverante con un pronóstico malo por lo general. La psicosis maniaco-depresivo por otra parte, no termina en invalidez crónica. Después de la 6a. edición de su libro de texto en 1896, Kraepelin continuó definiendo los límites de la demencia precoz en forma estrecha, pero expandió los de psicosis maniaco-depresiva, hasta incluir a casi todas las anormalidades del estado de ánimo. Los enfermos con depresiones crónicas fueron clasificados al igual que aquellos con enfermedad por episodios, tanto los que padecían la forma maníaca como la forma depresiva.

Kraepelin había insistido en que la psicosis maniaco-depresiva era generalmente independiente de las fuerzas sociales y psicológicas, que la causa de la enfermedad era "inata". Freud y los psicoanalistas supusieron lo opuesto. Freud en Lamento y Melancolía, publicado en 1917, señaló sus teorías de la génesis psicodinámica de la depresión. El sostenía la hipótesis de que la depresión tenía en común con el proceso de lamentación, una respuesta a la pérdida del "objeto del amor", es decir la pérdida de algo muy valioso. La aflicción, una respuesta saludable, difería de la melancolía en que esta última involucraba la expresión intensa de sentimientos hostiles de ambivalencia, primordialmente asociados con el objeto. Con la pérdida de la persona o la cosa amada, estos sentimientos nocivos no resueltos, eran dirigidos hacia el interior, resultando en la desesperación, una sensación de inutilidad, pensamientos de autodestrucción y otros síntomas de depresión.

Después de la década del siglo XX ha habido una considerable controversia acerca de la diferencia entre la depresión "endógena" y la depresión "reactiva". Esta controversia tuvo origen parcialmente en los puntos antagonicos de los partidarios de Kraepelin y Freud hacia los fenómenos mentales en general. Kraepelin y sus seguidores buscaron los límites de la conducta anormal diferenciando los síntomas de los síndromes, manteniendo la tradición de la medicina alemana del siglo XIX.

Freud y sus alumnos buscaban los mecanismos mentales que podrían ser los más frecuentes en los padecimientos, pero se limitaban al estudio de dichos estados. Tales diferencias en la actitud aumentaron por el hecho de que los psiquiatras Kraepelianos trataban primordialmente a enfermos muy graves, hospitalizados, mientras que los psiquiatras freudianos tenían casos leves y no hospitalizados.

Las diferencias nunca han sido resueltas. Ha habido clasificación tras clasificación de los padecimientos del afecto, la mayor parte en términos de dicotomías; los endógenos opuestos a los reactivos; los psicóticos opuestos a los neuróticos; los agitados opuestos a los asténicos.

Una gran parte de la literatura del siglo XX acerca de los trastornos de la efectividad supone tacitamente que existen dos formas básicas de depresión. A menudo los términos reactivo y neurótico han sido, identificados, como lo han sido los términos endógenos y psicóticos.

Se han supuesto que la depresión del primer tipo resulta más leve que son más a menudo la resultante directa de eventos precipitantes ó de respuestas individuales únicas ante la tensión social y psicológica y más recientemente se afirma a veces que responden menos antes la terapéutica somática. No obstante, persiste la controversia de la validez de aquella distinción.

Una alternativa que evita la inferencia acerca de la etiología es la clasificación del afecto en primarios y secundarios.

Las depresiones reactivas y endógenas pueden clasificarse como primarias o secundarias. Los enfermos con depresiones leves o intensas con o sin síntomas psicóticos (como las alucinaciones o ideas delirantes), con muchos episodios o con pocos e independientemente de la edad del comienzo pueden ser diagnosticados como pacientes que presentan un trastorno primario o secundario del afecto.

Se han publicado, reportes en la última década que señalan que el padecimiento primario de la afectividad debería dividirse en unipolar y bipolar (la impresión inicial de uno en relación con bipolar y unipolar, es que los enfermos con padecimientos bipolares han tenido tanto la manía como la depresión mientras que los enfermos con la enfermedad unipolar han padecido solamente uno u otro). En la actualidad el término bipolar se refiere a los enfermos con manía hayan o no padecido también de depresión.

El término unipolar refierese a los enfermos que han tenido depresión. Los enfermos con enfermedad bipolar tienen una edad más temprana del padecimiento que los enfermos unipolares. Sus historias clínicas se caracterizan por episodios más frecuentes y más cortos, inclusive si consideramos a la depresión por sí sola. Hay mayor frecuencia del padecimiento afectivo entre los familiares de los enfermos bipolares, que entre los familiares de los enfermos unipolares.

Muchas de las interrogantes acerca de los padecimientos afectivos que han preocupado a los investigadores, se encuentran todavía sin resolver. En la actualidad, no hay forma alguna de evaluar la importancia de los eventos precipitantes en enfermedad bipolar y unipolar.

2.3 CLASIFICACION

A.—REACTIVA

UNIPOLARES
MANIACO
○
DEPRESIVO

DEPRESION B.—TRASTORNOS AFECTIVOS

PRIMARIOS

BIPOLARES
MANIACO
Y
DEPRESIVO

C.—SECUNDARIA A PADECIMIENTOS SUBYACENTES



2.4 EPIDEMIOLOGIA

Los trastornos emocionales son frecuentes en la comunidad. Al adoptar criterios y definiciones bastante estrictos, excluyendo aquellos enfermos que padecen otras enfermedades primarias y donde los trastornos emocionales tienen una prevalencia anual de 15%, casi 400 personas de una población de pacientes de 2,500 serán vistas cada año por trastornos emocionales. Los trastornos emocionales ocurren a todas las edades pero la prevalencia más elevada se presenta en la edad media. Las mujeres son afectadas dos a tres veces más que los hombres y en muchas los trastornos son padecimientos familiares con una fuerte historia de problemas similares en otros miembros de la familia.

Debido a la falta de precisión en el diagnóstico es difícil proporcionar datos precisos acerca de la frecuencia de la depresión de la comunidad. Un intento por hacer esto, basado en estudios e información de la consulta general en una población de 2,500 pacientes durante un año, sugiere que la prevalencia anual es de 40 por 1,000.

Representando solo la cuarta parte de aquellos que están deprimidos, debido a que los demás no buscan consejo médico por lo tanto la prevalencia verdadera será mayor de 160 por 1,000 en toda la población. Solamente el 10% de las personas deprimidas son vistas por el Psiquiatra. La tasa anual de intento de suicidio es de 1 por 1,000 en la población y la tasa actual de suicidios es de 0.1 por 1,000.

Esto significa que dentro de la población promedio de consultas de 2,500 por año habrá: 400 personas deprimidas, 100 que consultan al médico cada año, 2 - 3 que intentaran suicidio y ocurrirá un suicidio cada 4 años.

Whitney, W y cols. Reportan una relación significativa entre estudiantes con bajo rendimiento y deserción y depresión, en otro estudio se reporta la enfermedad bipolar relacionada con gran frecuencia con el puerperio, mediante manifestaciones maníacas depresivas. Por último describe Woodruff la imposibilidad de poder lograr en la práctica una estadística precisa del suicidio por desconocerse la relación real de éste con la casística de muerte en accidente.

2.5 ETIOLOGIA

Herencia.

Se ha sostenido desde hace mucho tiempo que la herencia es por un gen dominante autosómico con penetración incompleta, de manera que no todas las personas predispuestas desarrollan síntomas declarados.

El riesgo de morbilidad para los padres, hermanos e hijos se estima en alrededor del 15%, cuando los casos estudiados han sido subdivididos en los que se inician al principio de la edad adulta y aquellos cuyo principio es en la edad madura este riesgo se ha demostrado que es del 20% en el primero, en comparación con el 8% en el último.

Constitución y temperamento.

Una complejión mesomórfica, representada por un físico grueso y redondeado, parece ser corriente como lo es también una personalidad pre-morbosa del tipo ciclotímico, pero estos hallazgos no son invariables.

Factores psicológicos.

Las muchas teorías desarrolladas por una u otra escuela para explicar la enfermedad afectiva en términos de psicología normal se enfocan sobre la idea de pérdida. Una de éstas es que la pérdida contemporánea reactiva la memoria inconsciente de experiencias infantiles de abandono por un padre ausente ó privación de alimento cuando estaba hambriento; esto va ligado a un descenso de la propia estimación y a una rabia destructiva sobre la causa supuesta del abandono o la privación.

Factores físicos.

Infecciones víricas, tales como la influenza, la fiebre ganglionar y la hepatitis, son precursores corrientes de la depresión, y el hipotiroidismo y la enfermedad extrapiramidal van a menudo asociadas a ella. Los medica-

mentos utilizados para tratar la hipertensión, tales como la reserpina, la metildopa y la guanetidina pueden desencadenarla.

2.6 PATOGENIA

Teorías bioquímicas.

Agua y electrólitos. Las concentraciones de electrólitos en plasma y en el líquido cefaloraquídeo son normales en los trastornos afectivos, pero las técnicas de dilución de isótopos han demostrado que el agua, tanto extra como intracelular, aumenta al recuperarse de estos trastornos. La concentración de potasio intracelular ha resultado ser más baja de lo normal durante la enfermedad depresiva y permanece baja después de la recuperación.

La concentración de sodio intracelular ha resultado estar aumentada en un 50% durante la enfermedad depresiva y no menos que en el 200% durante la manía, retornando a la normalidad después de la recuperación. En el momento actual, no está claro si estas desviaciones de los electrólitos son la causa o el efecto de los síntomas.

Secreción de corticosteroides. La depresión es corriente en las enfermedades Cushing, de Addison y en estado de stress, lo que sugiere que alguna anomalía de la función cortical suprarrenal puede ser un factor causal, aunque esto aún no se ha comprobado. Las concentraciones de corticosteroides en plasma en los pacientes deprimidos presentan un ritmo circadiano normal. Las estimaciones seriadas de cortisol en plasma, hechas durante toda la estancia del paciente en el hospital, muestran algunas veces, aunque no siempre una caída regular durante la recuperación.

Metabolismo cerebral de las aminas. La hipótesis de las aminas intenta explicar la patología de la enfermedad efectiva en función de las modificaciones del metabolismo cerebral o la liberación de aminas biogénicas. La noradrenalina y la 5-hidroxitriptamina, junto con la dopamina y la histamina, están distribuidas en áreas del cerebro que parecen tener importantes funciones en relación con el despertar y la mediación y el control de la emoción y la función autónoma.

En resumen, las pruebas actuales sugieren una posible perturbación del metabolismo cerebral de la 5-hidroxitriptamina y de la noradrenalina en los pacientes con enfermedad depresiva. El establecimiento de un enlace causal entre los dos depende de la demostración de que el desarrollo de la anomalía acompaña a la iniciación de los síntomas y que la corrección de la alteración metabólica va seguida de una mejoría clínica.

2.7 CUADRO CLINICO

Hay una gama extraordinaria de síntomas. La depresión en sí puede fluctuar desde una leve tristeza hasta una melancolía profunda.

Los síntomas y signos asociados incluyen retardo psicomotor, preocupaciones somáticas o ideas delirantes orgánicas (específicamente referibles a corazón, cráneo y abdomen), inquietud, agitación, abstinencia de las

actividades sociales, irritabilidad, ausencia de satisfacción, pérdida de la energía e iniciativa, preocupación con el ego, cavilación, ruminación (preocupaciones iterativas acerca de las funciones corporales), pérdida de la lividez, anorexia con pérdida concomitante de peso, insomnio (el más grave ocurre en la madrugada); hipersomnio (con menos frecuencia), constipación e ideación paranoide. En algunos puede haber un intento fingido de jovialidad pero sin éxito alguno. Físicamente el paciente puede presentarse como un estado que varía desde el rechazo, postura inclinada (encorvada), movimientos lentos, renuencia al lenguaje y voz suave, en el extremo opuesto de la agitación. Considerándose como base para el diagnóstico de las depresiones los siguientes síntomas presentes en todas las depresiones:

- a) Disminución del talante el cual varía desde tristeza leve hasta intensos sentimientos de culpa y desesperación.
- b) Dificultad para pensar incluyendo la incapacidad para concentrarse y la falta de decisión.
- c) Pérdida de interés con disminución de la involucración en el trabajo y la diversión.

Presentes en las depresiones graves:

- a) Ideas delirantes de naturaleza hipocondríaca o persecutoria.
- b) Despersonalización incluyendo sentimientos de estar apartados de la realidad con pérdida total del sentimiento.
- c) Síntomas físicos: Por ejemplo, anorexia, insomnio, reducción del apetito sexual y quejas diversas.

MODELOS TEORICOS

Hay cuatro modelos básicos teóricos de depresión:

- 1.— La integración de "agresión vuelta hacia el interior". Aparente en muchos casos clínicos, no tiene prueba sustancial. La situación de emergencia o la expresión de ira la aliviaría.
- 2.— El modelo de la "pérdida", como reacción a pérdida de una persona o posición, autoestima o hasta de un patrón de hábito frecuente en la vida cotidiana y mostrando frecuentemente la evidencia de la conexión; pérdida-respuesta de depresión.
- 3.— El enfoque "relación interpersonal", que utiliza conceptos de conducta. En este caso es frecuente el uso de la depresión para controlar personas (médico), es extensión del desarrollo de un comportamiento como la ira, el desagrado, Expansión de reacciones producidas por sentir lastima de sí mismo, no querido y solo, pudiendo así adquirir atención de los demás que no puede retener mucho tiempo (la mayoría de los patrones neuróticos fracasan), empeorando su situación inicial.
- 4.— "Hipótesis de las aminas biógenas", en este caso hay alteraciones

bioquímicas como la depauperación de "aminas biógenas". La acción de la reserpina en su actividad fisiológica produce ocasionalmente depresión que ha apoyado esta hipótesis que requiere mayor investigación.

Los cuatro factores puede hallarse presentes en una depresión.

Diagnóstico diferencial. Puede muy bien ocurrir que el síndrome depresivo se encuentre asociado a una afección orgánica. En caso de enfermedades cerebrales suele haber signos de demencia, por ejemplo: deficiencias de la memoria, breves accesos de aturdimiento o pérdida de la conciencia y cambios de personalidad. En caso de depresión deberá hacerse una historia clínica y un reconocimiento físico minucioso. Los padecimientos de orden médico que se manifiestan en forma depresiva son numerosos; pueden señalarse enfermedades endócrinas como el hipotiroidismo o el síndrome de Cushing, el carcinoma pulmonar y enfermedades del sistema nervioso central.

La depresión es también muy común posteriormente a enfermedades virales como la influenza, la mononucleosis o la hepatitis infecciosa. Muchas semanas después de concluir el tratamiento de estas enfermedades frecuentemente aparecen cuadros de letargo y manifestaciones hipocóndriacas. También puede existir depresión junto con enfermedades orgánicas crónicas que pueden enmascararla, como la artritis reumatoidea, la úlcera péptica y la enfermedad de Parkinson. Puede igualmente presentarse un cuadro depresivo después de intervenciones quirúrgicas serias especialmente la parotomías bajas, siendo la depresión también muy común después del parto.

Algunas veces puede ser difícil el diagnóstico diferencial entre la depresión y la esquizofrenia. Sin embargo, la edad de aparición del síndrome, los antecedentes y el hecho de que las delusiones depresivas, por estravagantes que se manifiesten sean consistentes con un afecto depresivo y originen de éste, son los datos que generalmente sirven para establecer la diferencia. En contraste con el paciente deprimido, el esquizofrénico se aparta de manera mucho más general de la realidad... es absorbido en remotas fantasías psicóticas... y presenta delusiones no relacionadas con un afecto primario que no es, en ningún aspecto, de tipo consistentemente depresivo.

Como los síntomas de ansiedad suelen destacarse durante la fase inicial de un síndrome depresivo, resulta a veces difícil diferenciar la depresión de un estado de ansiedad neurótica.

No obstante, la ansiedad de aparición más reciente, especialmente en un enfermo de edad madura, deberá siempre inducir al médico a investigar los demás síntomas de un síndrome depresivo.

Complicaciones. Entre más se prolongue el estado de depresión más se cristalizará, sobre todo cuando hay elementos de refuerzo secundario.

La complicación más importante es el suicidio que se ha constituido en un grave problema médico.

Hay cuatro grupos principales de individuos que efectúan intentos suicidas:

- 1.— El abrumado por la problemática de la vida con sentimiento de ambivalencia, realmente no desea vivir pero tampoco morir. Engloba el mayor número de suicidas.
- 2.— La de los que intentan controlar a otros individuos. Aquí se trata de lastimar o controlar a una persona significativa.
- 3.— La de aquellos con depresión intensa. Incluye casos de depresión exógena y endógena que llegan incluso a un intento serio cuando, ya el individuo está comenzando a mejorar.
- 4.— Aquellos con padecimientos psicóticos. Son impredecibles y casi siempre tienen éxito en lograr el suicidio, constituyen un gran porcentaje del total.

El problema es a menudo empeorado por la complicación a largo plazo del intento suicida, por ejemplo daño encefálico debido a hipoxia; neuropatías periféricas debidas a largos períodos en una posición que causa compresión nerviosa y problemas médicos o quirúrgicos no corregibles.

Otra de las complicaciones son los trastornos del sueño.

No es menos importante la complicación generada por la interacción perjudicial entre el paciente deprimido y su familia con el establecimiento frecuente de un círculo vicioso que lleva a la destrucción de ambos y la generación probable de más pacientes deprimidos en el seno familiar.

2.8 TRATAMIENTO

Tratamiento de las depresiones reactivas.

- a) Psicológico. Este tratamiento es iniciado frecuentemente en crisis situacionales, ya que es el momento en que el paciente puede ser más factible al cambio.

La psicoterapia individual estará orientada a ayudar al individuo a que cambie algunos de los caminos habituales para enfrentarse a situaciones en la vida. En muchos casos la ira reprimida y la culpa subrayan la depresión. La verbalización y el enfrentamiento a estos sentimientos tiende a disminuir la depresión.

Cuando la depresión es secundaria a defectos interpersonales graves estará indicada la terapéutica de grupo individual. Se desea y se necesita el tratamiento familiar o por parejas en aquellas situaciones que provienen de ausencia de armonía familiar o marital.

- b) Social. Los tipos sociales son importantes debido a que frecuentemente la depresión es consecuencia de la abstinencia social que ésta a su vez exagera el vacío y la soledad que provoca mayor retracción y aislamiento inicial.

Puede ser necesaria la asistencia de tipo ocupacional, incluso necesitarse rehabilitación vocacional cuando la depresión esta relacionada a la pérdida de autoconfianza en ausencia de trabajo.

- c) Médico. Es necesaria la valoración médica para descartar padecimiento organico subyacente, también es importante el determinar si existe o no algún problema de alcoholismo o toxicomania oculto. Se debe de valorar los medicamentos prescritos como por ejemplo la reserpina, alfa-metildopa, ya que estos podrían provocar depresión. El uso de tranquilizantes menores como el diazepam 5 a 10 mgs. cada 4 a 6 hrs. en pacientes cuyo problema principal es la ansiedad particularmente en crisis situacionales. Los antidepresores en las depresiones exógenas no son muy eficaces pero el doxepin (sinequan) es eficaz para aliviar la ansiedad y mejorar el sueño a dosis de 50-100mgs. antes del reposo nocturno.
- d) Conductista. Los enfoques conductistas son más valiosos en padecimientos específicos los cuales desempeñan un papel en la depresión; por ejemplo la desensibilización es útil en casos donde las fobias estan presentes.

El desempeñar un papel puede despertar la agresividad en aquellos pacientes cuya depresión constituye una función de pasividad.

Tratamiento de los trastornos afectivos primarios.

- a) Médico. En estos el tratamiento médico es de mayor importancia la hospitalización, está indicada cuando el paciente tenga intenciones suicidas o este gravemente incapacitado. Se usará el tratamiento de elección que será a base de antidepresores cíclicos que deberan usarse a dosis adecuada y ser administrados durante un lapso de prueba:

Imipramina de 100 mgs. por día dosis de inicio y aumentando 25 mgs. diariamente hasta que ocurra mejoría o alcance la dosis de 300 mgs. diarios. En casos resistentes podrá intentarse con mucha precaución una combinación de antidepresores tricíclicos e IMAO.

Aunque el litio no es eficaz en el tratamiento de las depresiones agudas existe su indicación en la disminución de la recurrencia de las depresiones en trastornos afectivos primarios, tanto bipolares (mania y depresión), como unipolares (depresión recurrente).

En los estados maníacos se tratan con Haloperidol en dosis de 5 mgs. vía oral o IM cada 4-6 hrs. hasta que los síntomas desaparezcan.

- b) Psicológica. Esta terapéutica a menudo es inecesaria y estará limitada a los casos de depresión con pasividad acentuada, incapacidad para controlar la ira, tendencias compulsivas y el uso excesivo de alcohol y alguna droga.
- c) Social. Ha veces es importante la estructuración social como es la hospitalización cotidiana de estos pacientes; esto no es adecuado, para el paciente suicida pero si para el paciente que esta incapacitado para desenvolverse nuevamente en las actividades de la vida diaria. El aseso-

ramiento familiar y el trabajo son útiles frecuentemente en los episodios recurrentes o prolongados.

d) Conductista. Las técnicas de la conducta al igual que las terapéuticas son utilizadas en zonas de problemas concomitantes.

2.9 PRONOSTICO.

Muchos pacientes deprimidos mejoraran con comprensión y simpatía seguida de sosten, pero los beneficios de las drogas antidepresoras no deben retardarse más de 2 a 3 semanas.

Más del 90% de los pacientes deprimidos podrán ser tratados en forma primaria por el médico familiar, pero el envío al psiquiatra será necesario en los enfermos crónicos refractorios al tratamiento con antidepresivos, en los cuales el riesgo de suicidio se considera una posibilidad y que debido a su situación social y hogareña difícil tienen un pronóstico incierto.

PERIODO PREPATOGENICO

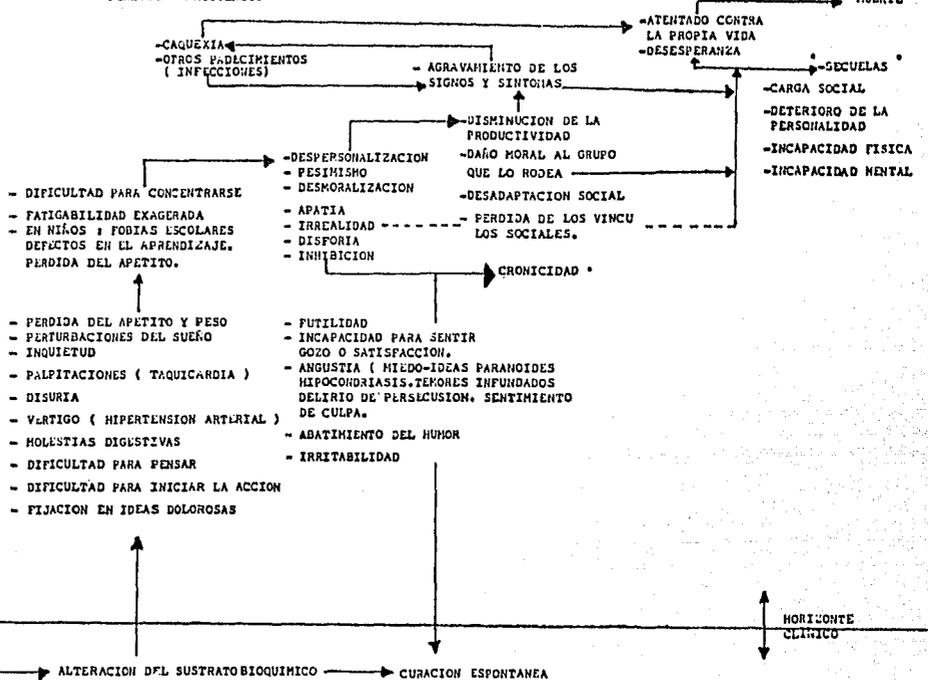
FACTORES DEL AGENTE
 VARIACIONES CIRCADICAS DE MONOAMINAS CEREBRALES.
 PERDIDA DEL OBJETO AMADO

FACTORES DEL HUESPED
 EDAD: (PRINCIPALMENTE EN ADOLESCENCIA CLIMATERIO Y SENECTUD)
 HERENCIA: (?)
 OCUPACION: (TENSIONES EN EL MEDIO LABORAL)
 ESTADO PREVIO DE SALUD (CA DE CABEZA DE PANCREAS, ENFERMEDADES CRONICAS, ETC)
 PERSONALIDAD: (DEPENDIENTE, OBSESIVA, HISTERICA)
 AISLAMIENTO SOCIAL, (TIPO DE DIVERSIONES AMISTADES, CENTROS DE REUNIONES, NIVEL DE PREPARACION, ETC.)

FACTORES DEL AMBIENTE
 LUGAR DE RESIDENCIA : (MAS EN COMUNIDAD DES URBANOINDUSTRIALES, QUE EN COMUNIDAD DES AGRICOLARRURALES).
 CARACTERISTICA DEL GRUPO SOCIAL QUE RODEA AL INDIVIDUO (CULTURA, APECTO, ACTITUDES ETC.)
 ESTABILIDAD FAMILIAR: (ABANDONO TEMPRANO POR ESTANCIA EN HOSPITALES, GUARDERIA INTERNADOS, SEPARACION DE LOS PADRES, ETC)
 CAMBIO BRUSCO EN LAS CONDICIONES SOCIALES : (PASO DE COMUNIDAD RURAL A URBANA)

ESTIMULO DESENCADINANTE

PERIODO PATOGENICO



PREVENCIÓN PRIMARIA	PREVENCIÓN SECUNDARIA	PREVENCIÓN Terciaria
<p>PROMOCION DE LA SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> - EDUCACION SANITARIA - VIGILANCIA DEL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD. - EXAMENES PERIODICOS - MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES LABORALES - EDUCACION FAMILIAR PARA EL LOGRO DE ESTABILIDAD EN LOS VINCULOS INTERN FAMILIARES. - CAMPAÑAS DE PROMOCION CULTURAL (LIBROS, PLATICAS, PELICULAS, TEATRO). 	<p>DIAGNOSTICO Y TRAT. OPORTUNO</p> <ul style="list-style-type: none"> - HISTORIA CLINICA ELABORADA CON PACIENTE Y CUIDADO. - ESTUDIO SOCIAL RETROSPECTIVO - DETERMINACION DE LA DINAMICA FAMILIAR Y LABORAL. - EXPLORACION DEL CONCEPTO DE SALUD DEL PACIENTE. - EXPLICACION AL PACIENTE DE SU PADRIMIENTO. - APOYO FAMILIAR Y SOCIAL. - INFORMACION SOBRE LA DEPRESION ENHACERADA. - DETERMINACION DE METABOLITOS DE MONOAMINAS EXCRETADOS EN ORINA Y PRESENTES EN LIQUIDOS ORGANICOS (DISMINUCION EN LA ACUMULACION DE ACIDO VANILMANDELICO Y 5 - HIDROXILINDOLACTICO) 	<p>REHABILITACION</p> <ul style="list-style-type: none"> - TERAPIA FISICA - TERAPIA OCUPACIONAL - ACCESIBILIDAD AL SECTOR LABORAL - REINCORPORACION A LAS ACTIVIDADES LABORALES Y SOCIALES. - PSICOTERAPIA, INDIVIDUAL, FAMILIAR LABORAL Y SOCIAL, HASTA CONSEGUIR LAS CONDICIONES OPTIMAS PARA CADA PACIENTE.

3.— DEPRESION Y DINAMICA FAMILIAR

INVESTIGACION EN 80 FAMILIAS PROBLEMA

3.1 ANTECEDENTES

En la literatura médica revisada se hacía referencia respecto a la importancia de la detección oportuna por el médico de primer contacto del paciente con depresión, entendida ésta como una enfermedad o un síntoma de otras enfermedades emocionales o físicas. La depresión que da lugar a cuadros clínicos con generación probable de pacientes y familias denominadas en los consultorios como problema. Son múltiples las referencias a propósito de este cuadro clínico que llega a presentar el paciente deprimido con desordenes de tipo afectivo persistente, equivalentes fisiológicos y psicológicos y que siguiendo con su historia natural puede llegar al suicidio, así como la presumible frecuente agresión al núcleo familiar con repercusión de depresión en sus elementos, conflictos, disfunción, crisis y desintegración.

De dicha investigación bibliográfica, así como de los pacientes con depresión detectados en la consulta nos han quedado interrogantes que dieron base a la presente investigación.

3.2 HIPOTESIS

- Hó: En familias problema no existe diferencia significativa entre grado de depresión e inestabilidad y disfunción familiar.
- H1: En familias problema existe diferencia significativa entre grado de depresión e inestabilidad y disfunción familiar.
- Hó: No existe diferencia significativa entre grado de depresión y familias problema y cuadros clínicos inespecíficos.
- H1: Existe diferencia significativa entre grado de depresión y familias problema y cuadros clínicos inespecíficos.

3.3 MATERIAL Y METODO

3.3.1 MATERIAL.

- a) Humano: 80 pacientes y sus familias, de la consulta de 23 médicos familiares.

Complementario: 20 residentes del 2o. año de medicina familiar, una trabajadora social.

- b) Otro material: El propio de los consultorios del médico familiar de base y cuestionarios EAMD y médico integral.

3.3.2 METODO

3.3.2.1 DEFINICIONES CONCEPTUALES.

Basadas en los criterios de selección de los elementos:

- a) Pacientes y sus familias calificadas como problema, y que pueden; b) manifestar características de emergente o depositario ó; c) cuadros clínicos inespecíficos con probable fondo depresivo.

I.- Grado de depresión. Intensidad del estado depresivo independientemente de su etiología.

II.- Inestabilidad familiar. Situación constituida por pérdidas frecuentes de la armonía o continuidad en el ciclo familiar de evolución natural.

Puede evolucionar a paracrisis, que es la inestabilidad persistente o presencia de sucesos que advisoran una crisis.

Crisis: la inestabilidad en fase permanente que frecuentemente culmina en la desintegración familiar.

III.- Disfunción familiar: estado originado por el no cumplimiento de las funciones familiares.

Las funciones familiares son:

- a) Socialización: Transformar a lo largo de un "x" números de años a cada uno de los hijos en un ser capaz de llevar a cabo una completa participación en la sociedad.
- b) Cuidado: Satisfacer las necesidades físicas de los miembros que la componen.
- c) Afecto: Brindar apoyo y respuesta emocional en forma dinámica, continuada recíproca y preferencialmente creciente.
- d) Reproducción: Proveer de nuevos miembros a la sociedad perpetuandola.
- e) Sexual: Otorgar y obtener satisfacción sexual.
- f) Status: Persecución de un nivel socioeconómico y cultural cada vez mayor.

IV.- Familia problema: Familia cuya actitud y manifestaciones alteran el proceso normal de consulta, con deterioro frecuente de la relación médico paciente.

Emergente: Paciente cuyas manifestaciones denuncian la situación imperante en la problemática familiar.

Depositorio: Paciente que retiene y absorbe la carga de la problemática familiar y que llega a ser segregado de la familia.

V.- Cuadro clínico inespecífico: El que se mantiene con síntomas clínicos independientes ó fluctuando entre síndromes.

3.3.2.2 DEFINICIONES OPERACIONALES

I.- Grado de depresión: Intensidad de la depresión de acuerdo a la escala "AMD" del Dr. William W. K. Zung.

II.- Inestabilidad familiar: Trastorno en la familia evidenciable mediante el diagnóstica del estudio médico integral.

III.- Disfunción familiar: Es la predominancia de funciones familiares no cumplidas.

IV.- Familia problema: La del paciente con gran demanda de consulta, con cuadros clínicos inespecíficos, gran demanda de incapacidades.

Emergente: El paciente que refiere isocronicidad entre su enfermedad y la problemática familiar.

Depositorio: Paciente que manifiesta su enfermedad como consecuencias de alteraciones en otros miembros de la familia. Estos se diagnostican mediante revisión de expediente y elaboración de estudio médico integral.

V.- Cuadro clínico inespecífico: El constituido por síntomas imprecisos, que no orientan a una enfermedad determinada y con frecuente incongruencia con los datos de exploración física y la mayoría de las veces muy cambiantes. Esta información se obtiene del análisis del expediente.

3.3.2.3 SELECCION DE LA MUESTRA

Para esta investigación se estudiaron los primeros 80 casos de fa-

milias problemas detectados en la consulta de medicina familiar de los turnos AC y BD de 23 médicos familiares, en el período comprendido entre el 15 de mayo y el 30 de septiembre de 1979.

3.3.2.4 SEGUIMIENTO DE LA INVESTIGACION

Una vez captado el paciente de familia problema se le efectuó historia clínica completa aplicandosele además el cuestionario EAMD valorandose su grado de depresión y realizando su estudio médico integral que incluyó por lo menos dos visitas domiciliarias, llevandose un registro riguroso de estos pacientes y sus familias durante el período de investigación. Se observó que el cuestionario EAMD probado por el Dr. W. K. Zung que cuenta con preguntas control y que fué contrastado por él con otras pruebas más complicadas, resultando de la misma eficacia para medir la depresión en su intensidad, se cuidó que fuera entendible, vigilando su explicitud para los pacientes, con respecto al estudio médico integral su cuestionario solo sirvió de guía al médico que lo llevó a cabo. Observandose paralelidad entre resultados de historia clínica cuidadosa, EAMD y estudio médico integral. Todos los casos fueron analizados, discutidos y diagnosticados en cuanto a sus funciones y estabilidad familiar, etc., en las sesiones de la residencia de medicina familiar del 2o. año señaladas para dicho grupo expreso.

3.3.2.5 RECOLECCION DE DATOS

La información proporcionada por el expediente clínico, el cuestionario EAMD y el estudio médico integral se concentró en hojas tabulares, de donde saldrían las tablas de contingencia etc.

3.3.2.6 EVALUACION

I.- Grado de depresión de acuerdo con el procedimiento para la escala AMD se obtuvo mediante la suma de las respuestas del cuestionario una cifra que se correlacionó mediante la tabla 1 de dicha escala, y de acuerdo a su calificación básica e índice EAMD, obteniendose una cifra que se correlacionó en la tabla 2, obteniendo el diagnóstico de los grupos de valoración:

a) Controles normales o no deprimidos de	0 a 49
b) Depresión leve de	50 a 59
c) Depresión moderada de	60 a 69
d) Depresión severa de	70 a +

II.- Inestabilidad: Se sumó dentro de una misma calificación los inestables y sus fases de paracrisis y crisis, y aparte los estables.

III.- Disfunción familiar: Se consideró disfunción familiar la existencia en una familia de más de tres funciones que no se cumplieran.

IV.- Familia problema: De acuerdo a su definición operacional la gran demanda de consulta se estableció cuando existieron más de tres consultas por mes, más de 5 en 2 meses, etc. En promedio más de 2 consultas por mes y de preferencia por motivos variados. Por gran demanda de incapacidades cuando estas se solicitaron en forma casi paralela a la de consulta.

V.- Cuadro clínico inespecífico: Los sumados como tal después de la revisión de su expediente clínico.

3.3.2.7 ANALISIS ESTADISTICO DESCRIPTIVO

Se efectuó mediante graficado de hallazgos de la investigación, anexandose dichas gráficas y sobre las que se emiten al final las conclusiones.

3.3.2.8 ANALISIS ESTADISTICO INFERENCIAL

Se utilizó el estadístico χ^2 complementandose con su procedimiento de eliminación por subdivisiones.

3.3.2.9 RESUMEN Y CONCLUSIONES

Conclusiones:

- a) Se encontró que la inestabilidad y la disfunción familiar mantienen su relación 1:1 en los diferentes grados de depresión, observandose que la inestabilidad fué diferente en los distintos grupos de depresión $\chi^2=(3,0.05)$, $P<0.05$, y que ésta diferencia sea altamente significativa cuando la comparación se estableció entre deprimidos y no deprimidos, al ser mayor la inestabilidad entre los deprimidos, $\chi^2=(1.0.005)$, $P<0.005$.

Con respecto a la disfunción familiar ésta fué diferente en los distintos grados de depresión $\chi^2=(3,0.05)$ $P<0.05$, y entre no deprimidos y deprimidos la diferencia fué muy notable $\chi^2=(1,0.005)$, $P<0.005$, con predominancia en deprimidos. Tanto en la inestabilidad como en la disfunción familiar los grupos predominantes fueron los de depresión leve y moderada.

- b) Se observó que familias problema y cuadros clínicos inespecíficos mantuvieron una relación 2:1 en los diferentes grados de depresión.

Se encontró que el número de familias problema varió en los distintos grados de depresión $\chi^2=(3,0.05)$, $P<0.05$ y que ésta diferencia fué más acentuada cuando se compararon deprimidos y no deprimidos $\chi^2=(1,0.01)$, $P<0.01$, con predominancia en la frecuencia de familias problema en los deprimidos. Los grupos más afectados (con más familias problema) fueron los de depresión leve y moderada.

No se encontró diferencia significativa entre cuadros clínicos inespecíficos y grado de depresión, $\chi^2=(2,0.05)$, $P>0.05$, pero si se evidenció diferencia entre no deprimidos y deprimidos $\chi^2=(1,0.005)$, $P<0.005$, con predominancia de cuadros inespecíficos entre los deprimidos.

Los resultados anteriormente mencionados nos permiten concluir que en las familias problema juega un papel muy importante el grado de depresión y por su relación tan notable con los cuadros clínicos inespecíficos la explicación de estos resulta muy evidente. Destacandose la apremiante necesidad del establecimiento de una mejor relación médico familia por la repercusión demostradas de inestabilidad y disfunción en estos pacientes. Con respecto a los no deprimidos encontrados en este estudio no los consideramos equivalentes de sanos ya que entre estos pudieran encontrarse deprimidos de tipo bipolar y que durante el estudio

se encontraban en la fase maníaca, así como de cuadros clínicos difíciles y los "simuladores" que tampoco podemos considerarlos sanos.

Considerandose apremiante un programa de actualización en depresión que mejorará su detección y manejo en la consulta médico familiar (detección actual 1 por cada 7 no detectados) así como la referencia adecuada y oportuna al psiquiatra. Dada la magnitud del problema es aconsejable la utilización del manejo grupal de estos pacientes así como la posibilidad de una clínica de depresión.

c) Otros Hallazgos de la Investigación.

Los padecimientos que presentaban los pacientes en el momento de su detección, fueron de tipo psicológico en forma predominante (52.5%), que mostraron una mayor relación con la depresión moderada, en el resto la relación fué mayor con la depresión leve, con respecto a su familia estas se mostraron con aparente mayor predominancia de los padecimientos biológicos (76.25%), psicológicos solamente un 8.75%, en los primeros hubo mayor frecuencia de depresión moderada y en los segundos de la depresión leve. (G.1-2).

En cuanto a las alteraciones de la dinámica familiar aparentemente evidentes, estas se mostraron en el 53.75% y relacionadas con depresión moderada, en el 46.25% que aparentemente no presentaba alteración en su dinámica predominó la depresión leve (G.3).

Sexo: El femenino fué más dado a la depresión en el 73.75% de los casos, predominando en este grupo, la depresión moderada. (G.4).

Alcoholismo: En el 25% de las familias problema se encontró uno o más de sus miembros con datos de alcoholismo, en su mayor parte estas familias eran de un deprimido, moderado. (G.5).

Miembro de la familia más afectado: Se encontró que en el 66.25% fué la esposa y con mayor frecuencia a la depresión moderada, en segundo lugar fué el esposo y por último los hijos, siendo estos del sexo femenino y fluctuando entre depresión leve y moderada. (G.6).

Relación Edad y Sexo: El grupo etario más frecuente fué el de 30 a 34 años, siendo 15 del sexo femenino y cuatro del masculino, la mayoría de estos con depresión leve. (G.7).

Causa Aparente de la Depresión: El 33.75% no presentó causa aparente, en forma decreciente fueron aparentemente, desintegración familiar 12.5%, problemas sexuales 11.25%, malas relaciones conyugales 10%, etc. Quedando los tres primeros grupos dentro de la depresión moderada. (G.8).

Escolaridad: La mayor frecuencia se encontró entre los casos de primaria incompleta. Llamando la atención, la igualdad entre analfabetas y profesionales que varió en el grado de depresión. (G.9).

Antecedentes familiares de depresión: Estos fueron positivos en el 3.7% y con referencia de depresión severa. (G.10).

Antecedentes de enfermedad mental: Solo hubo un caso del grupo de no deprimidos, un caso en el grupo de depresión leve, dos casos en la moderada y un caso en la severa. (G.11).

Fase de la familia: La fase de dispersión fué más notoria en los deprimidos y la estacionaria en los no deprimidos. (G.12).

Lugar en la familia: Se evidenció mayor tendencia a la depresión en el hijo bisagra. (G.13).

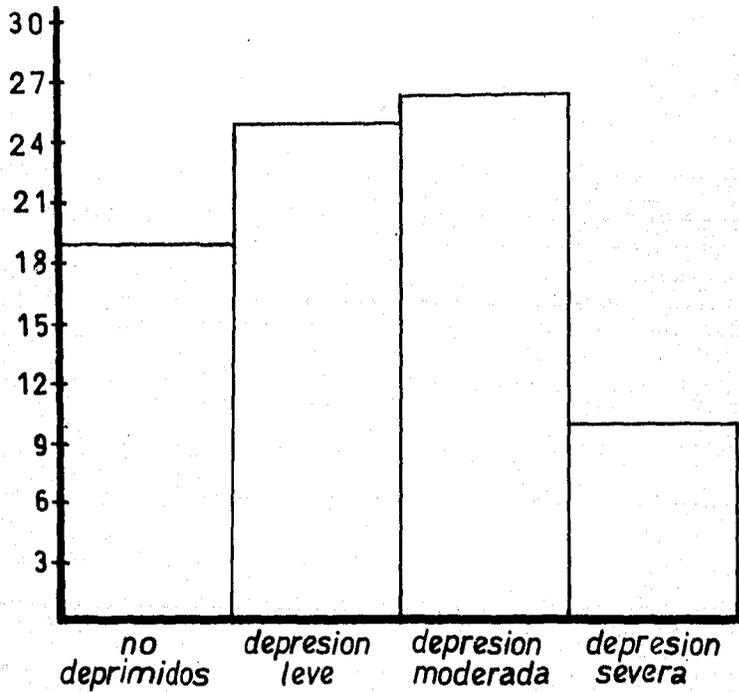
Media Socioeconómica: El bajo presentó mayor susceptibilidad y con mayor frecuencia de depresión moderada. (G.14).

RESUMEN

Se describe el resultado de una investigación en familias problema de la interrelación entre grado de depresión y alteración en la dinámica familiar. Previamente se revisa el tema de la depresión. Se consideran las alteraciones: Inestabilidad, disfunción y casos clínicos, reportándose al final los resultados de la investigación, así como otros hallazgos de la misma, haciéndose las sugerencias pertinentes.

FAMILIAS PROBLEMA ESTUDIADAS

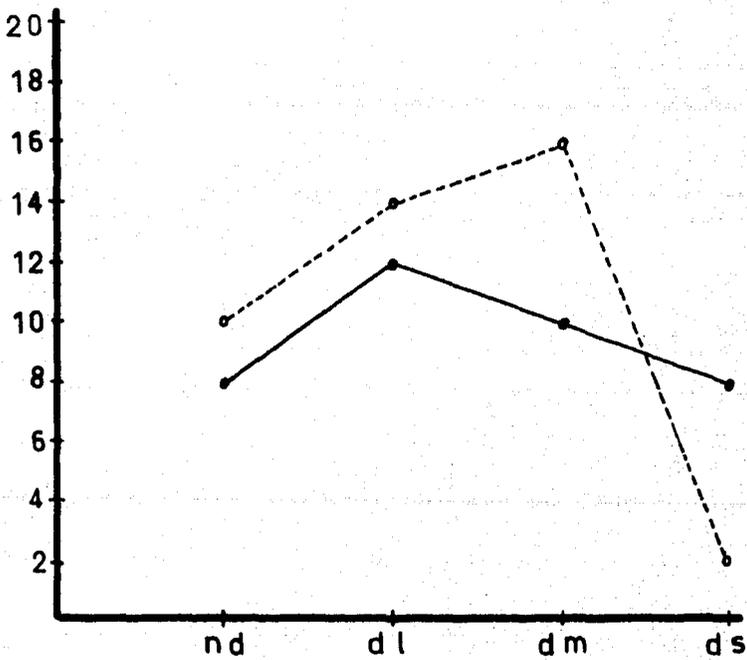
GO



CHT 1 N°16
TORREON COAH. 1979

PADECIMIENTOS POR LA QUE SE DETECTO LA FAMILIA

G.1

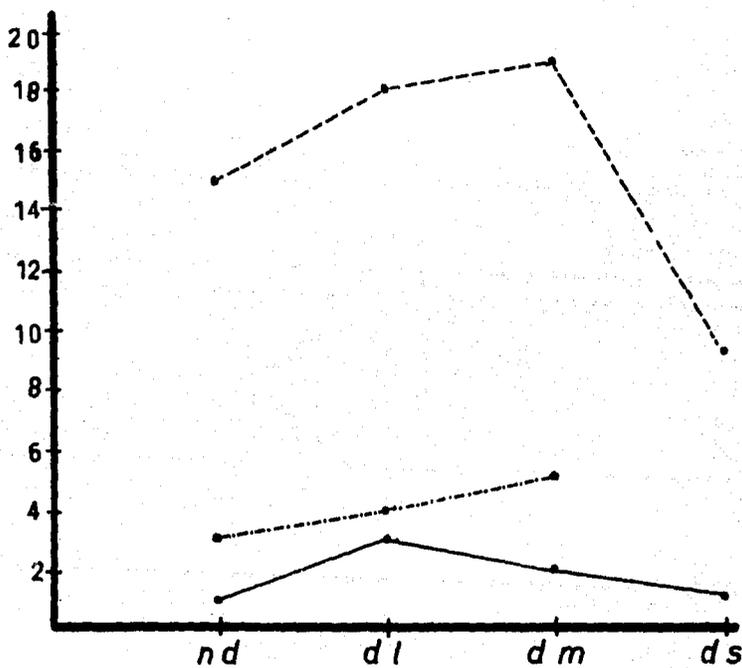


----- pad. psicologico
—— pad. biologico

CHT 1 N°16
TORREON COAH. 1979

ESTADO DE SALUD FAMILIAR

G.2

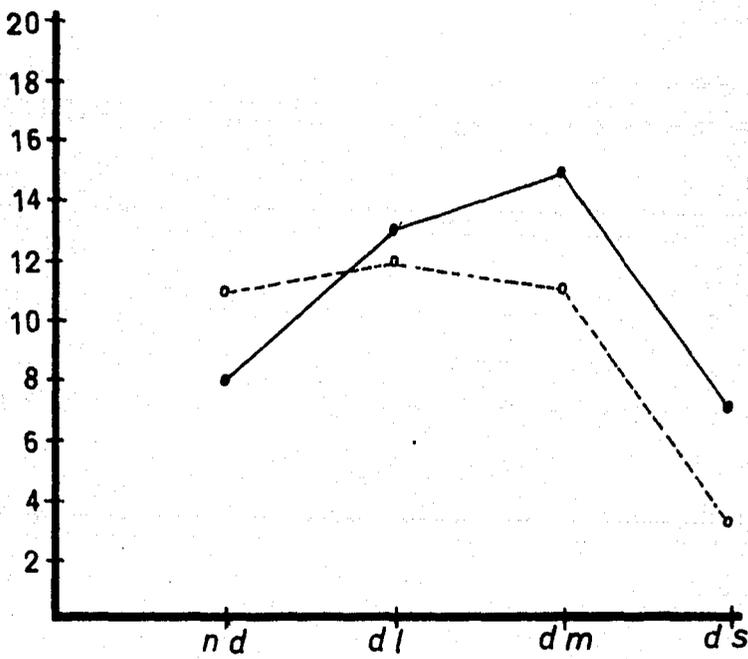


-----pad biologico
-----aparentemente sanos
-----pad psicologicos

CHT 1 Nº16
TORREON COAH. 1979

DINAMICA FAMILIAR ALTERACIONES MANIFIESTAS

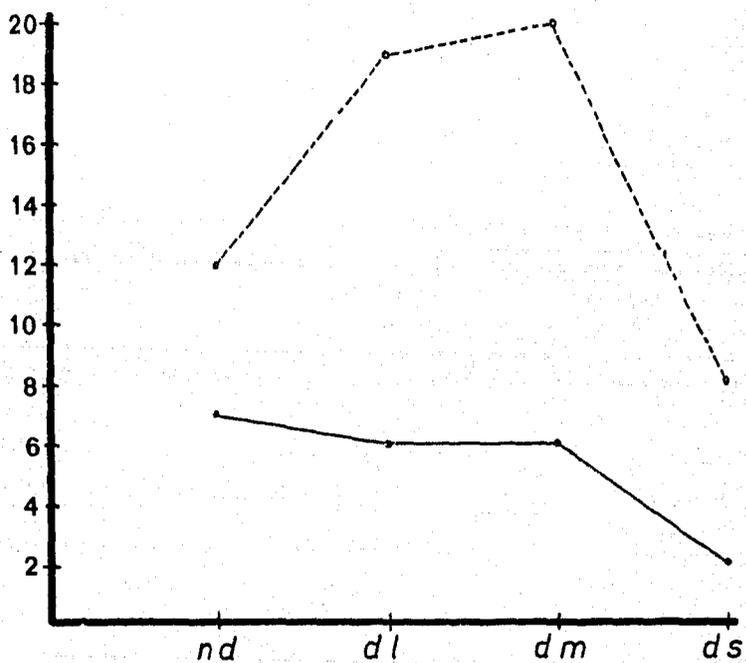
G.3



— con alteraciones
- - - sin alteraciones

CHT 1 N°16
TORREON COAH. 1979

G. 4

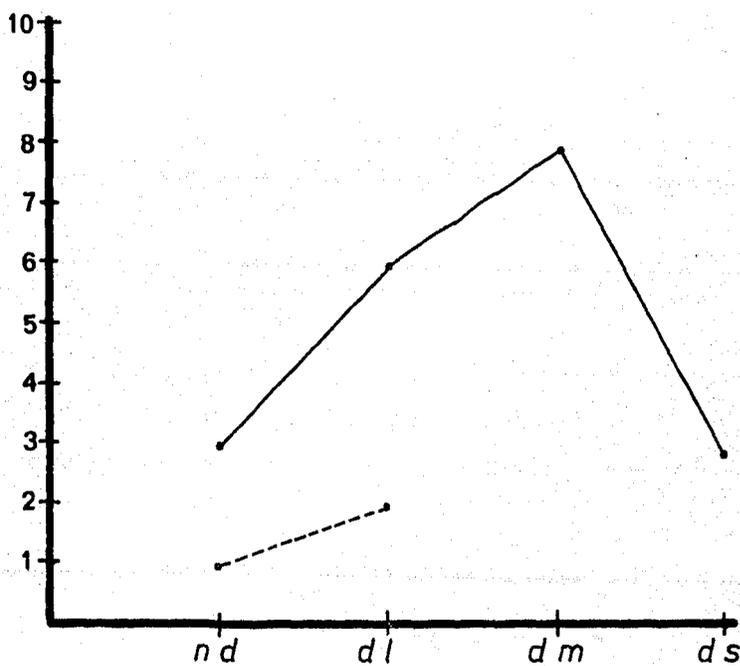


--- femenino
— masculino

CHT 1 N°16
TORREON COAH. 1979

ALCOHOLISMO Y TOXICOMANIAS

G. 5

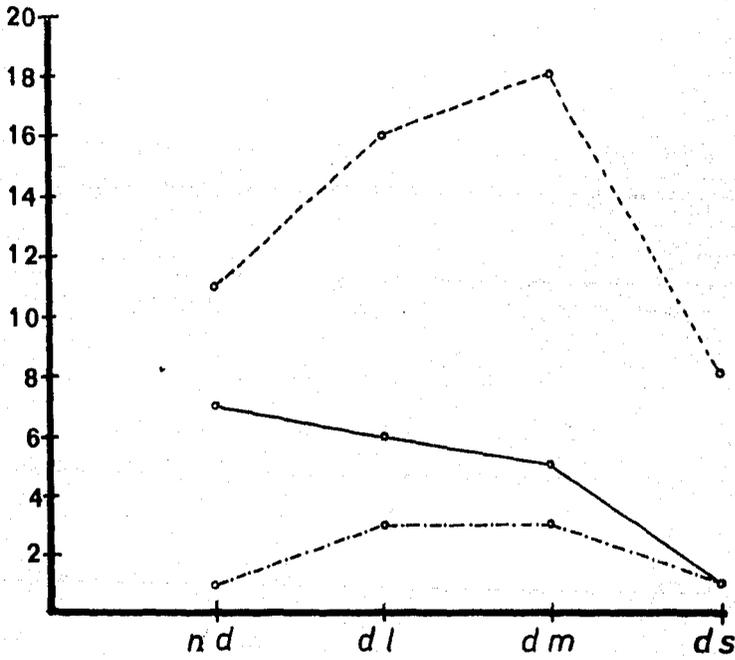


— alcoholismo
- - - toxicomanias

CHT 1 N°16
TORREON COAH. 1979

MIEMBRO FAMILIAR AFECTADO

G. 6



----- esposas
_____ esposos
- . - . hijos

CHT 1 N° 16
TORREON COAH. 1979

6.7

GRUPOS DE EDAD Y SEXO

GRUPOS DE EDAD	15-19		20-24		25-29		30-34		35-39		40-44		45-49		50-54		55-59		70 y +		
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	
NO DEPRIMIDOS	2		1	1	2	1	3	1	2		1	2	1			2					
DEPRIMIDOS	1		9	2	7		12	3	6	1	4		5	1	1	2	3	2	1	1	
TOTAL	3		10	3	9		15	4	8	1	5	2	6	1	1	4	3	2	1	1	
	3		13		10		19		9		7		7		5		5		2		
%	3.75		16.25		12.5		23.75		11.25		8.75		8.75		6.25		6.25		2.5		

CHT-I Nº 16
TORREON, COAH.
1979

CAUSAS APARENTES DE DEPRESION

	NO DEPRIMIDOS	DEPRIMIDOS	T	%
DE SINTEGRACION FAMILIAR		10	10	12.5
PROBLEMAS SEXUALES	2	7	9	11.1
MALAS RELACIONES CONYUGALES		8	8	10.0
INVALIDEZ FISICA O MENTAL	1	6	7	8.7
ALTERACIONES PSIQUIATRICAS	1	5	6	7.5
ALTERACIONES BIOLOGICAS		6	6	7.5
SALPINGOCLASIA		4	4	5.0
ALCOHOLISMO O TOXICOMANIAS		2	2	2.5
VIOLACION		1	1	1.2
SIN MOTIVO	16	11	27	34.0
TOTAL	20	60	80	
o/o	25	75		100

CHTI N° 16
TORREON, COAH.
1970

G.9

ESCOLARIDAD

GRADO ESCOLAR	NO DEPRIMIDOS	DEPRIMIDOS	T	%
ANALFABETAS		7	7	8.7
PRIM. INCOMP.	10	21	31	38.7
PRIM. COMPLETA	4	11	15	18.7
SEC. INCOMPLETA		4	4	5.0
SEC. COMPLETA		4	4	5.0
BACHILLERATO		2	2	2.5
COMERCIO	1	9	10	12.5
PROFESIONAL	4	3	7	8.7
TOTAL	19	61	80	
%	23.75	76.25		100

CHT 1 N°16
TORREON COAH. 1979

ANTECEDENTES DE DEPRESION

G.10

ANTECEDENTES	CON	SIN	T	%
NO DEPRIMIDOS		19	19	23.7
DEPRIMIDOS	4	57	61	76.2
TOTAL	4	76	80	
°/o	5	95		100

CHT 1 N°16
TORREON COAH, 1979

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD MENTAL

G.11

ANTECEDENTES	CON	SIN	T	%
NO DEPRIMIDOS	1	18	19	23.7
DEPRIMIDOS	4	57	61	76.2
TOTAL	5	75	80	
°/o	6	94		100

CHT 1 N° 16
TORREON COAH, 1979

G.12

FASE DE LA FAMILIA

FASE	EXPANSION	DISPERSION	ESTACIONARIA	INDEPENDENCIA	DESINTEGRADA	T	%
NO DEPRIMIDOS	3	4	7	3	2	19	23.7
DEPRIMIDOS	10	21	10	11	9	61	76.2
TOTAL	13	25	17	14	11	80	
o/o	16.25	31.25	21.25	17.5	13.75		100

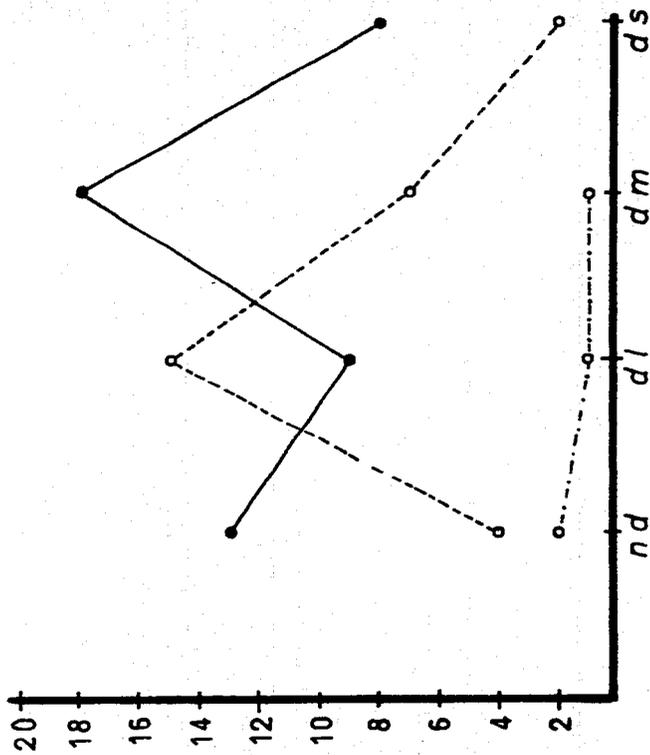
CHT 1 N° 16
TORREON, COAH. 1979

G13 LUGAR EN LA FAMILIA

LUGAR	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	10°	13°	T	%
NO DEPRIMIDOS	5	5	4	1	2	1				1	19	23.7
DEPRIMIDOS	14	13	14	7	3	6	1	2	1		61	76.2
TOTAL	19	18	18	8	5	7	1	2	1	1	80	
°/°	23.7	22.5	22.5	10	6.25	8.75	1.25	2.5	1.25	1.25		100

CHT 1 N° 16
TORREON COAH. 1979

MEDIO SOCIOECONOMICO



G-14

CHT 1 N°16
TORREON COAH. 1979

— bajo
- - - medio
- · - · - alto

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Adolescent somatic symptoms: mask for individual and family psychopathology.- Fine S. Dep. Psychiat., Univ. British Columbia, Vancouver. Can-compr. Psychiatry 1977. 18/2 (135-140). (+-+).
- 2.- Analisis elemental de encuestas. Davis, James A. Trillas México. 1978. pp. 9-48.
- 3.- An emperical investigation of the modeling of depression. Abrams D, et al psychol. Rep. 42(3 PT1): 823-32. junio 78 (+).
- 4.- Biocestadística. Duncan Robert C. Interamericana. México 1978. pp. 67-93.
- 5.- Compendio de Psicofarmacoterapia. Paldinger, Walter. Roche Suiza 1975. pp. 37-ss.
- 6.- La comprensión del entendimiento. Diana. México. 1974 pp. 5-ss.
- 7.- Depresión. Monografía. Medcom. New York. 1970. pp. 7-ss.
- 8.- Depression. A new aproach to and old syndrome. Pariser S. F. et al am family physian. 18(4): 127-132. Oct. 78 (+).
- 9.- Depression in medical practice. Berblinger. Klaus W. Merck sharp. 1971. USA. pp 1 y ss.
- 10.- Depression in mothers of young children. Richman N. J. R. soc. 7(7): 449-93, julio 78. (+).
- 11.- Depression in old age. Fassler L. B., et al. J. am geriatr. soc. 26(10): 471-5, oct. 78 (+).
- 12.- Diagnóstico clínico y tratamiento. Krupp, Marcus A. México. Manual moderno 14ava. edición 1976. pp 685-689.
- 13.- Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Ackerman Nathan W. Ed Hormé. Argentina 1966, pp 289-318.
- 14.- Familia y conflicto mental. Ackerman Nathan W. Ed Hormé. Argentina. pp 89-116.
- 15.- Familia y enfermo mental. Ackerman Nathan W. Ed Hormé. Argentina. pp. 89-116.
- 16.- Depresión relativa no absoluta. Twerski, Abraham J. Tribuna Médica de México. 33(5): 20-22, sep. 77.
- 17.- Family Medicine. Meadalie, Jack H. Ed. Williams & Wilkins USA 1978. pp. 21-ss.
- 18.- El diagnóstico en Psiquiatría. Woodruff, Robert A. Manual moderno México. 1978 pp. 1-17.
- 19.- Estadística elemental. Jhonson, Robert. Trillas. México 1976. pp. 329-346.
- 20.- Estadística no parametrica. Sydney, Siegel. Trillas México 3era. Edición 1976. pp. 25-68.
- 21.- Family sequelas after a child's death due to cancer. Tietz W., Mc. Scherry L. and Britt B. - Univ. South California SCH. Med. Los Angeles Calif. USA - am. J. Psychoter 1977, 31/3 (417-425). (++).
- 22.- Family suicide. Dabbagh F. Br. J. Psychiatry 130:159-61 Febrero 77. (+).
- 23.- Fundamento de estadística en la investigación social. Ed. Harla 2da. Edición 1979 pp 169-185.
- 24.- Guía para realizar investigaciones sociales. UNAM. México. 3era. Edición 1979. 11 y ss.
- 25.- Ideología grupo y familia. Bauleo. Armando J. Ed. Kajierman Argentina 1974, 2da. Edición 21 ss.
- 26.- Individual psychotherapy with the depressed elderly out patient; an overview. Williner M. J. am Geriatr. Soc. 26(5): 231-5 mayo 78. (+).
- 27.- Inhibición, síntoma y angustia. Freud, S. Ed. Iztaccihuatl México 102 y ss.
- 28.- Introducción a la Psiquiatría. Vallejo Nagen, JA. Ed. Medica Dussat Mexicana 89-95.
- 29.- Investigación del comportamiento. Kerlinger, Gredn. Interamericana. México 1era. Edición 1975.
- 30.- Investigación en ciencias sociales. Hardyk, Curtis. Interamericana. México. 1977 pp. 1 ss.
- 31.- La familia Mexicana. Quiroga, Carlos. Curso monográfico IMSS. México. 1978. pp, 1-subst.

- 32.- La investigación bibliográfica. Carreño Huerta, Fernando. Ed. Grijalvo 1975 México. 5 pp ss.
 - 33.- La investigación científica. Bunge, Mario. Ed. Ariel. 5ta. Edición. Argentina 1976.
 - 34.- Life changes and depressive disease. Rao A.V. and Nammalvar N.- Dept. psychiat., Madurai med. Coll., Madurai ind. Indian J. Psychiatry 1976 18/4 (293-304). (++)
 - 35.- Life stress, depression and anxiety: internal external control as a moderador variable. Jhonson J.H., et al. J. Psychosomres. 22(3); 205-8 1978. (+).
 - 36.- Marital status, life - strains and depression. Pearlin L. I., et al Am sociol rev. 42(5); 704 - 15, oct. 77 (+).
 - 37.- Métodos estadísticos aplicados. Downie, N. M. Harper & Row México 1973 pp. 212-231.
 - 38.- Niños maltratados, los maltratadores, las víctimas, el médico, Maden, John D. Tribuna Med. de Méx. 32(10); 17-25 1977.
 - 39.- Non verbal communication deficits and responce to performance feed back in depression. Pkachin K. M. et al J. Abnorm. Psychol 86(3); 224-34 jun. 77. (+).
 - 40.- Principios de investigación médica. Cañedo Dorantes, Luis et al. DIF México 1977 pp. 31 ss.
 - 41.- Psicología Médica. De La Fuente Muñiz, Ramón. Fondo de Cultura económica. México 1969. pp. 200-226, IDEM 238-252.
 - 42.- Psychloterapy of male and famale depressive and suicidal adolecents, Vaneck L. Rev. Neuropsychiatr, infant 26 (7-8); 359-92, jul-aug 78. (+).
 - 43.- Recognition of depression by family medicine residents: the impac of screening. More J. T. et al. J. Fam pract. 7(3); 509-13 sep. 78. (+).
 - 44.- Redacción de tesis y trabajos escolares. Anderson, Jonataan. Diana Méx. 1977 pp. 15 ss.
 - 45.- Statical surevy of the familial background of depression and alcoholism, on group of alcoholic men and depressive women. Bourgeois M. and Penaud F. fra-ann med.-Psychol. 1976 13411/4 (686-699). (++)
 - 45.- Statical survey of the famlial background of depression and alcoholism, on group pp 204-215.
 - 47.- The melancholy marriage: an inquiry into the interaccion of depression I introduction. Hooper D. et al. Br. J. Med. psychol 50(2):113-4 jun 77. (+).
 - 48.- The melancholy marriage: an inquiry into the interaccion of depression II. Expressi-venes hinchilfe Mk, et al. Br. J. Med. psychol. 50(2):125-42 jun. 77 (+).
 - 49.- The relationship of age of on set in unipolar afective disorder to risk of alcoholism an depression in parents. Cadoret R. J., Woolson R. and winokur G.- Dep. Psychiat., Univ. Iowa City, Ia 52242 USA J. Psychiatr., Res. 1977 13/3 (137-142). (++)
 - 50.- The stability of mood and social percepcion measures in a sample o depressive in patient. Lunghi Mt. Br. J. Psychiatry 130:598-604, jun. 77 (+).
 - 51.- Usos y abusos del psicoanálisis. Humpray, Laurence. Plaza and James. España 1946. pp. 115-132.
 - 52.- Unidad integral de operación en psicología clínica. Arreola, María Haidy. Enseñanza e invesigtación en psicología clínica. 1978. Vol. IV. No. 1 pp. 147-152.
- Se revisaron los tres últimos años (1977-78-79) del Index Medicus (+) y el año 1978 de Excerpta Médica (++)