



CARACTERIZACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES DEPRIMIDOS HOSPITALIZADOS

Rodolfo Pedro Crespo Fernández, Tamara Hernández Rodríguez, Rodolfo Crespo Díaz, Yenia Arce Alfonso

Hospital Docente Psiquiátrico Isidro de Armas

rodolfo@princesa.pri.sld.cu

RESUMEN

La depresión es uno de los trastornos más frecuentes, aunque quizás la menos diagnosticada y no tratada de las enfermedades.

Objetivo: Caracterizar según variables clínico epidemiológicas pacientes deprimidos del hospital Isidro de Armas y el servicio de psiquiatría del hospital Abel Santamaría Cuadrado, enero 2011 a marzo 2013.

Método: estudio analítico, observacional, transversal.

Universo: 164 pacientes ingresados.

Muestra: 96 pacientes según criterios de inclusión y exclusión. Se realizó examen psiquiátrico, encuesta y test de Percepción Familiar.

Resultados: 65,7% mujeres y el 43,7% tenía 60 años o más, 32,3% jubilados, 28,1% amas de casa. 67,7% no casados. 32,3% tenían secundaria básica y 27,1% primaria. La sintomatología más frecuente fue: 100% tristeza, 85,4% insomnio. 31,3% se diagnosticó como trastorno depresivo recurrente moderado, y 22,9% trastorno adaptativo depresivo breve. De los factores de riesgo explorados: 61,3% tuvo conflicto de pareja; 5,6% familias disfuncionales; 82,3% hábito tóxico, 89,6% eventos estresantes recientes. Sin diferencias entre los grupos de edades. Entre los pacientes de 60 años y más, 57,1% tenía bajo nivel escolar, diferencia estadística altamente significativas ($X^2=21,09$; $p=0,00$), con los menores de 60 años; al igual que la presencia de antecedentes patológicos personales de depresión ($X^2=4,57$; $p=0,03$).

Conclusiones: Predominaron las mujeres, jubilados, amas de casa, bajo nivel escolar, no casados. Los síntomas más frecuentes fueron la tristeza e insomnio y el diagnóstico el trastorno depresivo recurrente moderado. Existió elevada presencia de factores de riesgo, siendo los antecedentes patológicos personales y el bajo nivel escolar más frecuentes después de los 60 años de edad.

I. INTRODUCCIÓN

La depresión es uno de los trastornos más frecuentes, aunque quizás la más irreconocida, no diagnosticada y no tratada de las enfermedades médicas, y los costos directos e indirectos son mayores que cualquier otra enfermedad, excepto las cardiovasculares; por esta razón algunos investigadores la han denominado "la gran epidemia silente" ¹.

Su origen es multifactorial, aunque hay que destacar factores desencadenantes tales como el [estrés](#) y sentimientos (derivados de una [decepción sentimental](#), la contemplación o vivencia de un [accidente](#), [asesinato](#) o [tragedia](#), el trastorno por malas [noticias](#), [pena](#), y el haber atravesado una experiencia cercana a la [muerte](#)). También hay otros orígenes, como una elaboración inadecuada del duelo (por la [muerte](#) de un ser querido) o incluso el consumo de determinadas sustancias (abuso de alcohol o de otras sustancias tóxicas) y factores de predisposición como la [genética](#) o un condicionamiento educativo. La depresión puede tener importantes consecuencias sociales y personales, desde la [incapacidad laboral](#) hasta el [suicidio](#) ². Puede manifestarse a cualquier edad, una de cada cinco mujeres (factores hormonales y responsabilidad familiar) y uno de cada diez hombres experimentará depresión en algún momento de sus vidas³.

El impacto de este trastorno está siendo cada vez más reconocido, aunque, desafortunadamente, se trata aún de una enfermedad que pasa con frecuencia desapercibida. Sin embargo, es la responsable no solo de un importante sufrimiento para el paciente y su entorno, sino de un incremento en la prevalencia y mala evolución de otras complicaciones médicas y, secundariamente, con un impacto claro en el consumo de recursos sanitarios. Para su diagnóstico, el arma más importante es la entrevista médica donde se identifican la presencia de síntomas psicopatológicos, clasificados en: leves, moderados o severos ^{4,5}. Se han detectado síntomas depresivos importantes hasta en 12 a 16 % en las personas consultadas por entidades médicas no psiquiátricas ⁶.

Un gran porcentaje de las depresiones no llegan a reconocerse ni a tratarse, otras se ven como expresión de alteraciones somáticas⁷. Existen varios tipos de trastornos depresivos, los cuales pueden ser leves moderados y graves; dentro de ellos los trastornos afectivos bipolares con episodio actual depresivo, los episodios depresivos y el trastorno depresivo recurrente, además de la distimia. En cada uno de ellos, el número, la gravedad y la persistencia de los síntomas varían ⁷, lo que genera un complejo sintomático que muchas veces demanda la intervención de profesionales especializados en esta enfermedad.

En algunos países como Cuba, la depresión, se presenta entre el 5 y el 8 % de la población, pero en comorbilidad con otras enfermedades médicas y psiquiátricas, puede alcanzar entre el 25 y el 30 % y forma parte de la séptima causa de los padecimientos referidos por la población.(8)

No más de un 14% de los pacientes con una enfermedad depresiva son realmente diagnosticados por los médicos en un consultorio de atención primaria, aun cuando el 75% de las consultas por patologías genito-urinarias y el 65% de las cardiovasculares tienen una patología psiquiátrica significativa asociada, pero que no es reconocida ni por el paciente (como motivo de consulta) ni por el médico⁶.

CARACTERIZACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES DEPRIMIDOS HOSPITALIZADOS

El diagnóstico de depresión se puede realizar clínicamente o mediante diferentes instrumentos psicométricos, no obstante, para su diagnóstico, lo más importante es la entrevista médica, donde se identifican la presencia de síntomas psicopatológicos clasificados en: leves, moderados o severos⁹.

El método clínico, en toda la medicina y en especial en psiquiatría tiene gran importancia, pues precisamente en los estados depresivos, no siempre el paciente manifiesta sus síntomas y menos aún si existe una ideación suicida, muchas veces los síntomas pueden estar enmascarados bajo una sintomatología orgánica, no bien precisada y que no es más que una depresión oculta^{10,11}.

Un gran porcentaje de las depresiones no llegan a reconocerse ni a tratarse, otras se ven como expresión de alteraciones somáticas, por lo que acuden a consulta remitidos por otras especialidades, manifestando dificultad en la concentración, fatiga, insomnio u otra gama de síntomas que no son autorreconocidos como depresión hasta ese momento y finalmente presentaban una depresión oculta, que era la responsable de la sintomatología que presentaban^{12,13}.

Justificación: El hospital psiquiátrico Isidro de Armas en Pinar del Río, y el servicio de psiquiatría del hospital "Abel Santamaría Cuadrado" brindan una atención especializada a pacientes con enfermedades psiquiátricas, y entre estas la depresión. El hecho de estar internados les da a estos pacientes características peculiares, no siempre coincidentes con las de pacientes que se encontrasen en una comunidad. Su atención adecuada no solo depende del nivel científico y la dedicación del personal de salud que les atiende. Conocer las características clínico epidemiológicas de estos pacientes, los principales síntomas de presentación, las formas clínicas, así como la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de la depresión permitiría trazar líneas de actuación, programar recursos y diseñar programas tendientes a una más rápida atención médica y una más pronta y duradera recuperación de los pacientes. Igualmente se conocerían rasgos particulares de los pacientes que permitiría el reconocimiento temprano de esta enfermedad que generalmente pasa desapercibida generando sufrimiento para el paciente y sus familiares, así como pérdidas económicas al paciente, su familia y el sistema de salud.

II. OBJETIVOS

General

1. Caracterizar según variables clínico epidemiológicas los pacientes con depresión ingresados en el hospital Isidro de Armas y en el servicio de psiquiatría del hospital Abel Santamaría Cuadrado, de enero 2011 a marzo 2013.

Específicos

1. Describir la muestra estudiada de acuerdo a las variables edad, sexo, ocupación, nivel escolar y estado civil.

CARACTERIZACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES DEPRIMIDOS HOSPITALIZADOS

2. Precisar los síntomas psicopatológicos presentes y el diagnóstico clínico del Trastorno Depresivo.
3. Precisar el comportamiento de algunos factores de riesgo en un grupo de pacientes deprimidos ingresados menores de 60 años y un grupo con 60 y más años de edad.

III. DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó un estudio analítico, observacional, y transversal en pacientes deprimidos hospitalizados en el Hospital Isidro de Armas y en el servicio de psiquiatría del Abel Santamaría Cuadrado, de enero 2011 a marzo 2013.

Se consideró como analítico la precisión de los factores de riesgo para ambos grupos de edades (menores de 60 años y con 60 años y más), el resto del estudio fue descriptivo. El universo de estudio, estuvo conformado por 124 pacientes que ingresados con el diagnóstico de depresión en el periodo que duró el estudio en ambos hospitales. La muestra fue de 96 pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión y no de exclusión.

Técnicas y procedimientos

Técnicas de recolección de información

A cada paciente que participó en la investigación se le realizó un examen psiquiátrico al tercer día del ingreso para precisar los síntomas acompañantes y verificar el diagnóstico de depresión. Igualmente los síntomas fueron tomados de la historia clínica realizada al ingreso del paciente, completando los encontrados directamente por la investigadora. Se aplicó una encuesta anónima diseñada al efecto, validada en un grupo piloto de la muestra, la cual fue aplicada por la autora de la investigación, de forma individual y previa explicación de las preguntas a cada participante.

Además se realizó el test de Percepción Familiar que permitió evaluar el funcionamiento de la familia.

Métodos estadísticos

Se emplearon medidas de estadísticas descriptivas como: Distribución de Frecuencias absolutas y relativas: En todos los casos se procesaron los datos aceptando como válido un error tipo I (α) igual o menor de 0,05.

Se empleó una computadora con un procesador dual core. Los datos fueron almacenados en una base de datos creada en Microsoft Access y procesados con el paquete estadístico SPSS 10.0 versión para Windows. Los resultados más relevantes se representaron en tablas elaboradas para este efecto que facilitaron su comprensión.

IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El estudio se realizó en una muestra de 96 pacientes con diagnóstico de depresión, de ambos hospitales. A continuación se muestran los resultados, los cuales se discuten ampliamente apoyados además por la literatura revisada.

Tabla I. Pacientes deprimidos por grupos de edades y sexo. Hospital psiquiátrico Isidro de Armas y servicio de psiquiatría hospital Abel Santamaría Cuadrado, 2011- 2013

Grupo de edades.	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
20 - 29	2	2,1	1	1,0	3	3,1
30 - 39	5	5,1	4	4,2	9	9,3
40 - 49	9	9,4	5	5,2	14	14,6
50 - 59	18	18,9	10	10,4	28	29,3
60 y más años	29	30,2	13	13,5	42	43,7
Total	63	65,7	33	34,3	96	100

La tabla I muestra la distribución de los pacientes deprimidos en ambas instituciones según edad y sexo. Existió un predominio de las pacientes del sexo femenino 65,7%, con relación a los del sexo masculino 34,3%, siendo la razón de 1,9 mujeres por cada hombre.

En cuanto a la edad, en ambos sexos hubo más pacientes de 60 años y más concentrándose el 43,7% de la muestra de deprimidos en estas edades. Entre este grupo de edades y el de 50 a 59 años se encontró el 73% de la muestra de pacientes deprimidos. No se precisaron diferencias en la distribución de los pacientes deprimidos en los diferentes grupos de edades para ambos sexos, $X^2=0,66$; $p= 0,95$; $p> 0,05$; evidenciándose homogeneidad en la distribución en los diferentes grupos de edades según el sexo. Estos resultados coinciden con la literatura: Téllez Centeno y colaboradores¹⁴, refieren un mayor riesgo de depresión para los pacientes del sexo femenino (RR 2.95, IC 1.50 - 5.82). Se dice que la tasa de incidencia en la mujer es casi el doble que en el hombre¹⁰, reportándose porcentajes del 10 al 25% para las mujeres¹⁵. Es el criterio de muchos autores que la diferencia por sexos en las estadísticas, muestran que la elevada frecuencia de depresión en las mujeres se debe a que existen diferencias biológicas entre ambos sexos^{1,16}.

Existe también el criterio de que el hombre es diagnosticado menos que la mujer, ya que en general, este es más reacio para admitir que tiene una depresión y por lo tanto, el diagnóstico puede ser más difícil de hacer, ya que tiene más resistencia a buscar ayuda¹⁶. Sin dudas este es un elemento a tener en cuenta pero, a pesar de esta observación, se ha demostrado una mayor afección en

CARACTERIZACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES DEPRIMIDOS HOSPITALIZADOS

féminas, como lo evidencia el estudio de la OMS, comparativo entre países, el cual encontró que las tasas de trastornos depresivos entre mujeres son dos veces mayores que las de los hombres, y que la asociación entre depresión y sexo no varía entre países de acuerdo con el ingreso^{17,18}. Lo cual concuerda con la presente investigación.

El aumento de la frecuencia de la depresión a partir de los 40 años, también se observa en estudios realizados en otros países, así vemos que en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México, se identificó que existía una mayor prevalencia conforme se incrementaba la edad¹⁹. Aunque se sabe que esta afección puede presentarse a cualquier edad, sin embargo puede decirse que los individuos mayores de edad, suelen ser diagnosticados más frecuentemente.

Tabla II. Ocupación laboral de los pacientes depresivos ingresados en el hospital psiquiátrico Isidro de Armas y servicio de psiquiatría hospital Abel Santamaría Cuadrado, 2011- 2013

Ocupación	No	%
Jubilado	31	32,3
Ama de casa	27	28,1
Cuentapropista	16	16,7
Obreros.	13	13,5
Profesionales y técnicos.	9	9,4
Total	96	100,0

La tabla II muestra la ocupación laboral de los pacientes que participaron en el estudio. No se precisaron pacientes sin empleo. La mayor proporción de depresivos fueron jubilados 32,3%, seguidos por las amas de casa 28,1%. Los profesionales y técnicos fueron los menos representados con 9,4%. Este resultado coincide con lo descrito en la literatura que refiere que la depresión aparece en las personas que están desvinculados, predominando los individuos laboralmente inactivos, amas de casas y jubilados²⁰. En el presente trabajo no se precisaron pacientes desempleados depresivos, pero sí coincidió con los jubilados y amas de casa. Estos resultados podrían estar en relación con la nueva situación en sus vidas a la cual se enfrentan los jubilados, un verdadero cambio de estatus, en la cual muchas veces su nueva condición difiere de la que tenían previamente cuando se encontraban vinculados laboralmente. El cambio de grupo de relación y las mismas relaciones intrafamiliares con nuevos roles podrían llevarle a la depresión. No es descartable además, que las nuevas condiciones económicas en las que se encuentran también podrían predisponer a la depresión. En este sentido, esto último también podría afectar a las amas de casa, pues se sabe que la prevalencia y aparición de las alteraciones de la salud mental son el resultado de múltiples factores sociales, culturales, económicos y ambientales²¹. Igualmente los problemas relativos al medio social muestran asociación con la depresión²². De tal modo que se sabe que existen circunstancias que favorecen el desarrollo de la depresión como son la adaptación a las transiciones propias de los ciclos vitales (tal como la

CARACTERIZACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES DEPRIMIDOS HOSPITALIZADOS

jubilación)¹⁵. Es decir que esta etapa de la vida en sí misma lleva implícito un grupo de readaptaciones sociales, cuyo desarrollo inadecuado puede llevar al desarrollo de la depresión.

A pesar de ser estos los grupos más representados también hubo pacientes deprimidos pertenecientes a otros grupos según la ocupación, lo cual es consecuente con observaciones realizadas sobre la depresión, acerca de que se pueden identificar estresores psicosociales y ambientales como: problemas laborales, legales, y de acceso a los servicios de salud, entre otros¹⁵. De manera tal que el mismo ambiente social y laboral pueden influir en la génesis de la depresión, pues se ha identificado una correlación negativa entre la gravedad de la depresión, las relaciones sociales y el ambiente²³.

Tabla III. Estado civil de pacientes deprimidos ingresados en el hospital psiquiátrico Isidro de Armas y servicio de psiquiatría hospital Abel Santamaría Cuadrado, 2011- 2013

Estado civil.	No	%
Casado (a)	31	32,3
Viudo (a)	31	32,3
Divorciado (a).	22	22,9
Soltero (a)	12	12,5

El estado civil de los pacientes estudiados se muestra en la tabla III. Los mayores porcentos coincidieron con los casados y viudos con 32,3 % cada uno. Se sabe que la calidad del matrimonio puede contribuir significativamente a la depresión, siendo la falta de una relación de intimidad y confianza, en combinación con problemas maritales graves, factores relacionados con la depresión, siendo las tasas de incidencia de depresión más altas, en mujeres con matrimonios infelices ²⁴.

No obstante la autora del presente trabajo coincide con otros autores en que la falta de apoyo también puede ser un factor decisivo en la génesis de la depresión, lo cual se manifiesta más marcadamente entre los no casados. Si se tienen en cuenta todos los que no se encontraban casados representaron el 67,7% de la muestra (65 pacientes). Esta observación coincide con Campos Zamora M. y colaboradores²⁰ que refieren: tanto en las mujeres como en los hombres, la incidencia de depresión es mayor para los separados y divorciados. Igualmente, otros autores también destacan el vivir solo como un factor que contribuye al desarrollo de la depresión^{15, 22}, destacándose directamente la falta de pareja por otros¹⁷. Estos factores en los viudos se acentúan ya que se trata por lo general de rupturas traumáticas y muchas veces inesperadas para las que el cónyuge sobreviviente no se encontraba preparado.

La ausencia de pareja ha sido documentada inclusive según el medio social, así se ha visto que: "el estado civil se encontró como factor que se asocia con los trastornos depresivos, con diferencias estadísticamente significativas entre países por ingreso, pues las personas separadas o que nunca se casaron en países ricos tuvieron una mayor asociación con la depresión; mientras que las personas divorciadas y viudas tuvieron una mayor asociación con la depresión en los países pobres"^{17,26}. Podría

CARACTERIZACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES DEPRIMIDOS HOSPITALIZADOS

sucedir que en estas situaciones al perderse el apoyo familiar que puede actuar, cuando funciona de manera adecuada, como un factor que contrarresta el efecto de otros estresores, el paciente se encuentre desprovisto de las relaciones sociales que le brindan confianza y seguridad llevándolo a la depresión. Considerándose estos unos de los llamados estresores relativos al grupo primario siendo la perturbación familiar por separación, divorcio o abandono algunos de ellos¹⁵.

Tabla IV. Nivel escolar de pacientes deprimidos ingresados en el hospital psiquiátrico Isidro de Armas y servicio de psiquiatría hospital Abel Santamaría Cuadrado, 2011- 2013

Nivel escolar	No	%
Iletrados	1	1,0
Primaria.	26	27,1
Secundaria.	31	32,3
Técnico medio.	14	14,6
Preuniversitario.	15	15,6
Universitario.	9	9,4
Total	96	100

La tabla IV muestra el nivel escolar de los pacientes deprimidos ingresados en el periodo de estudio. La mayor proporción fue de pacientes de secundaria (32,3%) y primaria (27,1%), disminuyendo en la medida que se elevó el nivel escolar, mostrando que tenían nivel universitario solo el 9,4% del total de deprimidos. Es de destacar que muchos pacientes, pese a su nivel escolar, no laboraban en empleos relacionados con su nivel. La baja proporción de pacientes iletrados tiene su origen en la distribución de este grupo en Cuba, donde la cantidad de iletrados es mínima, tratándose por lo general de personas de la tercera edad que no quisieron en su momento alfabetizarse. Los resultados concuerdan con la literatura, pues según Wagner F y colaboradores¹⁷ "... el bajo nivel de educación se asocia con mayor riesgo de depresión". Además en un estudio realizado por Slone y colaboradores²⁷ se evidencia que "el nivel educativo se asocian con la prevalencia de depresión en el último año de vida". Podría suceder que las personas con menos nivel educacional cuenten con menos habilidades y recursos para responder a los factores estresores, perdiendo más fácilmente su estabilidad y desencadenándose la depresión. Igual resultado se ha evidenciado también en Israel, México, Ucrania y la India donde las personas con nivel bajo de educación tienen mayor riesgo de depresión ^{17,26}.

CARACTERIZACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES DEPRIMIDOS HOSPITALIZADOS

Tabla V. Principales síntomas psicopatológicos de pacientes deprimidos ingresados en el hospital psiquiátrico Isidro de Armas y servicio de psiquiatría hospital Abel Santamaría Cuadrado, 2011-2013

Síntomas	No. de pacientes	%
Tristeza	96	100
Insomnio	82	85,4
Anorexia	79	82,3
Hipobulia	79	82,3
Descuido de hábitos higiénicos y aspecto personal	56	58,3
Ideas Suicidas	52	54,2
Ideas Pesimistas	48	50,0
Ideas Minusvalía	48	50,0
Ansiedad	48	50,0
Ideas Sobrevaloradas	42	43,7
Pensamiento origen paralógico	32	33,3
Funciones de relación alteradas	26	27,1
Otros.	41	42,7

n=96

En cuanto a los síntomas más frecuentes en los pacientes deprimidos, la tabla V muestra que la tristeza se encontró en el 100% de los pacientes, seguido por el insomnio en el 85,4%, anorexia e hipobulia en el 82,3% de los pacientes cada una. También fueron frecuentes: el descuido de hábitos higiénicos y aspecto personal en 58,3% de los pacientes, las ideas suicidas (54,2%) y en el 50% de los pacientes se encontraron las ideas pesimistas de minusvalía y la ansiedad. Como otros síntomas se recogieron la hipoquinesia, la disforia, la aquinesia, la lenificación del curso del pensamiento, el intento suicida.

La sintomatología habitual de la depresión es bien florida. En el presente estudio son varios los síntomas que se presentaron en los pacientes. Los diferentes autores refieren unos u otros como los más frecuentes. Dependiendo los mismos del sexo, la edad, el nivel socioeconómico^{15,26,27}. Algunos plantean a la tristeza como un síntoma principal y como el más frecuente, a veces profunda y que como secundarios a este eje nuclear afectivo, pueden emerger otros síntomas como irritabilidad y ansiedad o humor disfórico¹⁶.

Se ha planteado además que la depresión tiene una alta relación con la conducta suicida. En el presente estudio fue mucho más representada la ideación suicida en el 54,2% que el intento en sí mismo. Se sabe que la conducta suicida es el resultado de la confluencia de un gran número de situaciones y factores que se combinan entre sí para generar un abanico que iría, desde la simple ideación pasajera, hasta el suicidio consumado, siendo la primera un eslabón del segundo²⁸. Jin Cho H²⁹ refiere que de cada 100 pacientes con depresión, 15 mueren por suicidio.

CARACTERIZACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES DEPRIMIDOS HOSPITALIZADOS

En la frecuencia de aparición de los síntomas pudo haber influido que se trata de una muestra de avanzada edad y se sabe que la edad puede influir en la presencia de los distintos síntomas. Así se ha señalado que los jóvenes muestran síntomas fundamentalmente comportamentales, mientras que los ancianos tienen con mayor frecuencia síntomas somáticos²⁸. Refiere además Sánchez Gil Y³⁰, en su estudio que entre los principales síntomas depresivos encontrados en los ancianos están, los trastornos del sueño, los trastornos de la concentración, de la motivación y fatiga así como el pesimismo, seguido de la disminución del apetito, las ideas suicidas y la culpabilidad, coincidiendo con el presente estudio.

Tabla VI. Diagnóstico clínico del trastorno depresivo en pacientes deprimidos ingresados en el hospital psiquiátrico Isidro de Armas y servicio de psiquiatría hospital Abel Santamaría Cuadrado, 2011-2013

Síntomas	No. de pacientes	%
Trastorno depresivo recurrente moderado.	30	31,3
Trastorno adaptativo depresivo breve.	22	22,9
Episodio depresivo moderado.	12	12,5
Trastorno afectivo bipolar episodio depresivo moderado.	9	9,4
Trastorno mixto ansiedad - depresión	9	9,4
Distimia	5	5,2
Trastorno depresivo recurrente grave.	3	3,1
Otros	6	6,2
Total	96	10,0

La tabla VI muestra el diagnóstico clínico del trastorno depresivo en los pacientes estudiados. El diagnóstico más frecuente fue el trastorno depresivo recurrente moderado con 30 pacientes para un 31,3%, seguido por el trastorno adaptativo depresivo breve con 22 pacientes (22,9%). Dentro de "otros" se consideraron: Trastorno adaptativo depresivo prolongado, trastorno disociativo, episodio depresivo grave y depresión post esquizofrenia. Este resultado coincide parcialmente con Marietan H³¹ quien plantea que tanto el trastorno depresivo recurrente como la distimia, son las formas más frecuentes en su estudio. La distimia no fue tan frecuente (5,2% de los pacientes). Sin embargo, como ya se ha referido, sí predominó el trastorno depresivo recurrente moderado que si se sumase al grave serían 33 pacientes (34,4%). Esta forma de presentación predominante podría tener relación con el elevado número de mujeres del estudio habida cuenta que la mayoría de los autores plantean que el Trastorno Depresivo Recurrente es más frecuente en este sexo. No obstante las frecuencias de los diagnósticos pueden variar de una serie a otra en dependencia de variados factores.

CARACTERIZACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES DEPRIMIDOS HOSPITALIZADOS

Tabla VII. Conflictos de pareja según grupo de edad en pacientes deprimidos ingresados en el hospital psiquiátrico Isidro de Armas y servicio de psiquiatría hospital Abel Santamaría Cuadrado, 2011- 2013

Grupos de edades	Con Conflictos de pareja		Sin conflictos de pareja		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
< 60 años	10	32,3	6	19,3	16	51,6
≥ 60 años	9	29,0	6	19,4	15	48,4
Total	19	61,3	12	38,7	31	100

$X^2= 1,14$ $p= 0,2$ $GI= 1$

La tabla VII muestra la presencia de conflictos de pareja en los pacientes estudiados por grupos de edades (< 60 años y ≥ 60 años). Llama la atención la baja proporción de pacientes con 60 años y más casados, 15 de 42 (35,7%), pero se sabe que a esta edad ya muchos se encuentran viudos y otra proporción separados.

El 61,3% de los pacientes casados tuvo algún conflicto de pareja como factor de riesgo para la depresión y se comportó de manera similar en ambos grupos de edades, sin diferencias estadísticas significativas ($X^2= 1,14$; $p= 0,2$; $p>0,05$), representando el 32,3% del total los menores de 60 años con conflictos de pareja y el 29,0% los de 60 años y más. Este resultado coincide con lo referido por varios autores que refieren que "La depresión se ha relacionado con problemas familiares, especialmente con problemas de pareja" ^{15,32}. Como ya se ha comentado previamente en este trabajo, la calidad del matrimonio puede contribuir significativamente a la depresión, siendo la falta de una relación de intimidad y confianza, en combinación con problemas maritales graves, factores relacionados con la depresión, siendo las tasas de incidencia de depresión más altas, en mujeres con matrimonios infelices ²⁴. En realidad la falta de una verdadera relación de pareja, la discriminación, la falta de apoyo en quien debería ser uno de los principales apoyos ante los conflictos sociales que se generan a diario, además de lo que genera una convivencia anómala puede llevar a que los pacientes se depriman con más facilidad.

Tabla VIII. Funcionabilidad familiar según grupo de edad en pacientes deprimidos ingresados en el hospital psiquiátrico Isidro de Armas y servicio de psiquiatría hospital Abel Santamaría Cuadrado, 2011- 2013

Funcionabilidad familiar	< 60 años		≥ 60 años		Total	
	No	%	No	%	No	%
Funcional.	10	18,5	6	14,3	16	16,7
Moderadamente funcional.	5	9,3	12	28,6	17	17,7
Disfuncional	28	51,8	18	42,8	46	47,9
Severamente disfuncional	11	20,4	6	14,3	17	17,7
Total	54	100,0	42	100,0	96	100,0

$X^2= 6,12$ $p= 0,1$ $GI= 3$

CARACTERIZACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES DEPRIMIDOS HOSPITALIZADOS

La funcionalidad familiar en ambos grupos de edades se muestra en la tabla VIII. 65,6% de los pacientes pertenecían a familias disfuncionales o severamente disfuncionales sin diferencias estadísticas entre ambos grupos, los cuales se distribuyeron homogéneamente entre las categorías estudiadas de funcionabilidad familiar ($X^2= 6,12$, $p=0,1$, $p> 0,05$). Las familias disfuncionales representaron en los menores de 60 años el 72,2% y en los de 60 años y más el 57,1.

La funcionabilidad familiar puede influir en el apoyo que reciba el paciente de modo que canalice adecuadamente sus aspiraciones y deseos sin que se le pongan obstáculos adicionales. Estos resultados coinciden con lo referido por la literatura en relación a que los estresores relativos al grupo primario referido al fallecimiento de un miembro de la familia, problemas de salud en la familia, perturbación familiar por separación, divorcio o abandono, cambio de hogar, nuevo matrimonio de uno de los padres, abuso sexual o maltrato físico, se asociaron con la depresión¹⁵. Sin embargo los hallazgos de otras investigaciones sobre la cohesión familiar, las buenas relaciones y la convivencia con la familia nuclear, como factores protectores^{15,33,34}, son coherentes con los resultados de esta investigación.

Tabla IX. Bajo nivel escolar según grupo de edad en pacientes deprimidos ingresados en el hospital psiquiátrico Isidro de Armas y servicio de psiquiatría hospital Abel Santamaría Cuadrado, 2011- 2013

Grupos de edades	Bajo nivel escolar				Total	
	Sí		No		No.	%
	No.	%	No.	%		
< 60 años	7	13,0	47	87,0	54	100,0
≥ 60 años	24	57,1	18	42,9	42	100,0
Total	31	32,3	65	67,7	96	100,0

$X^2= 21,09$ $p=0,000$ $G1= 1$

La presencia de bajo nivel escolar según grupo de edad en los pacientes estudiados se muestra en la tabla IX. 67,7% tuvo un nivel escolar adecuado. Sin embargo entre los pacientes de 60 años y más el 57,1% tenía bajo nivel escolar contrastando con el 13,0% en los pacientes menores de esta edad, lo que mostró diferencias estadísticas altamente significativas ($X^2= 21,09$; $p=0,000$; $p<0,001$). Se sabe, como ya se ha comentado que, el nivel escolar puede contribuir a la aparición de estados depresivos en los pacientes^{17, 27}. La mayor presencia de pacientes con bajo nivel escolar en el grupo de mayores de 60 años se debe a que en su momento los mismos escogieron alfabetizarse o no, cuando triunfó la revolución cubana. Sin embargo, muchos pudieron haber escogido llegar hasta niveles bajos de escolaridad, que les permitiese poder desempeñarse adecuadamente en la sociedad

CARACTERIZACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES DEPRIMIDOS HOSPITALIZADOS

pero sin que la carga de estudio les llevase a romper los compromisos familiares y sociales que ya para ese momento tenían.

Tabla X. Otros factores de riesgo, según la edad en pacientes deprimidos ingresados en el hospital psiquiátrico Isidro de Armas y servicio de psiquiatría hospital Abel Santamaría Cuadrado, 2011- 2013

Factores de riesgo	< 60 años		≥ 60 años		Total		Valor de X ² y p
	n= 54		n=42		n= 96		
	No.	%*	No.	%*	No.	%*	
Antecedentes personales	36	66,7	36	85,7	72	75,0	X ² =4,57 p=0,03
Abuso de sustancias tóxicas	45	83,3	34	80,9	79	82,3	X ² =0,09 p=0,76
Eventos estresantes recientes	49	90,7	37	80,1	86	89,6	X ² = 0,10 p=0,67

*Porcentajes calculados en base al valor de pacientes de su grupo de edad

Otros factores de riesgo según los grupos de edades (<60 y ≥60 años se representan en la tabla X. Solo hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de edades para los antecedentes personales (X²=4,57; p= 0,03; p<0,05). No se encontraron referencias en la literatura que valoren estos factores de riesgo en base a la edad. Sin embargo, la autora considera que simplemente se trata de un suceso cuya explicación subyace en el hecho que los pacientes de mayor edad, ya han tenido varios episodios para ser diagnosticados, mientras que los de menor edad sus crisis podrían ser las de debut de sus estados depresivos, que al avanzar en edad serían los antecedentes personales referidos por los de 60 años y más.

En cuanto a los eventos estresantes recientes 89,6% refirió haberlos tenido. Este resultado coincide con Lodono NH y colaboradores¹⁵ en una población joven cuando refiere que "en muchas ocasiones, son los problemas familiares los que generan en los jóvenes alteraciones en el estado de ánimo". Igualmente Gaborit M³⁵ refiere que cerca del 23% de las personas expuestas a eventos de trauma desarrollan trastornos de estrés postraumático, siendo mayor el riesgo cuando hay antecedentes de disfunciones familiares, ausencia de apoyo social u otros factores socioambientales y dentro de estos la depresión es de los más frecuentes. Se ha evidenciado que los estresores son

CARACTERIZACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES DEPRIMIDOS HOSPITALIZADOS

factores de riesgo para el origen o mantenimiento de los trastornos mentales, teniendo estas repercusiones en la calidad de vida de las personas^{21,36}.

82,3% de los pacientes tenía algún hábito tóxico, sin diferencias entre los grupos de edades. No obstante es elevado el porcentaje de pacientes con este factor de riesgo. En este sentido la literatura establece un vínculo en ambos sentidos entre la depresión y los hábitos tóxicos. Así se ha visto que la disfunción familiar, caracterizada por patrones negativos de educación y crianza, actitud negativa hacia la familia, sistema familiar en crisis, se ha asociado con los primeros consumos en los adolescentes, y con el abuso de alcohol y otras drogas^{15,37}. Además el consumo de sustancias tóxicas promueve estados que pueden llevar a la desorientación, a la no complacencia con uno mismo y así desarrollar los estados depresivos³⁷. Criterio con el cual coincide la autora.

V. CONCLUSIONES

- Entre los deprimidos hospitalizados existió un predominio de mujeres, jubilados y amas de casa, con un nivel escolar de secundaria básica y primaria, no casados.
- La depresión se manifestó por una gran variedad de síntomas, siendo los más frecuentes la tristeza, insomnio, hipobulia y anorexia, y los diagnósticos más frecuentes el trastorno depresivo recurrente moderado y el trastorno adaptativo depresivo breve.
- La mayoría de los pacientes pertenecían a familias disfuncionales, tenía algún hábito tóxico, refirieron eventos estresantes recientes y algún conflicto de pareja, así como un bajo nivel escolar y antecedentes patológicos personales de depresión, siendo estos dos últimos más frecuentes en pacientes de 60 años y más.

VI. RECOMENDACIONES

- Realizar investigaciones de tipo prospectivo por edades que permitan verificar el verdadero papel de los factores de riesgo de la depresión en esta población.
- Impartir cursos sobre este tema a médicos de atención primaria para realizar un diagnóstico precoz de esta enfermedad en la comunidad.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zarragoitía Alonso Ignacio. Depresión generalidades y particularidades. La Habana. Editorial Ciencias Médicas, 2011.

CARACTERIZACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES DEPRIMIDOS HOSPITALIZADOS

2. Zarragoitia Alonso Ignacio La depresión en la tercera edad. [Internet]. 2009 [Consultado 12 Junio 2013]; Disponible en:
http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD091_Zarragoitia.pdf.
3. González Cáceres J. A. Pesquisa de depresión en atención primaria mediante tres preguntas orales. Rev. Hosp. Psiquiátrico de La Habana. [Internet]. 2009 [Consultado 12 Junio 2013]; 6(3). Aprox. 11 páginas. Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0309/hph07309.html>.
4. Martínez Hurtado M. Trastornos afectivos bipolares Perspectivas diagnósticas y terapéuticas. Editorial Ciencias Médicas. La Habana. Cuba, 2010 Pp.28-37
5. Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto [Internet]. Madrid: Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t) [Internet]. 2008 [Consultado 12 Junio 2013]. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Plan Nacional para el SNS del MSC. Guías de Práctica Clínica en el SNS. [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: <http://www.mcs>.
6. Pérez Franco J. M. *Trastornos del ánimo* Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay" Depresión Instituto Nacional de la Salud Mental MedlinePlus. [Internet]. 2008 [consultado el Enero 2012];23:16. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/depression.html>
7. Otero AA, Rabelo V, Echazabál A, Calzadilla L, Duarte F, Magriñat JM. Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2001. p. 131-53.
8. Martínez Hernández O. Depresión en el adulto mayor. Revista Médica Electrónica Hospital psiquiátrico docente provincial "Antonio Guiteras Holmes". Matanzas [internet] 2007 [Consultado 12 Junio 2013];29
Disponible en: URL:[http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol5%202007/tema 10.htm](http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol5%202007/tema%2010.htm).
9. Conesa X. Depresión según edad y sexo Capítulo 28 [Internet]. 2004. [consultado 12 Junio 2013]. Disponible en: <http://www.mailxmail.com/curso-depresion-como-tratarla/depresion-s>:
10. Álvarez S. Salud Familiar MGI. Ciudad de la Habana: Ciencias Médicas. 2ed. Vol.-I; 2008. Pp129.
11. Guzmán Pantoja J.E.; Gutiérrez Román E.A.; García Figueroa D.R.; Valadaz Toscazo F. Familia y depresión en pacientes geriátricos del occidente de México. Investigación original sujeta a arbitraje. [Sitio en la Internet]. 2010 [consultado 12 Junio 2013]; 4 (2-3): 103-107. Disponible en www.idefperu.org/mpa.html.
12. Jin Cho H. Alteración del sueño y recurrencia de la depresión en adultos mayores comunitarios: Un estudio prospectivo. (Sleep Disturbance and Depression Recurrence in Community-Dwelling Older Adults: A Prospective Study.) American Journal of Psychiatry. 2008 Dic; 165(12):1543-1550. Rev: 25/feb/2009
13. Heo M. Relación entre la Escala de Depresión de Hamilton y la Escala de Depresión de Montgomery-Asberg en ancianos depresivos: un meta-análisis. News Letter en Psicometría [Internet]. 2008 [consultado 12 Junio 2013];7(1). Disponible en: <http://www.faes.es>

CARACTERIZACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES DEPRIMIDOS HOSPITALIZADOS

14. Téllez Zenteno J F, Morales Buenrostro L E, Cardiel M H. Frecuencias y factores de riesgo para depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un hospital de tercer nivel de atención. *Med. interna Méx* 2010;17(2):54-62.
15. Londono N H. Factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados a trastornos mentales. *Suma Psicol.* [internet]. 2010, vol.17, n.1 [citado 2013-08-07], pp. 59-68. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-43812010000100005&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0121-4381.
16. Díaz JL, Torres Lio- Co V, Font Darias I, Cardona Monteagudo M, Sánchez Arrastia D. Depresión oculta en consulta externa. *Rev Cub. Med Militar* [internet]. 2006 [Consultado 12 Junio 2013]; oct- dic 35(4): 18- 26. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572006.
17. Wagner Fernando A., González-Forteza Catalina, Sánchez-García Sergio, García-Peña Carmen, Gallo Joseph J.. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Ment* [revista en la Internet]. 2012 Feb [citado 2013 Ago 07] ; 35(1): 3-11. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100002&lng=es
18. Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC, Berglund P et al. Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66(7):785-795.
19. Belló Mariana, Puentes-Rosa Esteban, Medina-Mora M.E., Lozano Rafael. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública Méx* 2005; Vol. 47(sup 1):4-11.
20. Czernik G, Almirón L, Cuenca E, Mazzar B. Ansiedad y depresión en un barrio céntrico de la ciudad de reconquista, Santa Fé Alcmeón: *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica* [revista en la Internet]. 2005 [consultado 12 Junio 2013];12(2) [Aprox 8 páginas]; Disponible en: http://www.alcmeon.com.ar/12/46/04_Czernic.htm.
21. Serrano G L. *Estudio nacional de salud mental en Colombia*. Bogotá: Ministerio de Protección Social, 2008.
22. Williams K L, Galliher, R. V. Predicting depression and self-esteem from social connectedness, support, and competence. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(8), (2006), 874- 889.
23. Castro-Camacho L, Escobar J M, Sáenz-Moncaleano C, Delgado-Barrera L, Aparicio-Turbay S, Molano Juan C et al . Mental Health in the General Hospital: Results of the Patient Health Questionnaire (PHQ) in Four Hospital Services. *rev.colomb.psiquiatr.* [Internet]. 2012 Jan [Consultada Julio 12 de 2013];41(1):61-85. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502012000100006&lng=en
24. National Institute of Mental Health. Information Resources and Inquiries Branch. *Depression, Awareness, Recognition, and Treatment (D/ART)*. Lo Que Toda Mujer Debe Saber Sobre La Depresión _? [Internet]. 2008 [consultado 12 Junio 2013];23:16 Disponible en:

CARACTERIZACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES DEPRIMIDOS HOSPITALIZADOS

<http://www.psicologosclinicos.com/articulos/category/lo-que-toda-mujer-debe-saber-sobre-la-depresion/>

25. Campos Zamora M; Hernández Cuéllar CX; Sotolongo García Y; Oliva Sánchez R. La depresión en el adulto mayor. Algunas consideraciones para su diagnóstico en la atención primaria. Hospital Clínico- Quirúrgico 10 de octubre. La Habana. Revista Médica Electrónica [internet] 2008. [Consultado 12 Junio 2013]; 30(5). Disponible en: <http://www.cpimtz.sld.cu/revistamedica/ano2008/vol52008/tema12.htm>
26. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. BMC Med 2011; 26; 9(1) 41-53.
27. Slone LB, Norris FH, Murphy AD, Baker CK et al. Epidemiology of major depression in four cities in Mexico. *Depress Anxiety* 2006; 23(3):158-167.
28. Stella F, Bucken-Gobbia L.T, Gobbib S, Sant'Ana-Simões C. Síntomas depresivos y trastorno motor en pacientes con enfermedad de Parkinson *Rev Neurol* 2007; 45 (10): 594-598.
29. Martí Martínez A.B, Castillo Alarcón M. P, Ziadi Trives M, García Bouza R, Ruxandra G. D, et al. Manejo ante paciente con ideación suicida: a propósito de un caso 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. *Interpsiquis* [internet] 2010. [Consultado 12 Junio 2013]; Disponible en: <http://www.interpsiquis.com>
30. Sánchez Gil Y. I. Depresión en los ancianos. *MedlinePlus Información de Salud*; 2009 [Actualizado: 15/Agosto/2010; Consultado: 3-Oct-2010]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001521.htm>.
31. Marietan H. Curso sobre depresión. [Sitio en internet] *Epidemiología de la depresión*. 2012. [Consultado en Mayo,24 de 2013] Disponible en: http://www.Marietan.com/material_depresion/9_depresion_epidemiología.htm.
32. Rueda, M., Díaz, L. A. & Rueda, G. E. Prevalencia del trastorno depresivo mayor y factores asociados: un estudio poblacional en Bucaramanga. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(2), (2008), 159-168
33. Agudelo D, Casadiegos C, Sánchez D. Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research* 2008; 1:34-39.
34. Agudelo D, Casadiegos C, Sánchez D. Relación entre esquemas maladaptativos tempranos y características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica* 2009;8(1):87-103.
35. Gaborit M. Desastres y trauma psicológico. *Pensamiento Psicológico* 2006; 2(7):15-30.
36. Urrego, Z. Reflexiones en torno al análisis de la situación de Salud Mental en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(2), (2007), 307-319.
37. Cáceres, D., Salazar, I. C., Varela, M. T. & Tovar, J. R. Consumo de drogas en Jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Universitas Psychologica* 2006; 5(3):521-534.