

11226
21.113.



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Postgrado

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

"EL PACIENTE CON DEPRESION Y LA
DINAMICA FAMILIAR"

[Handwritten signatures]

TESIS

Para obtener la Especialidad en :

MEDICINA FAMILIAR

Presentada por :

José René López y Lozano

U. M. F. No. 2

I. M. S. S.

[Handwritten signature]



IMSS

Puebla, Pue.

1984-1986

FALLA DE ORIGEN



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INDICE

INTRODUCCION

JUSTIFICACION

ANTECEDENTES

CUADRO CLINICO

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

TRATAMIENTO

MATERIAL Y METODOS

RESULTADOS

CONCLUSIONES

RESUMEN

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El incremento de la depresión en los últimos años ha sido tan importante que se le considera en la actualidad como uno de los problemas más frecuentes de salud pública. Sin embargo, por la diversidad de sus síntomas, muchos de ellos de tipo somático, con frecuencia pasa inadvertida al médico que no la tiene presente al efectuar su diagnóstico. La tendencia al suicidio en estos enfermos es otro factor que es preciso tomar en cuenta para hacer un diagnóstico correcto y un tratamiento oportuno.

El cuadro clínico se manifiesta por trastornos psíquicos de tipo afectivo, intelectual y de conducta; en ocasiones el enfermo solamente declara síntomas somáticos que enmascaran un cuadro depresivo y por ello erróneamente diagnosticada como afección orgánica, originando estudios minuciosos e innecesarios por otros servicios que no corresponden a la enfermedad en sí, olvidando que el ser humano es una entidad bio-psico-social.

El objetivo del presente trabajo es determinar los cambios que ocurren a nivel de la dinámica familiar cuando alguno de sus miembros presenta síndrome depresivo. Para tal fin se estudiaron 25 familias en las que alguno de sus integrantes cursaba con diagnóstico de síndrome depresivo, comparando los resultados con otras 25 familias, que sirvieron de grupo control. A ambas se les aplicó cuestionarios tanto para el paciente como para el resto de los familiares.

JUSTIFICACION.

Sabemos que la depresión es un trastorno de la afectividad y una respuesta desmesurada, en intensidad y en duración, que tiende a mantenerse con repercusiones disfuncionales a nivel familiar, social y laboral, y que amerita -- tratamiento oportuno, ya que amenaza la vida y el funcionamiento de quien la padece.

. El presente trabajo fué realizado con el fin de encontrar las alteraciones más frecuentes que se presentan en la dinámica familiar, en aquellas familias que alguno de sus integrantes padece síndrome depresivo.

ANTECEDENTES

DEFINICIÓN.- El término depresión procede del latín Depressio que significa acción o efecto de derrimirse y se refiere tanto a un síntoma como a un grupo de enfermedades -- que tienen ciertos rasgos en común.

En su connotación de síntoma describe un tono afectivo de tristeza, sentimiento de desamparo y amor propio reducido. En tanto que el síndrome depresivo representa uno de -- los modos de reaccionar del individuo y consta de varios -- síntomas: humor depresivo, inhibición de la ideación así co -- mo de la iniciativa y cuenta con síntomas acompañantes en -- forma de trastornos psicósomáticos. (1) (2)

HISTORIA.- Ya en los tiempos bíblicos se menciona la depresión, el rey Saúl, durante su juventud dió muestras de conducta anormal y durante su madurez, su conducta se caracterizó por falta de dominio en los impulsos, suspicacia casi paranoide e irritabilidad extrema, Saul dió fin a su vida -- suicidándose, con ello dejando al descubierto la gravedad -- de su depresión, la cual en nuestros días se calificaría co -- mo maniaco-depresiva.

En el siglo IV A.C., Hipócrates, escribió que desde el -- punto de vista médico, "la locura" estaba relacionada con -- la reacción conjunta de los cuatro humores corporales: san -- gre, bilis negra, bilis amarilla y flema. El mencionó que -- la bilis negra era la responsable de la melancolía.

En el siglo I A.C., Esclepiades, recomendó los estudios -- intelectuales y la formación de relaciones emocionales ade -- cuadas como medios para aliviar la depresión.

En la Edad Media se creía que la melancolía era producto -- de causas espirituales.

En 1816 el Botánico Suizo Agustin De Candolle, ideó los conceptos endógeno y exógeno, conceptos que fueron introducidos en la psiquiatría a fines del siglo XIX por el neuro-psiquiatra alemán P.J. Moebius. (3)

En la actualidad, la depresión, ocupa los primeros lugares como causa de internamiento a hospitales psiquiatricos, siendo superada solo por la esquizofrenia, segun Cleine, la depresión es causa de sufrimientos en los E.U.A. en una gran parte de la población de aquel país. (4)

En la actualidad se tienen bien identificadas algunas condiciones capaces de precipitar un cuadro depresivo, y entre ellas tenemos:

Sociales: Pérdida de la madre antes de los 11 años.

Tres niños menores de 14 años en el hogar; No trabajar fuera del hogar. Bajos ingresos; Falta de un confidente; Pérdida reciente de un amigo o familiar. Envejecimiento. Falta de familia amplia; pérdida de la familia. Periodo anterior a la jubilación.

Medicas: Post infarto del miocardio. Post cirugía amputadora. Post parto o post aborto. Reacción al diagnóstico de enfermedad crónica o que pone en peligro la vida. Fármacos.(5)

FRECUENCIA.- En 1964, Cleine, calculó que la depresión llega a afectar al 3.9 % de las personas mayores de 20 años, aumentando el porcentaje al aumentar la edad. (1)(6)

Se calcula aproximadamente que el 8 % de los hombres y el 16 % de las mujeres, cursarán durante alguna etapa de su vida con algun cuadro depresivo, y de estos un 5 % requerirá de tratamiento médico. (7) (8)

En cuanto al sexo, los síntomas depresivos son más frecuentes en las mujeres que en los hombres en relación 2:1,

especialmente en aquellas que viven solas ya sea por causa de viudez, divorcio y/o abandono del marido e hijos.

La depresión se presenta más frecuente entre los hombres solteros que entre los casados.

En cuanto a la edad, la frecuencia aumenta paralelamente con la edad, en los mayores de 50 años se han encontrado tasas de 13.7/100 tanto para hombres como para mujeres. (9).

CLASIFICACION.- La depresión se divide en tres tipos:

- 1.- Exógena o reactiva.- los factores desencadenantes, aparentemente obvios, son causas ambientales o psicológicas. - Pérdida de algo importante para el individuo, como la muerte de un familiar, pérdida de trabajo o status, pérdida de autoestima.
- 2.- Endógena o neuróticas.- En donde no existen factores determinantes, relacionándose a una disfunción del Sistema Nervioso Central.
- 3.- Secundarias.- como resultado de enfermedades infecciosas o endocrinas.

Secundarias a drogas.- Medicamentos antihipertensivos, del tipo del Metil-Dopa, Propanolol, Reserpina, Antiparkinsonianos, Hormonas femeninas, Corticoesteroides. (10)(11)(12)

La depresión forma parte de la enfermedad Maniaco-depresiva, en donde se encuentra en la modalidad de la inhibición de la conducta (depresión inhibida) o con manifestaciones de exaltación de la conducta (depresión agitada).(13)(14)

Se conocen cuatro modelos teóricos de depresión:

- 1.- "Agresión interiorizada", esta es patente en la mayoría de los casos clínicos de depresión pero no tiene prueba sustancial. La expresión de ira alivia, en ocasiones, la depresión.
- 2.- "Pérdida", cuando la depresión es una respuesta o reacción a la pérdida de un ser, bien o posición así como pérdida de autoestima.
- 3.- "Relación Interpersonal", se refiere a la conducta que utiliza el paciente como medio para controlar a otras personas: familiares, compañeros de trabajo e incluso al propio médico.
- 4.- "Aminas Biógenas", esta hipótesis nos habla de alteraciones bioquímicas, se caracteriza por depauperación de aminas biógenas. En estudios neurofarmacológicos, se observa que la Reserfina podía causar depleción de la Norepinefrina, dopamina y serotonina cerebrales en animales de laboratorio. (15)

CUADRO CLINICO.

Entre los síntomas que más frecuentemente se presentan en el síndrome depresivo tenemos:

- 1.- Humor triste y sombrío, con falta de ilusiones para todo; gran pesimismo, sentimiento de que todo cuanto emprenden ha de fracasar, impresión de ser un estorbo, un inútil, falta de estimación para sí mismo y deseo de muerte.
- 2.- Sentimiento de impotencia para obrar y pensar; inhibición psíquica y motriz, lentitud en la expresión y conversación, es penosa y con frecuencia busca las palabras sufriendo. Su rictus facial es de cansancio y pesadumbre, mostrando la expresión del dolor moral.

3.- Físicamente ecusan molestias somáticas varias, junto a su humor disfórico e hipertimia depresiva, aquejan:

Insomnio, con no raro despertar asioso a media noche.

Flatulencia

Anorexia

Estado saburreal

Cefalalgias erráticas y vagas

Edelgazamiento

Pesimismo

Constipación

Tendencia al pleitismo con sus familiares y aún con el mé
dico.

Astenia

Fatiga matutina

Descenso de la libido

Precordialrias

Sueños

Vertigos

Intentos de suicidio. (16)(17)

Un estado depresivo puede alcanzar las dimensiones de una psicosis, encontrando síntomas graves como:

Retardo psicomotor

Escasa mimica

Ideas delirantes de naturaleza hipocondriaca o persecutoria.

Aislamiento de actividades

Ideación suicida

Depresión agitada. (18)

La frecuencia de los síntomas reconilados por un autor -
fué la siguiente:

Síntomas Somáticos:

Disturbios del sueño	97%
Constipación	80%
Seudodiarreas	75%
Adelgazamiento	75%
Debilidad y fatiga corporal	70%
Polaciuria y anorexia	70%
Libido disminuida	63%
Palpitaciones	57%
Parestesias	53%
Cefaleas	50%

Síntomas Psíquicos:

Pesadumbre, tristeza, abatimiento	95%
Sentimientos de culpabilidad	80%
Irritabilidad ansiosa	75%
Lamentos y gritos en voz alta	72%
Ataque de ansiedad asociada (melancolía ansiosa)	60%
Temor a enloquecer, enfermar o morir	60%.(17)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Como la depresión puede formar parte de cualquier enfermedad, ya sea como constituyente reactivo o como un síntoma secundario, deberá prestarse atención escrupulosa a los ajustes personales de los problemas de la vida, el papel de los medicamentos, por ejemplo: reserpina, Metil-Dopa, Corticoesteroides, etc., a la esquizofrenia y a los síndromes crónicos y encefálicos.

Existen dos subtipos de trastornos primarios efectivos: Unipolares, en donde el paciente tiene depresiones recurrentes.

Bipolares, en los cuales las fases maníaca y depresiva se hallan presentes, alternando con frecuencia y persistiendo durante períodos considerables.

Los pacientes que padecen la variedad unipolar tienden a ser pacientes en edad senil, cuando comienzan, a menudo son mayores de los cuarenta años, tiene menos ataques y hay menor frecuencia entre los familiares. En los pacientes con el tipo bipolar tienen una edad máxima de 25 años, hay menor frecuencia del padecimiento entre los familiares y tienen mayor número de ataques.

Muchos pacientes difieren de los enfermos esquizofrénicos en diversas zonas del comportamiento interpersonal, incluye la proyección de la responsabilidad, sensibilidad a las zonas vulnerables en otros individuos pruebas de los límites, conducta de adulación y capacidad para evocar ira con facilidad. El entendimiento de estas tendencias no sólo ayuda a diferenciar la manía de la esquizofrenia y de los trastornos esquizoafectivos, sino también para tratar en forma realista con el paciente que emplea estas maniobras.

Las enfermedades como la artritis reumatoidea, hipotiroidismo, esclerosis múltiple y cardiopatía crónica se hallan particularmente susceptibles de asociarse a la depresión. (19)

Las depresiones pueden asociarse a otros padecimientos - tales como los síndromes encefálicos, orgánicos, esquizofrenia y reacciones a medicamentos, (5) el alcohol y otros depresores del Sistema Nervioso Central pueden provocar de re s i ó n en grado variable. (20)

COMPLICACIONES.- Mientras más tiempo continúe la depresión más cristalizada se volverá, particularmente cuando existe un elemento de refuerzo secundario, la complicación más importante es el suicidio. Existen cuatro grupos principales de individuos que ejecutan intentos suicidas:

- 1.- Aquellos que están abrumados por problemas de la vida, el mayor número de suicidas se encuentra dentro de esta categoría. A menudo hay gran ambivalencia, realmente no desean morir pero tampoco desean seguir viviendo como lo estaban haciendo.
- 2.- Aquellos que claramente intentan controlar a otros. Esto constituye un intento flojente de naturaleza menor -- con la presencia de alguna persona significativa, con el fin de lastimarla o controlarla.
- 3.- Aquellos con depresión intensa, en este grupo se incluye los padecimientos, tanto exógenos como endógenos y a menudo constituye un intento serio que ocurre conforme el individuo está comenzando a mejorar.
- 4.- Aquellos con padecimientos psicóticos, estas personas - tienden a ser irrescindibles y a menudo tienen éxito en llevar a cabo el suicidio, afortunadamente integran un bajo porcentaje del total.

La meta inmediata de la valoración psiquiátrica consiste en establecer el riesgo de suicidio actual y la necesidad de hospitalización versus el manejo como paciente de consulta externa. El intento es poco probable que hubiese sido verdaderamente suicida, por ejemplo cuando se ingiere pequeñas cantidades de veneno o el corte infligido sobre las muñecas es superficial: si el acto fué ejecutado en presencia de otros o con notificación insistente a los demás o si el intento fué arreglado para que se anticipara la detección.

El nivel del talante actual se establece mediante valoración directa de sus planes y preocupaciones acerca del futuro, reacciones personales acerca del intento y sus pensamientos acerca de las reacciones de los demás. Se valorarán las fuentes inmediatas del paciente, la gente que puede estar involucrada significativamente (muy importante), apoyo familiar, situación de empleo, recursos económicos, etc.

Si la hospitalización no está indicada, el médico formulará e instituirá un plan de tratamiento o hará un referimiento adecuado. El problema, a menudo, es agravado por la complicación a largo plazo del intento suicida, ejemplo, daño encefálico debido a hipoxia, neuropatías periféricas debidas a largos períodos en una posición la cual causa compresión nerviosa y problemas médicos o quirúrgicos no corregibles, tales como estenosis esofágicas y disfunciones tendinosas. (20)

TRATAMIENTO

La terapéutica se encamina a varios puntos:

- 1.- **Psicológico:** A menudo se inicia durante crisis situacionales ya que es el momento en que el paciente es más maleable al cambio, cuando la falta de autoconfianza, problemas de identidad y ajuste a largo término de dificultades son los responsables de la depresión; la psicoterapia estará orientada a ayudar al individuo a que cambie alguno de estos caminos habituales para enfrentarse a las situaciones de 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. Se desea y se necesita la terapéutica familiar o — por parejas en aquellas situaciones que provienen de ausencia de armonía familiar o marital. Explicación de los síntomas somáticos para lograr la cooperación y tranquilizar al paciente. Eliminación de factores ambientales precipitantes o agravantes. Fortalecimiento de funciones familiares. Se recomienda dejar hablar al paciente, incluso hasta la catarsis. (14)
- 2.- **Social:** Los tipos sociales de manejo son importantes ya que la consecuencia frecuente de la depresión es la abstinencia social, esta exacerba el vacío y la soledad resultante en mayor soledad, mayor retracción y aislamiento social. En casos graves es necesaria la hospitalización diurna para reiniciar la involucración y proporcionar una estructura cotidiana de actividades, grupos de individuos de ayuda que han sufrido pérdidas similares ayudan al paciente a sobrellevar su pérdida. Puede ser necesaria la ayuda de tipo ocupacional, puede ser necesaria una rehabilitación vocacional cuando la depresión esta relacionada

a la pérdida de autoconfianza en ausencia de trabajo. El asesoramiento familiar y el trabajo son útiles en los episodios recurrentes o prolongados.

3.- Médico: Los métodos médicos son de mayor importancia para descartar padecimiento orgánico subyacente. Determinar si existe o no problemas de alcoholismo o toxicomanías. - Valorar los medicamentos prescritos, ya que se podría provocar depresión del talante. Se emplearán tranquilizantes menores como el Diacepan, en los pacientes en que la ansiedad constituye un problema primordial, particularmente en crisis situacionales. Los antidepresores no son particularmente eficaces en depresión exógena, la Doxatina es eficaz para aliviar la ansiedad y mejorar el sueño. La hospitalización será necesaria cuando exista intento suicida, si el riesgo es elevado se considerará la terapéutica electroconvulsionante.

Los antidepresores cíclicos como la Imipramina, son eficaces; como tratamiento alterno la Trifluoperacina, medicamento antipsicótico. Los estados maníacos se tratan con Haloperidol, al mismo tiempo se practican pruebas de laboratorio para iniciar tratamiento con Carbonato de Litio.

La pregunta respecto a que tiempo debe continuarse la medicación, no tiene respuesta satisfactoria. En general el paciente deberá continuar tomando la mínima cantidad de medicamento para evitar recaída. Merece reducción gradual de la dosis hasta que pueda suspenderse. En algunos enfermos es necesaria la medicación antidepresora indefinidamente.

4.- Conductista: Esto es valioso en padecimientos específicos, los que desempeñan un papel en la depresión, ejemplo la desensibilización es útil cuando hay fobias presentes,

desempeñar alguna función puede mejorar la agresividad cuando la depresión constituye una función de pasividad.

PRONOSTICO

Las depresiones reactivas están limitadas, en el tiempo y - el pronóstico con el tratamiento es bueno si no interviene el patron suicida o algun otro patron patológico de ajuste.

Las depresiones endógenas con frecuencia responden al - tratamiento eficaz administrado al principio, en cantidades adecuadas por un período razonable. (21)

ATRIAL Y ESTUDIOS

Para el presente trabajo se estudiaron 50 familias, de las cuales en 25, alguno de sus integrantes presentaba diagnóstico de depresión, la captación de estos pacientes se realizó en la Unidad Médica Familiar Número Dos del Instituto Mexicano del Seguro Social, 18 de ellos fueron captados en la Consulta Externa y 7 en el servicio de Urgencias de dicha Unidad Médica.

En todos se corroboró el diagnóstico de depresión mediante la revisión del expediente clínico, además se les aplicó la Escala de Valoración Psiquiátrica de Hamilton, obteniendo de todos ellos, puntuación mayor a 17.

Se efectuaron visitas domiciliarias en donde se aplicó cuestionario, dividido en dos secciones, una aplicable al paciente y otra a los familiares.

Los resultados obtenidos se compararon, con los obtenidos, mediante el estudio de 25 familias, que sirvieron de control, en donde alguno de los familiares acudió para atención médica por cursar con alguna patología orgánica no muy relevante como por ejemplo: rinoфарингитis, verrugas vulgares, pequeño lipoma, onicomicosis, síndrome diarreico no complicado.

Se buscó que los pacientes seleccionados fueran mayores de 14 años y menores de 65, que no presentaran patología orgánica agregada ni cualquier otro tipo de trastorno mental.

El test aplicado al paciente fué el de Anger Familiar en tanto que el aplicado al resto de los familiares fué una modificación del mismo.

CUESTIONARIO DE AFGAR FAMILIAR

REACTIVO

CASI SIEMPRE EN OCASIONES DIFÍCILMENTE

1.- Me siento satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema.

2.- Estoy satisfecho con la manera en que mi familia discute de igual acuerdo e interés y participa en la resolución de problemas conmigo.

3.- Encuentro que mi familia acepta mis deseos de tomar nuevas actividades y hacer cambios en mi estilo de vida.

4.- Estoy satisfecho con la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos tales como ira, aflicción, amor.

5.- Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo pasamos juntos.

RESUMIDADOS.

En nuestra encuesta encontramos que:

De los 25 pacientes con depresión 7 correspondieron al sexo masculino y 18 al femenino, estando de acuerdo con diversos autores que mencionan que la depresión se da con más frecuencia en mujeres que en hombres. Del grupo control encontramos 14 pacientes del sexo masculino y 11 del femenino. --

(tabla 1)

Referente a la edad, ésta fluctuó entre los 19 y los 45 años dando una mediana de 28 años para el grupo en estudio y para el grupo en control obtuvimos una edad máxima de 39 y una mínima de 16 dando una mediana de 25 años. (tabla 2)

Encontramos una mayor frecuencia entre los 26 y los 30 años, con 3 casos y de los 36 a los 40 con 5 casos, aquí, también coincidimos con estudios de diversos autores, que mencionan que la depresión se presenta con mayor frecuencia por arriba de los 20 años y que aumenta paralelamente con la edad.

Encuestamos el estado civil de nuestros pacientes, encontrando mayor prevalencia entre los casados con 17 casos por 8 entre los solteros. (tabla 3)

Asimismo encuestamos el número de integrantes de las familias, hallando un caso en el que el paciente vive solo, pero la mayor prevalencia se observó en familias numerosas, en nuestro estudio, 13 casos los encontramos en familias de 5 ó más miembros, constituyendo el 52% del total. (tabla 4)

Dentro de la sintomatología más frecuentemente presente, nosotros encontramos: hiporexia, insomnio, cefalealgia, irritabilidad, diaforesis, estenía y adinamia en más del 20 % de los casos. (tabla 5)

Dentro de las alteraciones de la Dinámica Familiar, las --

más frecuentes fueron:

Falta de comunicación con los demás integrantes de la familia. Disminución o pérdida de importancia hacia la familia.

Conflictos con los hijos y/o conyuge.

Disminución de la libido.

Inestabilidad en el trabajo y/o escuela.(tabla 6)

EL PACIENTE CON DEPRESION Y LA DINAMICA FAMILIAR

Cuadro No 1

DISTRIBUCION SEGUN SEXO:

SEXO	GPO EN ESTUDIO		GPO CONTROL	
	No	%	No	%
MASCULINO	7	28	14	56
FEMENINO	18	72	11	44
TOTALES	25	100	25	100

Fuente: Encuesta realizada por el investigador.

EL PACIENTE CON DEPRESION Y LA DINAMICA FAMILIAR.

Cuadro Num. 2

DISTRIBUCION SEGUN EDAD:

EDAD	GPO EN ESTUDIO		GPO CONTROL	
	No	%	No	%
16 - 20	1	4	7	28
21 - 25	4	16	6	24
26 - 30	9	36	8	32
31 - 35	4	16	2	8
36 - 40	5	20	2	8
41 - 45	2	8	-	-
TOTALES	25	100	25	100

FUENTE: Encuesta realizada por el investigador.

EL PACIENTE CON DEPRESION Y LA DINAMICA FAMILIAR.

Cuadro Num. 3

DISTRIBUCION SEGUN ESTADO CIVIL.

	GPO EN ESTUDIO					GPO CONTROL				
	No	M	%	F	%	No	M	%	F	%
SOLTEROS	8	3	12	5	20	10	6	24	4	16
CASADOS	17	4	16	13	52	15	8	32	7	28
TOTALES	25	7	28	18	72	25	14	56	11	44

M = Masculino

F = Femenino

FUENTE: Encuesta realizada por el investigador.

EL PACIENTE CON DEPRESION Y LA DINAMICA FAMILIAR.

Cuadro Num. 4

NUMERO DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA.
(se incluye al paciente).

GPO EN ESTUDIO			GPO CONTROL	
Num de Miembros	Num de Familias	%	Num de Familias	%
1	1	4	-	-
2	3	12	4	16
3	4	16	4	16
4	4	16	5	20
5	5	20	5	20
6	4	16	3	12
7	-	-	2	8
8	3	12	2	8
10	1	4	-	-
TOTALES	25	100	25	100

FUENTE: Encuesta realizada por el investigador.

EL PACIENTE CON DEPRESION Y LA DINAMICA FAMILIAR.

Cuadro Num. 5

SINTOMAS MAS FRECUENTES ENTE ENCONTRADOS.

SINTOMA	GRUPO EN ESTUDIO		
	M	F	%
HIPOREXIA	5	9	56
INSOMNIO	3	7	40
CEFALEA	2	7	36
IRRITABILIDAD	2	7	36
DIARRESIS	4	4	32
ASTENIA	2	5	28
CONSTIPACION	1	3	16
PALPITACIONES	2	2	16
ANSIEDAD	2	1	12

FUENTE: Encuesta realizada por el investigador.

EL PACIENTE CON DEPRESIÓN Y LA DINÁMICA FAMILIAR.

Cuadro Num. 6

ALTERACIONES ENCONTRADAS EN LA DINÁMICA FAMILIAR.

ALTERACION	No de casos	%
Falta de comunicación con los demás miembros de la familia.	9	36
Pérdida de importancia hacia la familia.	7	28
Diferencias conyugales por mínimos activos.(+)	6	24
Conflictos con los -- hijos. (+)	4	16
Disminución de la libi do.	3	12
Inestabilidad en el -- trabajo y/o escuela	3	12
Agresividad hacia al-- gun miembro de la fa-- milia.	2	8

(+).- Recordar que en nuestra casuística se encontraron 17 personas con estado civil casado.

FUENTE: Encuesta realizada por el investigador.

CONCLUSIONES.

El incremento de la depresión ha sido tan importante que se considera problema de salud pública, por la diversidad de sus síntomas, con frecuencia pasa inadvertida al médico, al no tenerla presente al efectuar su diagnóstico, pudiendo llegar a la cronicidad o ser motivo de hospitalización innecesaria o otro servicio. La tendencia al suicidio es un factor que se debe tener en cuenta para elaborar un diagnóstico correcto y un tratamiento adecuado y oportuno.

En el presente trabajo se corroboró la depresión, de los pacientes estudiados, mediante la aplicación de la Escala de Valoración Psiquiátrica de Hamilton, obteniendo en todos los casos puntación mayor a 17.

Encontramos que el síndrome de resivo estuvo presente en 7 hombres y 16 mujeres; la incidencia más alta se encontró, de acuerdo a la edad, en el grupo de 26 a 30 y de 36 a 40 años, coincidiendo con lo señalado por diversos autores en el sentido que la depresión se presenta con mayor frecuencia en mujeres que en hombres en relación de 2:1. y de que la depresión aumenta paralelamente con la edad.

Igualmente encontramos mayor prevalencia entre las personas casadas que entre las solteras.

Mencionamos también que de acuerdo al número de integrantes de la familia, la mayor incidencia la encontramos en familias de 5 ó más miembros, encontramos un caso en que la persona deprimida vivía sola y otro caso en que la familia se encontraba formada por diez miembros, éste fué la única conquista por , hijos, esposo y suegro de la paciente, es decir una familia extensa.

Mencionamos también los principales síntomas encontrados

los cuales fueron referidos en forma única y/O formando parte del síndrome depresivo.

Es importante el diagnóstico oportuno del paciente con depresión a fin de evitar:

- 1.- Pérdida de la confianza al médico.
- 2.- Que el mal tienda a la cronicidad.
- 3.- Gastos innecesarios al I.M.S.S. (con valoraciones por otros servicios).
- 4.- Que llegue al riesgo de suicidio.
- 5.- Sufrimiento moral y físico del individuo.

Recomendamos:

- 1.- Efectuar el test de Apper Familiar, en pacientes con sintomatología sugestiva (no lleva más de dos minutos).
- 2.- Escuchar al paciente.
- 3.- Instruir a los familiares y hacerlos responsables de la curación del paciente.
- 4.- Recordar que es en la Consulta Externa del médico familiar, donde la depresión es una de las patologías psiquiátricas más frecuentes.
- 5.- Recordar que el ser humano es una entidad bio-psico-social.

RESUMEN

Se estudiaron 50 familias de las cuales en 25, uno de sus integrantes cursaba con cuadro de depresión y 25 familias -- en que uno de sus miembros acudió a la Consulta Externa por presentar patología de menor importancia.

Se realizaron visitas domiciliarias, aplicándose un cuestionario dividido en dos partes, una parte para el paciente y otra dirigida a los familiares de éste.

Encontramos una edad mínima de 16 y una máxima de 45 años encontramos 7 pacientes correspondientes al sexo masculino y 18 al sexo femenino,

referente al estado civil encontramos 17 personas casadas y 8 solteras.

Por lo que toca al número de integrantes de la familia -- encontramos un caso en que el paciente vivía solo y una familia de 10 personas, siendo el único caso de familia extensa, las restantes correspondieron a familia nuclear.

Las alteraciones de la Dinámica Familiar encontradas tenemos: falta de comunicación con los demás miembros de la familia; Disminución o pérdida de importancia hacia la familia; conflicto con los hijos, tendencia al pleitismo con el conyuge por motivos triviales, Inestabilidad en el trabajo.

Pensemos que la mayoría de los pacientes encuestados requirieran de ser oídos, y sus familiares de ser instruidos para lograr una mejor comprensión de su depresión. Creemos que estos pacientes no llegarán al suicidio pero esto no quiere decir que no requirieran tratamiento.

La época actual es causa favorecedora de cuadros depresivos y muchos pacientes llegan a la consulta con el fin de ser oídos, el médico debe saber escuchar e interpretar a sus pacientes para lograr una mejor salud mental de éstos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Beck TA. Diagnóstico y tratamiento de la depresión.
EUA: Merck Sharp and Dohme, 1976:4-7.
- 2.- Perot A. Diccionario de Psiquiatría.
Paris: Labor, 1979:362.
- 3.- Alense FP. Fundamentos de la Psiquiatría actual.
Madrid: Paz Mentalve, 1977:484-6.
- 4.- Bablensky A, Sartorius N, Gulbinat W.
Characteristics of depressive patients contacting psychiatric services in four cultures.
Act Psyc Scan 1981;5:367-9.
- 5.- Shires BD, Hennen KB. Medicina Familiar Guía Práctica.
México: Mc Graw Hill de México, 1983:174-83.
- 6.- Calderon NG. La depresión, problema de Salud Pública.
Sal Públ Méx 1981;23:503-8.
- 7.- De la Fuente HR, Campille SC. Papel de la depresión en la patología humana.
México: 1975:3-5.
- 8.- Taylor BR, Arnold J. Depresión en la mujer.
México: Mundo Medico, 1981:45-9.
- 9.- Stern SL, Pugh A, Mendele J. Toward a rational pharmacotherapy of depression.
Am J of Psyc 1981;3:545-8.
- 10.- Chamberlain BB. Neuresis y Psicosis.
México: Prensa Medica Mexicana, 1962:83-6.
- 11.- Malt U. Clasificación & Diagnosis of depression.
Act Psy Scan 1983;7:7-35.
- 12.- Mendel RP. The clasificación of depression, A review of contemporary confussion.
Brit J of Psyc 1980;11-59.

- 13.- Hefling KC.Tratado de Psiquiatría.
México: Interamericana,1965:271-6.
- 14.- Kolb M.Psiquiatría Clínica Moderna.
México: Prensa Medica Mexicana,1980:666-8.
- 15.- Di Mascio. Differential syntex reduction by drugs and psychot_u
rapy in acute depression.
Arch Gen Psyc 1979;4:1450-2.
- 16.- Solomon P,Patch DV.Manual de Psiquiatría.
México: El Manual Moderno,1979:36-42.
- 17.- Farreras VP,Rozman C.Medicina Interna.
Barcelona: Herin,1976:323-30.
- 18.- Schwah J,Blalow M,Brown M,Joslar E.
Diagnosting depression in medical in patients.
Ann of Int Med 1968;12:695-8.
- 19.- Watts CA. Depression disorders in the comunity.
Wright Brist 1976;2:23-7.
- 20.- Krupp MA, Chatten NJ.Diagnóstice clinice y tratamiento.
México: El Manual Moderno,1980:741-4.
- 21.- Aschroft GW. Management of depression.
Br J Med 1975;10:372.
- 22.- Covi L. Drug and psychoterapy interactions in depression.
Am J Psyc 1977;5:502-6.
- 23.- Hamilton H. A rating scale for depression.
J Neurol Neurosurg Psyc 1960:59.