

11241
2 y 7

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA

DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

CENTRO HOSPITALARIO 20 DE NOVIEMBRE

I. S. S. S. T. E.

DETECCION Y EVOLUCION DE DEPRESION EN FAMILIARES DE

PACIENTES HOSPITALIZADOS

DR. MARIANO DE J. CALDERON TORRES.

MEXICO D. F.

DICIEMBRE, 1985.

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.

I N D I C E

INDICE.	página No.
INDICE.	3
INTRODUCCION.	4
CAPITULO I.	
Depresión.	7
La familia como estructura social.	9
Formación e interacción familiar según N. W. Ackerman.	11
Soportes sociales.	13
CAPITULO II.	
Material :	
Escala de valoración Psiquiátrica de Hamilton para la depresión.	19
Escala para la auto-medición de la depresión (EAMD) del DR. William Zung.	20
Escala de valoración de soportes sociales.	23
Método :	
Definición de población de estudio.	24
Tiempo y procedimientos empleados en el estudio.	24
CAPITULO III.	
Resultados observacionales.	27
Análisis estadístico.	30
CONCLUSIONES	37
BIBLIOGRAFIA	39

I N T R O D U C C I O N

La continúa evolución del mundo y sus componentes, producen avances científicos y cambios sociales frecuentes que abarcan a todas las fuentes del conocimiento, incluyendo a la medicina, con la producción de nuevos enfoques ó marcos teóricos para obtener la salud. La psiquiatría como una rama de la medicina dedicada a la conservación de la salud mental, ha tenido que modificar igualmente algunos de sus enfoques, en busca de mejores perspectivas para cubrir su función; es así como el campo de la psiquiatría se ha ido ampliando y desplazando su centro de interés del individuo a la sociedad; como diría el DR. De La Fuente M (3)" en contraste con el movimiento impulsado por Freud, que caracterizó a la psiquiatría en la primera mitad y que se ocupaba en forma primordial de la interioridad de la persona, lo que hoy domina este es un movimiento que mira hacia el exterior del sujeto: hacia la familia, el grupo, la sociedad ". Es así como las investigaciones actuales tienen un enfoque social en la búsqueda de factores que modifiquen la salud mental. Aunado a lo anterior, cabe señalar la gran expansión que esta sufriendo la medicina de tipo institucional, instrumentada por la sociedad con el fin primordial de hacer llegar una mejor atención médica, a un mayor número de personas y con un menor costo social, creando entonces fundamentalmente tres niveles de atención médica, el preventivo, el curativo y el rehabilitatorio; para efectuar estudios de diversa índole, a fin de determinar posterior a ellos el nivel de mayor importancia para los fines establecidos, concluyendo entonces que la atención médica de tipo curativo y rehabilitatorio, requería una mayor inversión desde cualquier ángulo en que se pudiera observar (instalaciones, equipo, tiempo médico, etc.) abarcando además a un menor número de individuos y con grandes repercusiones tanto en lo individual como en lo social; por tal motivo dirige el mayor número de esfuerzos al campo de la atención médica preventiva, pues en este campo concluyó -- que el costo requerido era menor, permitiendo entonces con los mismos egresos abarcar un mayor número de individuos dentro de la atención médica, haciendo incapie en que al mantener sanos a los miembros de la sociedad se facilitaría el desarrollo de la misma siendo más adecuado por tanto este tipo de intervención. Sin embargo, el nivel de atención preventiva al igual que cualquier otro, implica el conocimiento adecuado de la materia a tratar, que en este caso versaría sobre la causa que origina la enfermedad, a fin de que pueda ser evitada en la medida de lo posible.

Por las consideraciones anteriores se pondrá de manifiesto la necesidad de investigaciones con enfoque social en la búsqueda de factores que modifican la salud mental. Queriendo entonces contribuir a este conocimiento dentro del campo preventivo de la salud mental, por lo que el presente trabajo estudia el fenómeno de la hospitalización, como causa posible de alteraciones emocionales específicamente la ansiedad y depresión, manifestadas en los miembros de diferentes familias al hospitalizar a uno de sus miembros, así como la evolución de estas hasta el egreso del paciente, con la finalidad futura de prevenirlas y manejarlas adecuadamente, contribuyendo de esta manera al bienestar del paciente, su familia y la sociedad.

Breve descripción:

La penetración cognitivo-descriptiva en la afectividad del ser ofrece muchas dificultades. La afectividad se manifiesta a través de los sentimientos, que para Descartes y Leibniz, eran pensamientos vagos y confusos; en el siglo XVIII opinaban que todo lo psíquico ajeno a la esfera intelectual, pertenece a la vida afectiva. Lo anterior nos habla de los intentos y dificultades para definir desde tiempos remotos situación que persiste hasta la actualidad. Sin embargo, algunos autores ya en la actualidad dicen que los sentimientos son aquellas experiencias psíquicas que no pueden considerarse como percepciones, representaciones, ideas, fenómenos instintivos o voliciones. De manera más sencilla la afectividad es considerada como el tono emocional, agradable o desagradable, que acompaña una idea.

Dentro del marco fenomenológico F. Alonso Fernández en su libro (1) menciona la descripción fenomenológica de la vida afectiva efectuada por Max Scheler y notaciones de López Ibor al respecto que aquí transcribo:

"Los sentimientos sensoriales se caracterizan porque están siempre localizados en determinados puntos del organismo; se pueden extender más o menos, pero siempre se hallan adheridos a una determinada topografía orgánica. El tipo ejemplar de ellos es el dolor".

"Los sentimientos vitales poseen, a diferencia de los sentimientos sensoriales, un carácter difuso; se extienden por todo el cuerpo y no en una determinada región. Las sensaciones de comodidad o de incomodidad, de aplanamiento, de frescura, no se sienten aquí o allá, localizadas como un dolor o un gusto, sintiéndose muy ligados al cuerpo a diferencia de los sentimientos anímicos como la desesperación o la tristeza".

"Los sentimientos anímicos o psíquicos son sentimientos dirigidos. se trata de formas reactivas (sentimentales) ante el mundo exterior. Se pone uno alegre o triste por determinadas noticias y, por consiguiente, en ellos comienza la participación del "yo" activo."

"Los sentimientos espirituales surgen del punto mismo de donde emanan los actos espirituales. Ya no son estados del yo. En la serenidad de ánimo, por ejemplo, aparecen borrado todo lo que es modo de estar."

Lo anterior nos sitúa de una manera más firme ante la necesidad de estudiar la indescribición del tono afectivo, conciencia como trastorno en la afectividad cuando este no se correlaciona con la idea expresada.

La depresión es considerada como la disminución del tono afectivo, - sin embargo debe diferenciarse de la tristeza considerada también como disminución del tono, pero de intensidad menor con la diferencia - fundamental de que la tristeza es una reacción a una pérdida real no - así la depresión según Freedman & Kaplan (18). La depresión puede va - riar en intensidad desde sentimientos de ligera tristeza a intensa melancolía y profunda desesperación que pueden llevar al sujeto hasta - el suicidio.

Es común observar mucha gente de carácter "dócil" o pasivo-dependiente que mantiene una adaptación marginal con reducciones de gran protección en el matrimonio, en la amistad. Cuando se interrumpen estas relaciones puede aparecer una depresión grave. Durante la fase de protección pueden aparecer amenazas o intentos de suicidio. El alcohol, los - barbitúricos y otros fármacos tranquilizantes pueden utilizarse para - vencer sentimientos de desesperación, vacío o tristeza.

Freedman & Kaplan (18) refieren que la depresión representa una disminución o una pérdida de la autoestima. Exponen los siguientes factores que consideran afectan a la misma: 1) Autoimagen. Un desarrollo primitivo patológico de la autoimagen en una atmósfera familiar desfavorable afecta de manera inevitable la autoestima. 2) Super YO. La discrepancia entre la conducta de la persona y los valores de su super Yo se experimenta en una forma de culpa con una disminución asociada de - la autoestima. Si el super Yo permanece fijado en una forma arcaica, - infantil, o punitiva infantil o si sufre una regresión a este nivel - la predisposición a la depresión aumenta de manera correspondiente. 3) Yo ideal. Cuanto más realista es el Yo ideal, más posible es para una persona alcanzar metas propuestas, Un Yo ideal excesivamente grandioso conduce inevitablemente a sentimientos de insuficiencia. 4) Funciones - del Yo. Las capacidades y aptitudes reales de la persona y su integración uniforme con las otras funciones de su Yo, determina el grado de su éxito en vivir en conformidad a las exigencias de su Yo ideal, y - por tanto también determinan el nivel de autoestima.

Por lo anterior podemos decir que se trata de un problema individual desde el punto de vista psicoanalítico, pero si recordamos al ser como un ente en consonancia dialéctica total, podemos pensar que los múltiples estímulos que recibe del medio externo podrían afectarlo negativamente o positivamente y uno de estos podría ser destrucción de su medio de convivencia habitual (familia) ante la posibilidad de una pérdida como en la hospitalización de un familiar.

LA FAMILIA COMO ESTRUCTURA SOCIAL.

Toda comunidad dentro de un marco de funcionalidad se encuentra regida por un sistema social, que para desarrollarse necesita de la interacción de diferentes elementos que son considerados a su vez como subsistemas (político, económico, etc.). Estos a su vez cuentan con elementos interactuantes e interdependientes, pudiendo desglosarse en una cadena - continúa y sucesiva de subsistemas, hasta llegar en opinión de R.D. Laing (4) al núcleo básico social denominado familia, agregando " la familia es un grupo de personas unidas por consanguinidad y lazos afectivos entre ellos ". Estos núcleos son unidades generadoras y receptoras de estímulos y respuestas, con una gran interacción e interdependencia mutua, que a su vez es el centro rector de las actividades individuales, otorgando un papel familiar o social a cada uno de sus miembros; el cumplimiento adecuado de este papel permite la mayor funcionalidad del mismo, con el consecuente bienestar biopsicosocial. De lo anterior deducimos que el desarrollo de la comunidad en buena medida, estará dado por el funcionamiento e interacción adecuada de los núcleos familiares, que a su vez lo estará por el cumplimiento de las labores de cada uno de sus miembros, observándose así la trascendencia de la familia.

Podemos concluir que al fallar o enfermar uno de los componentes del núcleo familiar y debido a su interacción o interdependencia biopsicosocial ya sean en menor o mayor grado, necesariamente se verán afectados los otros elementos y por tanto todo el sistema familiar, confirmandolo con lo expuesto por Virginia Satir (7) "cuando una persona dentro de una familia (el paciente) sufre de algo que se manifiesta en síntomas, todos los miembros de la familia sienten ese dolor de alguna manera"; -afortunadamente siendo un sistema abierto en consonancia dialéctica, las más de las veces sufre ajustes adaptativos para resistir la ausencia temporal del elemento enfermo, manteniendo así el equilibrio o unidad familiar, lo que Jackson (7) llamo "homeostasis familiar", sin embargo, cuando la ausencia se prolonga o se torna permanente, dados los lazos afectivos y la complementariedad de sus elementos, tendrá repercusión importante en los mismos, obligando a efectuar cambios dentro del sistema, igualmente tendientes a continuar el equilibrio establecido, modificando así su organización o estructura en diferentes niveles, dependiendo de las funciones ejecutadas por el individuo enfermo, si estas

una de sus características vital para la familia: libertad, acción, cooperación,
 para realizar sus actividades y realizar todas sus necesidades, que es el fin
 que es la base de la familia humana y de la vida de una sociedad
 una misma familia, de ideas, sentimientos y de conductas que se refieren
 a las actividades y a las que es el fin de vivir de bienestar de la
 el bienestar material de la comunidad, y al bienestar de cada uno de
 la satisfacción humana que, al no haberla, existe.

La familia es un grupo humano, lo integran los seres humanos
 y la sociedad y la familia. Todo ser humano individual en el estado de su
 existencia, a considerar al individuo como una entidad aislada, aislada, no
 humana los efectos sobre la conducta de la posición del individuo en
 la estructura social más amplia. La independencia de los procedimientos de
 de la familia como una unidad y de los procesos de integración, incluye
 el de el grupo familiar que una misma vida para la vida, porque las
 relaciones entre la persona individual de individuos, los procesos de integración
 más de grupo de la vida en familia constituyen un conjunto organizado en
 la forma de totalidad de los estados de naturaleza y social.

FORMACION E INTERACCION FAMILIAR SEGUN N.W. ACKERMAN.

" Ninguno de nosotros vive solo su vida. Aquellos que tratan de hacerlo están destinados a desintegrarse como seres humanos ". Así inicia Nathan W. Ackerman su explicación al por qué de la vida en grupo-agregando, " la vida es una experiencia compartida, en los años tempranos casi exclusivamente con los miembros de nuestra familia" introduciendo así el término "familia" para iniciar la presentación de la formación e interacción de la misma.

Familia es el nombre de una institución tan antigua como la misma especie humana. La familia es la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y de fracaso. Es también la unidad básica de la enfermedad y la salud.

Las familias se han estructurado fundamentalmente en una matriz biológica, sin embargo algunas formas de familia lo han hecho como unidades económicas. Familia habitualmente ha significado padre, madre e hijo, más Ackerman considera que también lo es, aquellos individuos que viven bajo un mismo techo de manera unitaria, unificados con el propósito de regular eficazmente lo social.

Así los vínculos familiares se hacen a través de una combinación de factores: biológicos, psicológicos, sociales y económicos. Biológicamente, la familia sirve para perpetuar la especie, necesitando una organización adecuada de las fuerzas sociales. Psicológicamente, los miembros de la familia están ligados en interdependencia mutua para la satisfacción de su necesidades afectivas respectivas. Y están ligados económicamente en interdependencia mutua para la provisión de sus necesidades materiales.

La familia es una unidad flexible que se adapta sutilmente a las influencias que actúan sobre ella, tanto desde dentro como desde fuera. De esta manera la unidad psicológica de la familia es moldeada continuamente por las condiciones externas como por su organización interna. Así como en el desarrollo del individuo hay crisis decisivas, así también en la vida de la familia hay períodos críticos en los que el vínculo de la familia misma puede fortalecerse o debilitarse.

Nathan W. Ackerman (9) enumera de la siguiente manera los fines sociales que cumple la familia moderna:

1. Provisión de alimento, abrigo y otras necesidades materiales que mantienen la vida y proveen protección ante los peligros externos, función que se realiza mejor bajo condiciones de unidad y cooperación social.

2. Provisión de unidad social, que es la matriz de los lazos afectivos de las relaciones familiares.

3. Oportunidad para desplegar la identidad personal, ligada a la identidad familiar; este vínculo de identidad proporciona la integridad y fuerza psíquicas para enfrentar experiencias nuevas.

4. El moldeamiento de los roles sexuales, lo que prepara el camino para la maduración y realización sexual.

5. La ejercitación para integrarse en roles sociales y aceptar la responsabilidad social.

6. El fomento del aprendizaje y el apoyo de la creatividad e iniciativa individual.

Así la familia moldea la clase de personas que necesita para llevar a cabo sus funciones, y en este proceso cada miembro reconcilia su condicionamiento pasado con las expectativas de su papel actual.

Refiriéndonos ahora a la formación de una familia, habrá que mencionar a la relación matrimonial ó de pareja, como el cimiento de la misma. La formación de una familia inicia con la unión de dos cónyuges que llegan a la unión con una identidad personal ya formada pero incompleta. El hombre y la mujer se acercan por un proceso de atracción empática. Cada uno anhela completarse a través de su unión con el otro. La identidad psíquica de la pareja matrimonial deriva de esta unión.

Lo que moldea la identidad de la nueva familia es la interacción, fusión y rediferenciación de las individualidades de las partes de esta pareja. La identidad de la nueva familia incorpora algo de la imagen de sí mismo que tiene cada cónyuge y de la imagen de sus respectivas familias de origen, desarrollando además algo nuevo y único.

Deduciendo entonces, que tanto la identidad psicológica de la pareja matrimonial, tanto como la evolución de la identidad de cada miembro individual de la pareja, forma el núcleo de la identidad que se desarrolla en la nueva familia. Si la identidad de la pareja matrimonial está perturbada, se perturbará también el proceso de diferenciación posterior de cada miembro.

Hoy en día en la búsqueda de factores que influyen en la salud mental, se los estudios epidemiológicos se han dirigido en buena medida; hacia los soportes sociales o roles de soporte social, queriendo observar su influencia en la depresión y algunos otros desordenes en los que se han manifestado, así como su gran número de procedencias. Fundamentando tal aseveración en los estudios efectuados por Cassel (13) y Lin (15) entre otros autores quienes manifiestan " 1o. la aseveración científica y la convicción clínica que el stress puede ser un factor significativo en una variedad muy amplia de desordenes psiquiátricos y físicos; 2o. en la literatura epidemiológica en particular se pone de manifiesto el gran peso que tienen los cambios recientes en la vida, siendo estos más significativos en algunos individuos que en otros en los que hay una menor ocurrencia de factores conducentes a la depresión, lo que haría pensar en diferencias individuales de vulnerabilidad para la enfermedad en el contexto de efectos secundarios a cambios en la vida u otros factores de stress, en los que se incluye los biológicos, los psicológicos o los soportes sociales; 3o. la evidencia altamente sugestiva de que existen soportes sociales que pueden servir para reducir el riesgo de enfermedad en los factores de stress (efecto amortiguador de los soportes sociales); 4o. la íntima relación de los elementos teóricos encontrada en el campo de la sociología, la psicología clínica y la psiquiatría ".

A partir de las afirmaciones anteriores y algunas otras se han efectuado numerosos estudios bien sistematizados, en los que se ha tratado de corroborar y ó descartar la influencia que pudieran tener los factores sociales en el individuo, baste mencionar a Brown y Harris (12) que investigaron en la intimidad de los enfermos mentales, ó Cobb (14) que estudió los soportes sociales como moderadores de stress en la vida; concluyendo que las relaciones íntimas entre los individuos tienen un significado y efecto positivo en la evitación de la enfermedad mental.

CONCEPTUALIZACION DE LOS SOPORTES SOCIALES

En el estudio al parecer más reciente sobre los soportes sociales efectuado por Lin N. y Dean A. en 1964 (15), se plantean dos estrategias para conceptualizarlos. La primera versa sobre el establecimiento de un sistema de clasificación en el cual los elementos de los soportes sociales que están siendo discutidos o examinados puedan ser representados. En

una segunda estrategia intentan aplicar una teoría en recursos sociales y acciones sociales para conceptualizar los soportes sociales.

En cuanto al sistema de clasificación en una revisión que efectúan los mismos autores (Lin y Dean (15)) identifican cuatro elementos centrales de interacción social para la conceptualización de los soportes sociales: 1o. las relaciones existentes entre el ego y la fuente transmisora de ayuda o refuerzo; 2o. el canal o red por el cual semejante ayuda o refuerzos es transmitida; 3o. el mensaje o contenido de la transmisión que converge o es percibido como ayuda o refuerzo; y 4o. el contexto social en el cual la transmisión tiene lugar. Los autores los desglosan de la siguiente manera:

1. Relaciones entre el ego y la fuente:
 - a. Papel de la relación con el confidente.
 - b. Dimensiones de la interacción con el confidente.
 - c. Homofilia de características entre el confidente y el ego.
 - d. Fuerza de la atadura del soporte.
 - e. Problemas familiares.
 - f. Adecuación del enlace.
 - g. Disponibilidad de confidente.
2. Canales / redes de soporte.
 - a. Papel-problema tipo de matriz.
 - Tipo-papel multiplicidad.
 - Multiplicidad de problema.
 - b. Redes de confidentes.
 - Tamaño.
 - Densidad de redes triádicas.
 - Centralidad del ego en redes triádicas
 - c. Los más importantes soportes de eventos de la vida.
 - Papel de la relación.
 - Dimensión de la interacción.
 - Homofilia de características.
3. Contenido / información del soporte.
 - a. Instrumento- expresividad del soporte.
 - Escala I-E.
 - b. Tres factores de la escala I-E.
 1. responsabilidad/demandas.
 2. problemas monetarios.
 3. matrimonio/ amor.

4. Contexto/soportes sociales.

- a. Comunidad/ vecindad de los soportes.
- b. Participación en organizaciones, asociaciones.

En cuanto a la teoría de los recursos sociales y los soportes sociales, se referire nuevamente a Lin N. (10), que en otro estudio realizado en 1982- considera que en buena medida estos deben ser considerados o evaluados por las acciones tomadas por el ego y que en general las acciones sociales son tomadas por dos propósitos: instrumental y expresivo. Las acciones instrumentales son aquellas que son tomadas para conseguir metas específicas distinguibles por sus indicaciones. Las acciones expresivas por el otro lado son las acciones que no pueden ser distinguidas en sus metas e indicaciones. Para ejemplificar se mencionan las tareas de estar explorando, comprando agarrando, mirando a un extraño y obteniendo educación, como tipos de actividades instrumentales. Y las situaciones como estar "participando" problemas emocionales, intercambiando situaciones de la vida y saliendo a cenar con algún otro individuo son ejemplos de actividades expresivas, considerando que estas tienen como meta última el ser en sí mismas.

Se considera entonces que la participación del hombre en diferentes sucesos sociales con miras a una satisfacción personal, dependerá de los recursos provistos y por las ataduras del ego individual y del ego social. Ahora bien, los recursos sociales, en contraste con los recursos personales no están en posesión del ego. Por el contrario ellos representan recursos embebidos por el ego social o las redes laborales. Diferentes recursos sociales son necesarios para diferentes acciones. Por lo que es deseable tener acceso y poder usar las numerosas y diferentes fuentes de recursos sociales para tener acciones instrumentales exitosas. Este proveenimiento de los recursos sociales, mediante acciones instrumentales permiten por tanto incrementar las posibilidades de acción y la satisfacción de los diferentes deseos individuales. Así mismo las acciones instrumentales permiten a su vez la interacción entre los individuos originando por tanto en forma indistinguible, en buena medida acciones expresivas, que de alguna manera se van homologando y aceptando en el contexto social, para terminar influenciando al individuo el cual a través de ellas manifiesta sus emociones.

Por otro lado se asume de manera importante que la salud mental de una persona representa el estado emocional y psicológico de la misma, requiri

endo para su promoción y mantenimiento acciones expresivas. A la vez la salud mental puede ser afectada por muchos y diferentes factores (incluyendo los genéticos, biológicos, psicológicos y sociales) siendo sus manifestaciones de naturaleza psicológica, emocional y conductual. Por lo que el uso de canales y recursos sociales fuertes y bien establecidos promueve la salud mental. De acuerdo a lo anterior el mantenimiento de un estado de salud, no del tipo material como suele ser definido, requiere estar "participando" y "confidenciando" acerca de intimidantes que pueden permitir entender y apreciar el problema involucrado que esta perjudicando al individuo. Estas derivaciones sugieren que los soportes sociales servirían como un índice de acceso al uso de canales firmes y bien estables en los recursos sociales.

SOPORTES SOCIALES Y SALUD MENTAL.

Una vez explicados los conceptos básicos sobre soportes sociales traté de explicar su relación con la salud mental. Básicamente hay dos puntos que se deben considerar en su relaciones. El primer punto es que los soportes sociales nos permiten tener indicadores de la integración del individuo a su contexto social, así como conocer la influencia sobre el mismo pudiendo ser positiva o negativa, a más de tener una acción directa o indirecta sobre el mismo, así mismo las relaciones que pudieran tener entre ellos ya que un soporte podría modificar a otros, por ejemplo podríamos considerar a un individuo de un alto o un bajo nivel socioeconómico de sexo femenino o masculino, con trabajo o sin el, de tal o cual personalidad, o estado civil, con descendencia o sin ella, etc. También cuando una persona es confrontada con un evento significativo en su vida (hospitalización, matrimonio), lo que de alguna manera va a afectar su estado mental y que de ser conocido, nos permitiría ver las diferentes respuestas de los individuos en una situación dada y que de ser desafortunada nos permitiríamos tratar de amortiguarla, a fin de mejorar la salud mental.

Un segundo punto de vista, que parece tener cierta predominancia en la literatura, plantea el efecto de "acolchonamiento" o amortiguador de los soportes sociales, referido líneas arriba, efecto que pudiera tener en los ventos de la vida, situaciones en las que se plantea un alto potencial de stress, fundamentalmente en las situaciones indeseables que producen efectos detrimentales sobre la salud mental. Es de considerar por lo —

narrado en los conceptos básicos, la existencia de factores que pueden mitigar o amortiguar los efectos de stress en los eventos de la vida, pudiendo ser los soportes sociales uno de estos factores. Cuando los diferentes eventos que son indeseables y perjudiciales para el individuo, son canalizados a través de los soportes sociales, es obvio que disminuya considerablemente su potencial de stress ya que este se vera diluido en la red social tejida y establecida para mitigarlo, por lo que permitira mejorar las condiciones en las que el individuo pueda satisfacer sus necesidades y por tanto mejorar su salud mental.

ESCALA DE VALORACION PSICOMETRICA DE HAMILTON PARA LA DEPRESION. (16)(19)

Posterior al análisis de las escalas existentes para medir síntomas de trastornos mentales, Max Hamilton en 1960, concluye que no son adecuadas para todos los pacientes, pues cada una tenía diferentes limitaciones requiriendo un tipo de escala que fuera específica para trastornos de tipo afectivo y pudiera ser aplicada a cualquier tipo de paciente, por lo que se da a la tarea de elaborar una escala que pudiera llenar tales requisitos, creando entonces dos escalas una para depresión y otra para ansiedad mismas que son aplicadas hasta la fecha, con gran confiabilidad; en el presente estudio se utilizó la escala de depresión que consta de 17 variables; algunas se afinan como categorías de interés creciente; otras, por términos equivalentes. La forma en que se cuantifica el registro incluye cuatro variables adicionales: Variación diurna, despersonalización, síntomas paranoides y síntomas obsesivos; esto da un total de 21 reactivos. Las variables se miden con una escala de cinco o de tres puntos, mismas que se van calificando al entrevistar al paciente, al final se efectúa una suma de las calificaciones obtenidas en cada variable y se hace el diagnóstico correspondiente, en este caso el punto de corte es de 18 puntos para considerar un caso como positivo en cuanto a depresión y dependiendo de los puntos arriba de 18 se especifica el tipo de la misma. A continuación enumero los síntomas considerados como variables:

- 1.- Talante depresivo (tristeza, desesperanza, impotencia, desamparo).
- 2.- Sentimientos de culpa.
- 3.- Suicidio.
- 4.- Insomnio inicial, precoz.
- 5.- Insomnio o despertares intermedios.
- 6.- Insomnio tardío o terminal.
- 7.- Trabajo y actividades.
- 8.- Inhibición, (lentitud en el pensamiento y palabras, dificultad en la concentración, actividad motora disminuida).
- 9.- Agitación.
- 10.- Ansiedad psíquica.
- 11.- Ansiedad somática (angustia).
- 12.- Síntomas somáticos gastrointestinales.
- 13.- Síntomas somáticos generales.
- 14.- Síntomas genitales.

- 15.- Hipocondría.
- 16.- Pérdida de peso (calificar A o B), (A= Interrogatorio, B= Cuantifi-
cación).
- 17.- Insight, (conciencia de sí mismo).
- 18.- Variación diurna.
- 19.- Despersonalización y falta de realidad.
- 20.- Síntomas paranoides.
- 21.- Síntomas obsesivos y compulsivos.
- 22.- Otros síntomas, (especificar).

ESCALA PARA LA AUTO-MEDICION DE LA DEPRESION (BAMD) DEL DR. WILLIAM ZUNG.

En 1964, Zung y Durham realizaron una investigación de la depresión, y en 1965 publicaron los resultados (17), (20); concluyendo entonces que debían elaborar una escala que llenara los siguientes requisitos:

- 1.- Que fuera aplicable a enfermos con diagnóstico primario de depresión.
- 2.- Que incluyera, por tanto, los síntomas más representativos de depre-
sión.
- 3.- Que fuera breve y sencilla.
- 4.- De aplicación más cuantitativa.
- 5.- Que pudiera ser autoaplicada por el enfermo, a fin de recabar su res-
puesta directa.

Con tal finalidad, el primer paso fue la elaboración de una lista de sí-
ntomas que pudieran ser considerados como característicos de la depresión concluyendo que estos síntomas deberían abarcar: alteraciones del afecto, equi-
valentes fisiológicos y psicológicos. Mismos que ahora se desglosan y acom-
pañan con el tema de la escala de la manera en que se pregunta :

Síntomas de los desórdenes depresivos Temas de la Escala AMD

I. AFECTIVOS PERSISTENTES

Deprimido, triste, melancólico.
Accesos de llanto.

- 1) Me siento abatido y melancólico
- 3) Tengo accesos de llanto o dese-
os de llorar.

II. EQUIVALENTES FISIOLÓGICOS.

Variación diurna: exageración de
síntomas en la mañana y algún ali-
vio conforme avanza el día.

- 2) En la mañana me siento mejor

Sueño: Despertar temprano o frecuente.

Apetito: Disminución en la ingestión de alimentos.

Pérdida de peso: asociada con la ingestión disminuída de alimentos o metabolismo aumentado y reposo disminuído.

Sexuales: Libido disminuída.

Gastrointestinales: Constipación

Cardiovasculares: taquicardia.

Musculoesqueléticas: fatiga

III. EQUIVALENTES PSICOLOGICOS

Agitación psicomotora

Retardo psicomotor.

Confusión.

Vacuidad.

Desesperanza.

Indecisión.

Irritabilidad.

Insatisfacción.

Devaluación personal.

Rumiación suicida

4) Me cuesta trabajo dormir en la noche.

5) Como igual que antes solía hacerlo.

7) Note que estoy perdiendo peso.

6) Todavía disfruto de las relaciones sexuales.

8) Tengo molestias de constipación

9) El corazón me late más aprisa que de costumbre.

10) Me canso sin hacer nada.

13) Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.

12) Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro.

11) Tengo la mente tan clara como antes.

18) Mi vida tiene bastante interés

14) Tengo esperanza en el futuro.

16) Me resulta fácil tomar decisiones.

15) Estoy más irritable de lo usual

20) Todavía disfruto con las mismas cosas.

17) Siento que soy útil y necesario

19) Creo que si muriera les haría un favor a los demás.

He de aclarar que el número que aparece a la izquierda del tema, es el orden en que se presentan en el cuestionario; a más de ello las palabras que aparecen subrayadas indican lo contrario de lo que dicen los pacientes. Al igual que el orden de presentación de los temas es discontinuo en cuanto a positivo y negativo, para evitar que el paciente discierna el patrón de respuesta, las palabras subrayadas se han convertido de sintomáticas

positivas a sintomáticas negativas con el mismo objetivo expuesto. —

Cuantificación:

Para la cuantificación del síntoma se plantearon cuatro categorías en la presentación del mismo correspondiendo a:

Muy pocas veces, algunas veces, la mayor parte del tiempo y continuamente. Calificandose posteriormente con un valor de 1, 2, 3 y 4 si la pregunta — esta formulada en sentido positivo, o con un valor de 4, 3, 2, 1 si la — pregunta esta formulada en sentido negativo.

Se obtiene la medición de la depresión del paciente mediante la suma — del valor otorgado a cada tema, una vez que el paciente haya respondido en alguna de las cuatro opciones ya mencionadas. Esta calificación básica se convierte entonces a un índice basado en 100. La escala está planteada de tal manera que un índice bajo señala poca o ninguna depresión y un índice alto señala una depresión de significación clínica.

De acuerdo a un estudio ejecutado por Zung (17) en una clínica de pacien- tes externos encontro los siguientes promedios:

Diagnóstico de los grupos de valoración +	Indice AMD promedio	Medida (P-95%)
Controles normales.....	33	25 - 43
Deprimidos (hospitalizados).....	74	63-90
+ Deprimidos (ambulatorios).....	64	50 - 78
+ Reacciones de ansiedad.....	53	40 - 68
+ Desórdenes de la personalidad.....	53	42 - 68
+ Reacciones de ajuste de situación transitorias.....	53	38 - 68

Solo queda añadir que la Escala para la Auto-Medición de la Depresión — (EAMD) esta destinada a medir cuantitativamente la depresión, siendo posi- ble su uso en cualquier clase de paciente que manifieste síntomas físicos sin base organica aparente, pudiendo descubrir y medir las llamadas "de- presiones ocultas", economizando tiempo valioso en la clínica y varias se- siones de sondeo. Generalmente se necesitan menos de 5 minutos para hacer la prueba y calificar al paciente. Los estudios estadísticos realizados — indican que las mediciones obtenidas de esta manera pueden correlacionar se de manera segura con otras escalas de medición de la depresión que ro- quieren más tiempo, que estan en uso actualmente. (17)).

ESCALA DE VALORACION DE SOPORTES SOCIALES.

Se empleo además de los test ya mencionados, una escala realizada a partir de otras ya empleadas, para valoración de soportes sociales LIN (15), la cual incluye datos de tipo demográfico, variables que tratan de evaluar el núcleo familiar también son incluidas, otras más correlacionadas con los soportes sociales y finalmente con el fenómeno de la hospitalización, dicho cuestionario, contiene un total de 20 reactivos o variables que son fácilmente manejados por los pacientes buscando la autoaplicación y tratando de conseguir respuestas de tipo abierto, a fin de no influir en las respuestas que en buena medida tratan en algunas variables sobre aspectos subjetivos y de difícil valoración; a continuación describo la escala o cuestionario autoaplicado bajo supervisión médica:

- 1) Nombre:
- 2) Sexo:
- 3) Edad:
- 4) Estado civil:
- 5) Ocupación:
- 6) Escolaridad:
- 7) Religión:
- 8) Parentesco familiar con el paciente:
- 9) Número de familiares que viven con el paciente:
- 10) ¿Quiénes forman el núcleo familiar? (personas que viven junto con el paciente)
- 11) Función del paciente en la familia, (¿Que hace?, ¿Que aporta?, ¿tiene jerarquía?, etcetera).
- 12) ¿Tiene problemas por la hospitalización del paciente de los abajo enumerados?
 - a. Económicos. (manutención).
 - b. Emocionales. (morales).
 - c. Interaccionales (autoridad, cuidado de los hijos).
- 13) ¿Quién proporciona ayuda? (familiares, amigos, profesionistas, nadie)
- 14) ¿Que tipo de ayuda?
- 15) ¿Conoce el diagnóstico de la enfermedad?
- 16) ¿Que tiempo tiene hospitalizado su paciente?
- 17) ¿Como calificaría la hospitalización de su paciente?
- 18) ¿Como evoluciona la enfermedad de su paciente? (estado de salud).
- 19) ¿Como calificaría el servicio médico?
- 20) ¿Necesita y/o desea algo durante la hospitalización de su paciente?

M E T O D O

En vista que el estudio intenta detectar ansiedad y depresión en familiares de pacientes hospitalizados, se decidió efectuar el estudio en un hospital general, ya que habría mayor posibilidades de tener un grupo más heterogéneo de familiares con pacientes de diferentes enfermedades, desarrollándose entonces en el Centro Hospitalario "20 de noviembre" sita en la ciudad de México, Distrito Federal y dependiente del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Definición de población de estudio:

El estudio fué efectuado con familiares de pacientes mayores de veinticinco años, sin distinción de sexo, con preferencia a casados y que fuerón considerados como primordiales en su función para el núcleo familiar, que sufrierón padecimiento agudo, repentino e incapacitante temporalmente, habiendo necesitado hospitalización urgente y por primera vez para su tratamiento, con tiempo mínimo de siete días en su estancia intrahospitalaria. En cuanto a los familiares sólo se estudio al conyugé y/o a un familiar consanguíneo de primera generación ascendente ó descendente que podían contestar los cuestionarios de autoaplicación. La muestra obtenida entonces partió en su inicio de un total de 26 pacientes hospitalizados, habiendo necesidad de excluir a 6 de ellos debido a que no llenarón los requisitos, en cuanto al tiempo de hospitalización siendo menor de siete días en tres de ellos por haber sido egresados del hospital debido a la mejoría del padecimiento, otros dos pacientes fallecieron y un tercero se traslado a otra unidad para continuar su tratamiento. La muestra de estudio fué entonces de 22 pacientes, de los cuáles se obtuvieron un total de 38 familiares debido a que en seis casos solo se pudo estudiar a un conyugé o familiar consanguíneo, en los 16 restantes sí fué posible estudiar al conyugé y un familiar habiendo aportado este grupo 32 sujetos de estudio que dieron el total referido.

Tiempo y procedimientos empleados en el estudio:

La muestra fué seleccionada y estudiada en un lapso de tres meses, se inició la selección de pacientes en el mes de agosto de 1985 y se concluyó el estudio en el mes de octubre de 1985. La captación de pacientes fué a través del servicio de urgencias del mencionado hospital, donde se trataba de localizar a los familiares, explicarles el motivo del mismo (investigación) e invitarlos a colaborar, todo lo anterior una vez que se había de-

cedido la necesidad de hospitalización y habiéndola aceptado los familiares o el paciente, en todos los casos los primeros estudios se efectuaron durante las 24 hrs siguientes a su hospitalización, en cada uno de ellos por separado y en el servicio en que había sido hospitalizado su paciente, Medicina Interna y Terapia Intensiva (medicina crítica), El primer estudio aplicado fue la escala de automedición de la depresión DE ZUNG, mismo que llevaba una inversión menor a diez minutos, sin ninguna dificultad en la aplicación incluso en dos pacientes que se consideraron analfabetas ya que estos sabían leer lo suficiente para comprenderla, posterior a ello el médico residente en psiquiatría aplico la segunda escala de valoración psiquiátrica para la depresión Escala de HAMILTON, misma que llevaba de 20 a 30 minutos en su aplicación, pues se pudo observar que los pacientes en su mayoría relataban detalles aledaños a la pregunta realizada, finalmente en un tercer tiempo de aproximadamente 20 minutos más, para hacer un total de 50 minutos se aplicaba la tercer escala o cuestionario para identificar los soportes sociales, aquí aunque era de autoaplicación requirió en algunos casos de mayor información o especificación para poder ser contestado, posteriormente se le indicaba al sujeto de estudio la necesidad de aplicar una segunda valoración en el lapso de 7 días y una tercera al egresar su familiar encontrando grandes dificultades para realizar la fase intermedia, ya que la mayoría de los familiares de los pacientes, no podían asegurar su estancia en el hospital en la fecha señalada, ya por motivos de trabajo o por motivos de horario en su mayoría, algunos otros por considerarlo molesto, los que afortunadamente fueron los menos. Finalmente decidimos aplicar exclusivamente las dos escalas de valoración de la depresión (ZUNG Y HAMILTON) al egresar el paciente, esto dentro de las 24 hrs. previas al hecho y una vez informados de tal situación.

En resumen se obtuvo una muestra de 30 familiares provenientes de 22 pacientes hospitalizados por primera vez en situación de emergencia, a los que se les aplico en las 24 hrs. siguientes a la hospitalización de su paciente tres escalas de valoraciones dos de depresión Zung y Hamilton y una para valorar soportes sociales, en un lapso de 50 minutos como promedio, para repetir las dos escalas de depresión en las 24 hrs finales de la hospitalización, todo en un lapso de tres meses Agosto-octubre 1985.

R E S U L T A D O S

He de referirme inicialmente a los resultados y conclusiones de tipo observacional, debido a que lo extenso del estudio, cuatro variables fijas (resultantes de la aplicación de escalas de Jung y Hamilton) y 20 variables independientes obtenidas por el tercer cuestionario aplicado, requirieron un análisis estadístico más minucioso.

Me referire en forma específica y concreta a cada uno de los objetivos establecidos previamente.

1.- Identificar el estado emocional de un grupo familiar al hospitalizar a uno de su miembros.

En cuanto a esto he de referir que el hecho de permanecer con la familia en los momentos del ingreso del paciente, me permitió observar el comportamiento de los mismos observando un gran aumento en la actividad psicomotora de los miembros más allegados al paciente fundamentalmente el conyugé femenino y la madre del paciente, manifestados por preguntas frecuentes del estado de salud, recorridos frecuentes por las salas de espera, taquilalia y cierta labilidad emocional (tendencia al llanto), queriendo además conocer el pronóstico o repercusiones futuras de la enfermedad sobre el paciente; a la vez pude observar también que cuando el médico tratante buscaba a un familiar para informarle o solicitar datos del padecimiento, por lo general el núcleo buscaba al familiar con mayor estabilidad emocional en el momento ó al que estuvo con el paciente en el momento de presentarse la enfermedad, en cuanto a las escalas aplicadas también se puede observar una calificación más alta obtenida al ingresar el paciente que a su egreso, esto con un aparente 60-70 % en dicha muestra. A su vez se pudo observar que durante el transcurso de la hospitalización, la familia tiende a recobrar su aparente estado inicial, esto siempre y cuando experimenten que su paciente tiende a la mejoría; para observar la disminución en los puntajes al calificar las escalas al egreso.

2.- Identificar tiempo de hospitalización del paciente y los cambios afectivos con relación a esto.

Aquí se pudo observar que el tiempo de hospitalización sí influye en el estado de ánimo de la familia pudiendo dividirlo en cuatro fases: a período crítico considerado como el que vive la familia en el momento de la hospitalización (24 hrs.) en el cual predomina un estado de ansiedad generalizada en tanto que desconocen la situación de su familiar; un segundo período de cierta tranquilidad al observar que su paciente está siendo atendido y ha -

sido canalizado a un servicio especializado donde va a recibir una mejor y más directa atención médica, con mayores posibilidades de comunicación con el paciente y el servicio médico, situación que no acontece en el servicio de urgencias; un tercer período en el que se ve un ligero aumento en la sintomatología cuando su paciente no manifiesta ningún cambio hacia la mejoría y los días transcurren, este período es difícil de detectar en ocasiones pues suele suceder que después de un tiempo el paciente responde a la terapia hacia la mejoría de manera rápida, disminuyendo entonces la sintomatología sin lograrse ver mayores cambios y quedando mezclado el tercer período con el segundo, sin embargo cuando el tiempo, se extiende demasiado y no hay mejoría si no gravedad o simplemente inalteración de la evolución se va a presentar un aumento en la ansiedad con cierta tendencia a manifestar datos compatibles con un trastorno depresivo con somatizaciones, tales como la pérdida del apetito, insomnio, somatizaciones, etc.

3.- Determinar la evolución del paciente en cuanto a su enfermedad y su relación con los trastornos afectivos en la familia.

En este apartado, puede concretizar diciendo que se confirma por lo externo por otros investigadores, en que refieren que la ansiedad y depresión es directamente proporcional con el grado de gravedad de la enfermedad del paciente, ya que se evidenció que ante noticias como mejoría la ansiedad que podía estar manifestándose disminuye y prácticamente desaparece al egresar el paciente por mejoría o curación, en cambio cuando la enfermedad agrava el estado del paciente e lo lleva a la muerte, el familiar de una ansiedad - ansiedad inicial puede llegar hasta la depresión.

4.- Detección de efectos mediadores en la producción de ansiedad y depresión.

Este punto es de una valoración más difícil, ya que si se recuerda se emplean 20 variables independientes para obtener válidas en el estudio, sin embargo puede mencionar y asegurar que las familias con una mejor estructuración en su núcleo a sí como mejor funcionalidad, resienten menos el evento estresante que los afecta, esto justificado por el mayor apoyo que se otorga uno a otro, así mismo se puede observar que cuando hay familiares u amigos que ayudan en cualquier aspecto a la familia hay menor predisposición o al menos una menor intensidad en la manifestación, así mismo se pudo observar que cuando se dan indicaciones o informaciones precisas de la enfermedad del paciente por parte del médico tratante, también ayuda a disminuir en gran manera la presentación de los trastornos afectivos, todo este tendrá que darle una mayor validez mediante el análisis estadístico de los datos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO .

Por principio a través de percentiles efectuó un análisis de los resultados obtenidos en las escalas de medición de la depresión, para continuar de la misma manera con las demás variables estudiadas, agregando análisis correlativo entre estas y los percentiles encontrados en la escala de Hamilton, fundamentados en la estandarización que existe ya para esta prueba. La exposición de resultados la efectuó fundamentalmente por cuadros - donde uso los siguientes símbolos a los que agrego su significado: (+ ó -) indica presencia o ausencia de sintomatología compatible con depresión ; (n) muestra; (%) porcentaje de la muestra; (n) número de casos. T Todos los cuadros toman el 100 % de la muestra. Inició con la exposición de los datos obtenidos en las Escalasa de Hamilton y Zung:

CUADRO I Casuística según Escala de Hamilton. (n = 38).

	INGRESO		EGRESO	
	n	%	n	%
Sintomatología +	25	65.78	15	39.47
Sintomatología -	13	34.21	23	60.52

CUADRO II Casuística según Escala de Zung. (n = 38).

	INGRESO		EGRESO	
	n	%	n	%
Sintomatología +	24	63.15	17	44.73
Sintomatología -	14	36.84	21	55.26

Como se puede observar hay sintomatología positiva para depresión al ingreso por arriba del 60 % en ambas escalas, con una disminución de la misma en ambas escalas por arriba del 20 %, lo que evidencia una mejoría de los familiares al egresar su paciente.

Es de notar la diferencia encontrada en la detección por ambas escalas misma que equivale a dos casos, analizándolos en forma individual sus resultados en las diferentes escalas son: caso uno, Hamilton ingreso 18 (+) egreso 13 (-), Zung ingreso 41 (-), egreso 31 (-); Caso dos, Hamilton ingreso 21 (+), egreso 17 (-), Zung ingreso 60 (+), egreso 749 (+). El primero presenta diferencia al ingreso, podría ser explicado por encontrarse exactamente en el punto de corte (+ -), situación idéntica al egreso del segundo caso ambos en la Escala de Hamilton no así en la de Zung, quizá el psiquiatra no fué del todo acertado dada la subjetividad o bien pacien

tes interpretaron inadecuadamente su sintomatología, lo que desde luego quizá no sería válido pensarlo de esta manera, al observar los datos recolectados directamente la diferencia encontrada se manifiesta en la intensidad de los síntomas somáticos, estos implican una respuesta subjetiva tanto del médico como del paciente, lo que podría explicar la divergencia, encontrando además en el segundo caso divergente elementos de puntaje en la escala de hipocondriasis, que también podrían explicar tal situación.

Por lo que se podría decir que ambos instrumentos tienen un nivel de correlación adecuado, pudiendo usarse indistintamente para la detección de pacientes que pudieran estar afectados. En lo que respecta al resto del análisis, se decidió dar ó tomar para correlación los datos de depresión obtenidos por medio de la escala de Hamilton, ya que esta fue aplicada por médico residente en psiquiatría del tercer grado.

Describiendo ahora los datos demográficos y su correlación con lo encontrado en la Escala de Hamilton para depresión tenemos los siguientes cuadros en los cuales se usarán números enteros (cuadro de correlación) sin fracciones, para facilitar su lectura:

CUADRO III Familiares, distribución por sexo.

Sexo	n	%
Femenino	28	73.68
Masculino	10	26.31
Total	38	100.00

CUADRO A Depresión, distribución por sexo. (n = 38).

Depresión	MASCULINO				FEMENINO			
	+	%	-	%	+	%	-	%
Diagnóstico	7	18	3	8	18	47	10	26
Ingreso	4	11	6	16	11	29	17	45

CUADRO IV Familiares, distribución por grupo de edades. (n = 38).

Grupo de edades	18 - 24	25 - 35	36 - 45	46 o +
No. de casos (n)	6	12	5	15
Porcentaje (%)	15.78	31.57	13.15	39.47

CUADRO B Depresión, distribución por grupo de edades, en años. (n=38).

Depresión	INGRESO				EGRESO			
	+	%	-	%	+	%	-	%
Edad 18-24	3	8	3	8	3	8	3	8
25-35	9	24	3	8	4	11	1	3
36-45	4	11	1	3	4	11	1	3
46 ó +	9	24	6	16	4	11	11	29

CUADRO V Familiares, distribución según estado civil. (n = 33).

Estado civil	No. casos	%
Solteros	7	18.42
Casados	29	76.31
Viudos	2	5.26

CUADRO C Depresión, distribución según estado civil. (n = 33).

Estado civil	INGRESO				EGRESO			
	+	%	-	%	+	%	-	%
Soltero	5	13	2	5	5	13	2	5
Casado	19	59	10	26	10	26	19	50
Viudo	1	3	1	3	4	11	11	29

CUADRO VI Familiares, distribución por ocupación. (n = 38).

Ocupación	No. de casos	%
Hogar	15	39.47
Trabajo (x).	16	42.10
Estudiantes	5	13.15
Ninguna	2	5.26

CUADRO D Depresión, distribución por ocupación. (n = 38).

Ocupación	Ingreso				Egreso			
	+	%	-	%	+	%	-	%
Hogar	12	32	3	8	5	13	10	26
Trabajo (x)	8	21	8	21	7	18	9	24
Estudiantes	3	8	2	5	3	8	2	5
Ninguna.	2	5	-	-	-	-	2	5

CUADRO VII Familiares, distribución según escolaridad. (n=38).

Escolaridad	No. de casos	%
Analfabetas	2	5.26
Primaria	6	15.78
Secundaria ó equivalente	12	31.57
Preparatoria ó equivalente	11	28.90
Licenciatura	7	18.42

CUADRO E Depresión, distribución según escolaridad. (n=38).

Escolaridad	INGRESO				EGRESO			
	+	%	-	%	+	%	-	%
Analfabetas	2	5	0	0	1	3	1	3
Primaria	5	13	1	3	1	3	5	13
Secundaria	9	24	3	8	4	11	8	21
Preparatoria	6	16	5	13	3	8	8	21
Licenciatura	3	8	4	11	5	13	2	5

CUADRO VIII Familiares, distribución por religión. (n=38)

Religión	No. de casos	%
Católica	29	76.31
Otras	9	23.68

CUADRO F Depresión, distribución por religión. (n=38)

Religión	INGRESO				EGRESO			
	+	%	-	%	+	%	-	%
Católica	20	52	9	24	8	21	21	55
Otras	5	13	4	11	6	16	3	8

CUADRO IX Familia, distribución por número de individuos.
(incluye paciente hospitalizado, n = 22).

No. de individuos	No. de familias	%
familia con 2 ó 3	11	50.0
" " 4 ó 5	9	40.9
" " 6 ó 7	2	9.0

CUADRO G Depresión, distribución por núcleo familiar, considerando un solo miembro de este. (n = 22)

No. de miembros.	INGRESO				EGRESO			
	+	%	-	%	+	%	-	%
familia con 2 ó 3	7	18	4	11	6	16	6	16
" " 4 ó 5	9	21	1	3	3	8	5	13
" " 6 ó 7	1	3	1	3	2	5	0	0

CUADRO X Familiares, distribución por parentesco con paciente hospitalizado. (n = 38).

Parentesco.	No. de casos	%
Padres	12	31.57
Cónyuge	15	39.47
Hijos	11	28.90

CUADRO H Depresión, distribución por parentesco con paciente hospitalizado. (n = 38)

Parentesco	INGRESO				EGRESO			
	+	%	-	%	+	%	-	%
Padres	7	18	5	13	4	11	8	21
Cónyuge	10	26	5	13	6	16	9	23
Hijos	8	21	3	8	5	13	6	16

CUADRO XI Familiares, distribución según diagnóstico de paciente, se considero un familiar por paciente hospitalizado (N=22).

Depresión + ó -	INGRESO				EGRESO			
	+	%	-	%	+	%	-	%
DIAGNOSTICO								
Politraumatizado	6	16	1	3	3	8	4	11
Enf. cardiovascular	5	13	1	3	4	11	2	5
Enf. Renal	3	8	1	3	1	3	3	8
Otras.	2	5	3	8	3	8	2	5

CUADRO VII Depresión, distribución de acuerdo a magnitud de enfermedad en familiares de pacientes hospitalizados.

Depresión +		%		- INCREMENTO		%	
MAGNITUD	+	%	-	%			
Delicado	9	23	9	23			
Grave	16	42	4	11			

CUADRO VIII Depresión, de acuerdo a tipo de evolución de enfermedad en familiares de pacientes hospitalizados.

Depresión +		%		- Egreso		%	
MAGNITUD	EVOLUCION	+	%	-	%		
Mejoría	Parcial o total	6	16	23	60		
Sin cambios		8	21	1	3		

C O N C L U S I O N E S .

- 1.- Para facilitar la evaluación del presente estudio y obtener conclusiones en cuanto depresión, hospitalización y familia, reiterare que el estudio se efectuó en una muestra de 36 familiares de 22 pacientes hospitalizados en un hospital general. Habiéndose aplicado a cada familiar estudiado la Escala para evaluación de depresión de Hamilton, la Escala de autoevaluación de la depresión de ZUNG y un cuestionario para evaluación de soportes sociales.
- 2.- El procedimiento evaluatorio se llevo a cabo en el lapso de tres meses durante los cuales al ingresar un paciente con las características requeridas, se invitaba al familiar a participar en el estudio aplicándose entonces los tres cuestionarios ya mencionados en una fase inicial, para en una segunda fase al egreso del paciente se aplicaran nuevamente las escalas de evaluación de la depresión.
- 3.- Con la aplicación de las dos escalas se obtuvieron resultados similares en la detección de depresión en 36 de los familiares estudiados, tanto al ingreso como al egreso, exceptuando 2 de un total de 38 estudiados. En uno de ellos encontramos datos de hipocondriasis y en el otro la calificación en el límite entre positividad y negatividad, pudiendo esto quizá justificar la diferencia. Por lo que podría concluirse que ambos instrumentos tienen un nivel de correlación diagnóstica muy adecuado, pudiendo usarse indistintamente para la detección de pacientes que pudieran estar afectados.
- 4.- Al ingreso del paciente con ambas escalas se obtuvieron calificaciones sugestivas de depresión, ya que estas no catalogan síndromes con su exclusiva aplicación, para Hamilton 65 % y para Zung 63 %, observando que al egreso las dos escalas reportan una disminución en la calificación Hamilton 39 %, y Zung 44 %, lo que habla de una evidente mejoría en el 20 % de los familiares. Concluyéndose que hay depresión y esta es mayor cuando se hospitaliza un familiar a diferencia de cuando se egresa un paciente en que disminuye.
- 5.- En cuanto a las variables a estudiar estadísticamente se pudo concluir que en cuanto al tiempo de hospitalización por sí mismo influye poco en el estado afectivo de los familiares, pues no hubo variaciones significativas en cuanto al estado de ánimo y días de hospitalización.

pitalización. Solo se pudo detectar cambios de manera observacional correlacionándolos con la magnitud de la enfermedad y dividiéndolos en cuatro períodos: primero, un período crítico o de gran ansiedad a al inicio de la hospitalización; segundo, un período de relajamiento o tranquilidad al enterarse de la situación de su paciente que - difería en intensidad de acuerdo a la magnitud de la enfermedad; - tercero, un período transicional de difícil detección pero observable cuando había incertidumbre en la evolución del paciente; cuarto, un período final no bien observado que manifestaban los familiares al egresar su paciente de la hospitalización, en el que se veía tendencia o franca mejoría del estado de ánimo, situación que no se logra corroborar adecuadamente por perder contacto con los familiares al retirarse del hospital.

6.- En cuanto a la magnitud de la enfermedad se encontró que por sí misma produce variaciones en el estado de ánimo, situación que se solo viene a confirmar lo ya establecido por otros autores, Ferrari y Lucina (5) que refieren " la afectación del estado de ánimo es - directamente proporcional a la intensidad de la magnitud de la enfermedad".

7.- En cuanto a los soportes sociales estos fueron de difícil valoración para observar sus correlaciones con los factores de la depresión debido a que por ser subjetivos y habiéndose tomado una gran cantidad en el presente estudio, requieren tipos especiales de análisis estadístico, tal como el análisis de variancias mismo que no - pude ejecutar por falta de conocimientos al respecto, así como del equipo necesario para ello, quedando por tanto latentes para una - segunda fase de estudio en la que se pudiera dar una mayor profundidad al conocimiento. No obstante lo anterior, se logró observar que las familias mejor estructuradas y con mayor apoyo entre sus miembros presentaban menor incidencia en la depresión, así mismo los familiares independientes económicamente, no así las mujeres o los jubilados dedicados exclusivamente a labores dentro del hogar pues presentaron cierta predominancia en la depresión que disminuía al proporcionarles alguna ayuda familiar o social.

BIBLIOGRAFIA

a) Libros y Folletos:

- 1 - Alonso Fernández. Fundamentos de la psiquiatría actual Editorial Paz Montalvo, Madrid 1968.
- 2 - Campbell, D.T. y Stanley, J.C. Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social Amorrortu editores, Buenos Aires 70.
- 3 - De la fuente E. Psiquiatría Y ciencias Sociales II. departamento de - psiquiatría y salud mental U.N.A.M. 1982.
- 4 - Laing R.D. y Esterson A. Condura, locura y familia. Fondo de cultura - Económica, México D.F. 1967.
- 5 - Luchina I, Ferrari Hector. La interconsulta médico psicológica en el marco hospitalario. Nueva Visión, Buenos Aires, 1977.
- 6 - Minichin S. Familias y terapia familiar Gedisa Mexicana S.A. México 83
- 7 - Satir V. Psicoterapia familiar conjunta, Guía teórica y Práctica. La prensa médica Mexicana, México 1980.
- 8 * Winnicott La familia y el desarrollo del individuo, Ediciones Hormé, Buenos Aires 1967.
- 9 - Ackerman Nathan W. Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares, ediciones Hormé, Buenos Aires 1974.
- 10 - Departamento de psiquiatría y Salud mental. Taller de estadística - aplicada a la epidemiología psiquiátrica. Fac. Medicina UNAM, 85.

b) Artículos:

- 10 - Bell R.A. Leroy J.B. y Cols. "evaluating the mediating effects of - social support upon life events and depressive symptoms" Journal of - Community Psychology. Vol. 10 oct. 1982.
- 11 - Billings A.G. y Moss R.H. "Chronic and Nonchronic Unipolar Depression, the differential Role of enviremental Stressores and Besources" The Journal of Nervous and mental Disease. Vol. 172,(2)Feb. 1984.
- 12 - Brown GW, Bhrolchain, Harris. " Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women. Free Press, New York 1978 (resumen)
- 13 - Cassel J. "An epidemiological perspective of psychosocial factors in - a disease etiology" Am JomnalPubl Health 64: 1974 1040-1043.
- 14 - Cobb S Social support as a moderator of life stress. Psychosom Med 38 1976 300- 314.
- 15 - Lin N. y Dean A. " Social support and depression a panel study" Social Psychiatry 19: 83-91, 1984.
- 16 - Hamilton, M " a rating scale for depression" J.Neurol. Neurosurg. 1960
- 17 - Zung, W. W. K. Richards, short, "Self-rating depression scale, in an - out patient clinic" Arch. Generala Psychiatry 13:508, 1965.

- 18) - Freedman, Kaplan, Sadock. Modern synopsis of psychiatry III.
Williams & Wilkins, U.S.A., 1980.
- 19 - Calderón Farvác Guillermo. Depresión. Ed. Trillas México 1984.
- 20 - Zung, W.W.K., " Self-rating depression scale ", Arch, Gen. Psychiatry, 12: 63 , Mayo 1965.