

H.K.
11241
2 of 5

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA
Y SALUD MENTAL

FRECUENCIA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN
MADRES DE PACIENTES QUE ACUDEN A LA -
CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL PSICIA-
TRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO"

DR. NICY HINOJOSA CARDONA

RESIDENTE EXTERNO DEL CURSO UNIVERSITARIO

TUTORA: DRA. SILVIA OETIZ LEON

JEFA DE UFGENCIAS DEL HOSPITAL PSICIA-
TRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO"

ASESORA: DRA. NOPA CAVAZOS

SUPERVISORA ESTADISTICA DE LA U.N.A.M.

GENEFACION 1983-1985

FALLA DE ORIGEN

22-1-86



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 está 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.

I N D I C E

I.	ANTECEDENTES	1
II.	JUSTIFICACION	6
III.	DISEÑO DE ESTUDIO E HIPOTESIS	11
IV.	RESULTADOS	15bis.
V.	CONCLUSIONES	19
VI.	CITAS BIBLIOGRAFICAS	-
VII.	BIBLIOGRAFIA	

I.- ANTECEDENTES

Desde la antigüedad griega hasta hace cerca de ochenta años, depresión fue un término estrictamente ordinario, sin aceptación teórica alguna no tenía implicación directa en la medicina y - menos aún en lo que se diferenció después como Psiquiatría. Designo el estado o situación del sujeto triste, desganado o aflijido, sin que - estas condiciones supiesen un estado mórbido - determinado, y por lo mismo no fueron objeto de ningún trabajo notable o digno de mención.

Fue Kraepelin en 1898, quien introdujo en su clasificación de las enfermedades mentales la psicosis maniaco-depresiva y el vocablo depresión quedó definitivamente incorporado a la Psiquiatría.

En realidad cada ciencia lo ha incorporado sucesivamente a su lenguaje con un significado diferente y propio.

Por ejemplo, en meteorología una depresión barométrica se refiere a que hay un descenso -

en la columna que indica el peso del aire en el barómetro. En Geografía, designa la concavidad de un terreno o de cierta extensión. De la misma manera ocurre con su uso en anatomía, en mecánica y muchas otras ciencias.

A diferencia de otras disciplinas, la Psiquiatría no ha conseguido precisar su significado.

Admitir un gran número de "formas depresivas" equivale exactamente a la actualización, poco crítica de una terminología indiferenciada de otras épocas donde depresión podía ser cualquier cosa.

No solo hay problemas conceptuales fundamentales en lo que respecta a la definición y significación de la normalidad y la psicoterapia. Más aún las concepciones actuales de depresión no están bien delimitadas, por lo que se aportaría muy poco mediante una revisión - de los primeros estudios que emplearon definiciones supuestas y con deficiencias de lo que es depresión. (1)

La clasificación del síndrome depresivo siempre ha sido objeto de múltiples investigaciones y controversias, estableciéndose con frecuencia una diferencia entre las formas reactivas y las endógenas. La historia clínica de algunos pacientes muestra causas ambientales y psicológicas como factores determinantes aparentemente obvios; entonces, la depresión es llamada exógena o reactiva; en otros, no hay factores desencadenantes evidentes, y la depresión es considerada como endógena. En la práctica es difícil distinguir los límites entre estos dos supuestos subgrupos. Además, muchos psiquiatras utilizan el término depresión endógena como equivalente de depresión psicótica, por lo que este tipo de clasificación no debería usarse.

Por otra parte, la dicotomía entre cuadros depresivos psicóticos y neuróticos ha sido siempre un problema para la clasificación de los trastornos mentales. Este problema se ha incrementado al presentarse en los últimos años un gran número de cuadros depresivos cuya clasificación no corresponde a ninguno de los cuadros

anteriores, ya que es un hecho común para cualquier Psiquiatra clínico, y aún para el médico general que un gran número de pacientes con trastornos de tipo depresivo no pueden ser considerados como neuróticos ni mucho menos como psicótico.

A fin de colaborar con el clínico en la codificación del cuadro diagnóstico, la Organización Mundial de la Salud incremento en la IX Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-9) (11) de 10 a 19 categorías que a nivel de cuatro dígitos podían corresponder a este cuadro, agregando una nueva categoría, la 311, para "trastornos depresivos no clasificados en otra parte", ya que en un gran número de casos aparece como enunciación diagnóstica el término "depresión" o "trastornos depresivos", debiendo ser clasificados en esta categoría.

"Al estudiar la frecuencia de una fección psiquiátrica como la depresión, las estadísticas de los hospitales y de otros centros de salud mental resultan de utilidad muy relativa.

Puede considerarse que las cifras basadas en las estadísticas de hospitales revelan casi exclusivamente la política clínica administrativa de las instituciones en cuestión.

Esas cifras obtenidas de pasados estudios se han empleado para extraer conclusiones generales, acerca de las actitudes, hábitos y condiciones sociales de los grupos de población". (2)

Debe considerarse que durante la evolución de la afección depresiva, los acontecimientos y procesos socio-culturales desempeñan en todo momento un papel importante. Así como los factores genéticos constitucionales y fisiológicos y el posible estado de salud del organismo humano.

Además debe suponerse que el nivel de educación y económico, los valores adoptados y -

el bienestar fisiológico y psicológico de los padres influye sobre la evolución del niño, - la adaptación de su comportamiento y su probabilidad de llegar a tener problemas psiquiátricos futuros. En la depresión no se han estudiado las influencias familiares con la misma intensidad como se ha hecho en el caso de otras perturbaciones.

Es necesario exponer algunas cuestiones - relacionadas con la posibilidad de cuales son los factores que intervienen en el comienzo - de una afección depresiva. Es preciso tener en cuenta que el problema de interpretar empíricamente las influencias de los factores desencadenantes de la afección depresiva se - confunden con lo que es depresión. Conforme éstos causas constituye una trivialidad clínica decir que las fuertes reacciones afectivas de tipo depresivo acontecen como parte - del padecimiento psiquiátrico tales como: el alcoholismo, las neurosis obsesivas, las esquizofrenias y la intoxicación o adicción a farmacos.

No cabe duda que la división en depresiones primarias y secundarias no están exentas de ambigüedad. Por ejemplo a menudo una forma de hacer frente a los sentimientos depresivos es el abuso de fármacos.

Los acontecimientos y situaciones que denominamos factores desencadenantes y que se relacionan con la situación social de la persona - puede proceder al comienzo de la depresión en - que se les atribuye un papel causal: no obstante es difícil establecer cuándo se inicia una - afección de este tipo.

Puede dar la impresión que los estudios de campo ofrecen la solución al problema de obtener cifras de la frecuencia de una enfermedad del tipo de la depresión. Pero las dificultades entre mencionadas hacen que esto quede en solo una probabilidad más.

II.- JUSTIFICACION

Cada día es mayor el número de personas con diagnóstico de depresión en los Hospitales Generales, consultorios médicos y centros de salud.

Otro dato interesante es el que el promedio de vida de los pacientes depremidos disminuye - cada vez más.

En los últimos años la importancia de la de presión se ha destacado de tal forma, que se le considera no solo como el problema más frecuente en el campo de la salud mental, si no aún de acuerdo con opiniones calificadas como el padecimiento que más trastornos acarrea a la humani dad.

Durante las últimas tres décadas, se ha registrado un continuo incremento del cuadro de - presivo entre las personas que viven dentro de las grandes comunidades urbanas y sobre todo - entre la población de los países industrializa dos. (3)

El Dr. Norman Sartorius, Director de la División de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, calcula que en el mundo hay por lo menos cien millones de personas que sufren alguna forma clínica reconocible de depresión; y que relacionados con ellos existen otros tres tantos que son afectados y sufren por ella.

El objetivo de la presente investigación es ver si existen diferentes grados de estados depresivos en las madres con hijos con trastornos psiquiátricos y así mismo dependiendo del diagnóstico de cada uno de ellos.

Tomkiewits en un artículo sobre los problemas que afrontan los padres en un hijo retardado mental señala:

La existencia en una familia con un hijo reportado como intelectualmente insuficiente da lugar a una modificación más o menos profunda de toda la red relacionadas con la dinámica familiar.

Tal transformación influye sobre el equilibrio psíquico de cada miembro de la familia, recae sobre el niño mismo y modifica igualmente - las relaciones entre la familia y el resto de la comunidad .

Para que tal modificación, tenga lugar, hay una condición que parece necesaria; la cual es la percepción del niño como anormal por uno al menos o por la totalidad de los miembros de la familia. De ésta manera algunos parecen solo - ver en la existencia de un niño con trastornos psiquiátricos un drama, "un a desgracia en estado puro" para los padres: piensan que tal presencia no puede sino hacer mal y que todos el - mal que haya viene del niño; esto mismo tratará que los padres demanden un lugar como "normales"

Otros consideran que independientemente del lugar deberá ser alejado del medio familiar ya que esto será mejor que mantener al niño dentro del grupo familiar, porque es él y solo él la - fuente de todas las alteraciones psicológicas y de relación .

La toma de conciencia de la naturaleza normal ó patológica sobre el niño no puede dejar de repercutir sobre el comportamiento y el conjunto de la vida material y psíquica de sus padres.

Los padres piensan a menudo sobre el niño que va a venir como un ser en quienes ellos depositan sus deseos, que superen sus propias carencias y - quien será aquel que ellos hubieran querido ser.

Forjan una imagen ideal sobre la cual proyectan todo un mundo de ilusiones de sueños y fantasías.

En cambio un niño reconocido como "anormal" es un proyecto fracasado. No permite proyecciones satisfactorias. Su presencia puede llegar a ser entonces una herida narcisista y fuente de desvalorización de sí mismo. Más concretamente - el futuro de un niño anormal parece sombrío, no podrá perpetuar descendencia alguna, no podrá tampoco atender sus necesidades y no procurará jamás satisfacciones que los padres creen tener el derecho de esperar de su progenie.

Ante tal carga de angustia que es "invivible"

los padres desarrollan mecanismos de defensa y son éstos mecanismos de defensa los que los equipos terapeúticos deben de comprender. En el bien de los casos cuando fallan es cuando se desarrolla un trastorno depresivo. El panorama del niño anormal es aún más efímero ya que el fracaso del tratamiento es inminente.

La enfermedad del niño exige "padres mejores que los otros" más tolerantes, más disponibles, más colaboradores, podríamos decir como menciona Tomckiwits, "padres dotados de cualidades e intuiciones psicoterapéuticas". (4)

Es por lo que la presente tesina pretende demostrar que el trastorno más frecuentemente encontrado en los padres y específicamente en las madres es la depresión.

III.- HIPOTESIS

Las madres con hijos con trastornos psiquiátricos padecen más trastornos depresivos, debido al grado de gravedad del padecimiento del hijo.

Es decir a mayor severidad del trastorno - más depresión presentan las madres.

IV.- DISEÑO DE ESTUDIO

Se seleccionarán de la consulta externa a todas las madres con hijos entre los 3 a los 12 años, que sean diagnosticados con trastornos psiquiátrico de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades y que cursen con padecimientos como: síndrome hiperquinético o trastorno de atención con todas sus variantes y todos los tipos de retardo mental.

Dicho padecimiento tendrá un tiempo mínimo de seis meses de evolución para considerar tiempo suficiente para que la madre vivencia el padecimiento del hijo. Se les aplicará la escala de Zung para cuantificar depresión, dicha escala es un buen auxiliar en la clínica para diagnóstico

car depresión, especialmente de la forma enmascarada. (3)

La escala para medir la depresión comprende una lista de 20 declaraciones. Cada declaración se refiere a una característica específica y común de la depresión. Los 20 temas esbozan de manera comprensiva, los síntomas ampliamente reconocidos como desordenes de la depresión. A un lado de las declaraciones aparecen cuatro columnas cuyos encabezados dicen: muy pocas veces, algunas veces, la mayor parte del tiempo y continuamente.

Se da al paciente la lista de declaraciones y se le pide que ponga una marca en el recuadro más aplicable a su caso en el momento de hacer la prueba. Para obtener la medición de la depresión del paciente, la escala terminada se coloca bajo la cubierta transparente para hacer la calificación y se escribe en el margen el valor indicado para cada declaración y luego se suma; esta calificación básica se convierte entonces a un índice basado en 100 (tabla 1).

La escala está planeada de tal manera que un índice bajo indica poca o ninguna depresión y un índice alto señala una depresión de significación clínica.

Si bien algunos pacientes no proporcionan voluntariamente mucha información, la mayor parte prestará su cooperación si se le pide al paciente que marque la escala con la explicación de que esto ayudará al médico a saber más de ellos.

Las declaraciones de la escala están remarcadas en el lenguaje común y de uso diario de los pacientes. En ocasiones los enfermos tendrán dudas sobre ciertas declaraciones.

A algún paciente se le ocurrirá preguntar cómo contestar el tema número 5 siendo que esta a dieta y en consecuencia no come igual que antes; en este caso se pide al enfermo que conteste como si no estuviera a dieta. A un paciente que titubee antes de contestar el tema 6 sobre las relaciones sexuales, se le preguntará si disfruta estar con personas del sexo opuesto. No es común que el paciente haga preguntas y cuando las hace esto usualmente indica su deseo de cooperar con -

el médico.

Se han incorporado ciertas medidas de protección, comunes a todas las pruebas psicológicas, en las declaraciones y en los encabezados de las columnas de calificación. Pero el paciente no podrá discernir alguna tendencia en sus respuestas porque la mitad de las declaraciones están redactadas de manera sintomáticamente positivas y la otra mitad como sintomáticamente negativas. Por ejemplo, el primer tema "Me siento abatido y melancólico", es positivo. El segundo "En la mañana me siento mejor", es una declaración negativa que refleja lo contrario del estado de ánimo de la mayoría de los pacientes deprimidos, que se sienten peor en la mañana. Los temas redactados negativamente se identifican mediante los asteriscos de la cubierta transparente y las palabras clave de las declaraciones negativas aparecen con letras mayúsculas en la tabla 3 de la contraportada. Se han omitido una posible columna cuyo encabezado sería nunca, que algunas veces podría ser apropiada, para que se puedan elegir respuestas significativas y cuantitativamente mensurables.

Además se usa un número par de columnas, de preferencia a un número non para impedir la posibilidad de que el paciente marque una columna central con el fin de dar una apariencia promedio.

(5)

Se tendrá un grupo de control con madres de la misma edad que las del grupo seleccionado y con hijos en edad escolar es decir 6 y 12 años, de una escuela primaria cercana al Hospital Psiquiátrico Infantil.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Se incluirán todas las madres de 20 a 40 años.
- Todas las madres que no hayan estado enfermas en los últimos treinta días.
- Madres con hijos con trastornos antes descritos con más de seis meses de duración.
- Todas las madres que tengan una situación familiar aparentemente estable.

RESULTADOS

Para el procesamiento de escalas de auto-me
dicación se formaron tres grupos:

GRUPO 1

El de las madres con hijos con retra-
so mental.

N-25 \bar{X} -50.8
 S-11.29

GRUPO 2

El de las madres con hijos con tras-
torno de atención.

N-22
 \bar{X} - 49.95
S- 6.53

GRUPO 3

El de madres con hijos en una escue-
la primaria.

N-25
 \bar{X} -40.8
S- 8.28

Se aplicó la prueba T de student para pequeñas muestras entre cada uno de los grupos de estudio y el grupo control, y entre los grupos de estudio.

GRUPO 1 VS GRUPO 3

$$T = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{N_1} + \frac{S_2^2}{N_2}}}$$

$$\begin{aligned} \text{G.L} &- 49 \\ &- .05 \end{aligned}$$

VALOR CRÍTICO - 1.6794

$$T = \frac{50.8 - 40.8}{\sqrt{\frac{11.29^2}{25} + \frac{8.20^2}{25}}} = 3.57$$

si hay diferencias significativas, ya que 3.57 > 1.6794. Esto significa que las madres de niños retrasados mentales tienen un índice de de presión significativamente mayor que las madres de niños normales

GRUPO 2 VS GRUPO 3

GL- 49 - .05 VALOR CRITICO- 1.6794

$$T- \frac{49.95 - 40.8}{\sqrt{\frac{6.53^2}{22} + \frac{8.28^2}{25}}} = 4.24$$

Si hay diferencias significativas, ya que - 4.24 > 1.6794, es decir las madres de niños con trastornos de atención tienen un índice de depresión significativamente mayor que las madres de niños normales.

GRUPO 1 VS GRUPO 2

GL - 49 -.05 VALOR CRITICO- 1.6794

$$T- \frac{50.8 - 49.95}{\sqrt{\frac{11.29^2}{25} + \frac{6.53^2}{22}}} = .32$$

No hay diferencias significativas, ya que $t = 1.6794$. Es decir, el índice de depresión entre las madres de niños retrasados mentales y las madres de niños con trastornos de atención es estadísticamente igual.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos de la presente investigación, se puede señalar que la hipótesis planteada inicialmente fue comprobada parcialmente. Con esto quiero decir que evidentemente existe depresión en las madres con hijos con trastornos psiquiátricos; sin embargo dicha depresión no tiene relación con la severidad del diagnóstico ya que las cifras obtenidas en las madres con hijo con retardo mental fueron igualmente significativas que en las madres con hijos con trastorno de atención.

Es importante señalar que en dos padecimientos paidopsiquiátricos muy diferentes, la respuesta a la escala de la depresión sea muy semejante. Por un lado se esperaría que el grado de depresión en madres con hijos con retardo mental fuera más significativa que en las madres con hijos con trastorno de atención. Para fundamentar lo antes dicho se esperaría que un niño con retardo mental difícilmente llene las expectativas de los padres, puesto que al recibir los padres el pronóstico del padecimiento del hijo rompen todas las fantasías creadas por él.

Contrariamente sucede en los niños con trastornos de atención, que lógicamente tienen un pronóstico diferente y que con un buen manejo terapéutico pueden alcanzar otras metas, logrando dar esperanzas a los padres de un futuro más halagador.

Es evidente que el trastorno psiquiátrico por sí mismo desencadene trastornos depresivos en las madres, comparado con el grupo control - debido, muy posiblemente a la estigmatización a que es objeto el trastorno mental en todas - las culturas contemporáneas.

Lo que puede resultar de utilidad del presente trabajo en la práctica clínica es la recomendación de la aplicación de la escala de Zung, en forma rutinaria a las madres que acuden a la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Infantil. Ya que al detectar el estado afectivo de las madres, esto permitiría canalizar en el caso de encontrar trastorno depresivo alguno al tratamiento adecuado en un lugar específico.

Y en caso contrario tener el terapeuta infantil la seguridad de que en las madres encontrará una persona afectivamente estable para el mejor manejo de su hijo.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Patiño José Luis "Psiquiatría Clínica"
1a. Ed. Salvat 1980 Pags. 180-83
- 2.- Antohony E. James, Benedek Therese
Depresión y existencia humana Edit. Salvat
2a. edición 1982
- 3.- Calderón Narvaez G. "Depresión"
Edit. Trillas 1984 Pags. 19-21
- 4.- Tomckiwits Relations Du debil mental
Avoc sa famille en confrontations -
Psychiatriques no.10, 1973
- 5.- Zung, W. E. K Richards, C. E. La escala -
para la auto-medición de la depresión en -
una clínica de pacientes externos; Arch.
Gen. Psychiat. 13:508 (dic.) 1965

BIBLIOGRAFIA

- 1.- ANTOHONY E. JAMES, EENEDEK THEPESE. "Depresión y existencia humana" Edit. Salvat 2a. ed. 1982.
- 2.- BEARDSLEE WILLIAM P, BOMFOARD JULES. "Children of parents with major affective disorder" a review Am. J. Psychiatry 140 July 1983.
- 3.- CALDERON NARVAEZ G. "Depresión" Edit. Trillas 1984.
- 4.- FAHY T.J. "Depresión in hospital and general practice a direct clinical comparesión". Brit. J. Psychiat. 124 1974
- 5.- MENDELS JOSEPH. "Depresión" Edit. Herder 3a. ed. 1982.
- 6.- PATIÑO J. L. Psiquiatría Clínica Edit. - Salvat.
- 7.- ZUNG, W.W.K. La escala para la auto-medición de la Depresión: Arch. Gen. Psychiat. 12:63, (Enc.) 1965.
- 8.- ZUNG, W.W.K. RICHARDS, C.E. y SHOPT, M.J. La escala para la auto-medición de la Depresión en una clínica de pacientes externos; Arch. - Gen. Psychiat. 13:508 (dic.) 1965.

9.- J. AENORM Child, Mother, and Father evaluations of depression in Psychiatric in patient children. Child psychol 1983 Jun 11 167-79.

10.-Depression in mothers in a multi-ethnic urban industrial municipality in Melbourne. Aetiological factors and effects on infants and preschool children. J. Child Psychol Psychiatry 1985 mar. 26 Pags. 277-88.