
ARTÍCULOS ORIGINALES

Actitudes hacia la depresión, estudios genéticos predictivos y las investigaciones genéticas en individuos del policlínico Josué País García del municipio Santiago de Cuba.

Attitudes toward depression, predictive diagnosis and genetic research in individuals from the Josué País García polyclinic, Santiago de Cuba.

Annia Cedeño Soularit,^I Beatriz Marcheco Teruel,^{II} Ileana Rosado Ruiz-Apodaca,^{III} Dulce Hechevarría Estenoz,^{VI} Anisley Frómeta Renté,^V Evelyn Fuentes Smith,^{VI} Ole Mors.^{VII}

Resumen

Se realizó un estudio analítico no experimental de corte transversal con casos y controles en el policlínico Josué País García del municipio Santiago de Cuba, a partir de 100 individuos de ellos 30 con diagnóstico clínico de depresión y 70 no afectados por la enfermedad. Los casos fueron seleccionados de forma aleatoria de una base de datos de familias con depresión y a partir de ellos a 30 de sus parientes de primer grado. Se incluyó a 20 médicos y 20 estudiantes de medicina de la propia área de salud. La investigación se propuso explorar el nivel de conocimiento de pacientes y demás individuos sobre depresión y su relación con estudios genéticos y a su vez proponer una Estrategia Preventiva-Educativa para la enfermedad en el nivel primario de salud, sustentada en elementos básicos del Asesoramiento Genético. Se aplicó un cuestionario de 100 preguntas cuyas respuestas fueron introducidas en una base de datos para realizar el análisis estadístico, para el que se utilizó el paquete estadístico Statistics v7.0. Los resultados mostraron que no existen suficientes conocimientos sobre la enfermedad de forma general en todos los participantes. El 28% de los individuos manifestó que no conocía suficiente sobre depresión aunque respondió adecuadamente las preguntas del cuestionario, mientras que un 17% que consideró conocer el tema, contestó de forma insuficiente a las preguntas formuladas. Se requiere mayor información sobre el tema en profesionales de la salud y estudiantes de medicina y una orientación más detallada a pacientes y familiares.

Palabras clave: Ética y genética, genética psiquiátrica, test predictivos.

Abstract

A non-experimental cross-sectional analytical study with cases and controls in the Josue Pais Garcia polyclinic, from the Santiago de Cuba municipality was conducted in 100 individuals, including 30 clinically depression diagnosed patients and 70 unaffected subjects. The cases and their respective first-degree relatives were randomly selected from a database of families with depression. The study included 20 medical doctors and 20 medical students from the same health area. The purposes of the research was to explore patients and other individuals knowledge of depression and its relationship to genetic studies and to propose a Preventive-Educative Strategy for the disease in the primary health care level, based on basic elements of Genetic Counseling. A survey of 100 questions; the answers were entered into a database for statistical analysis, for which the Statistics v7.0 statistical software was applied. Results showed insufficient knowledge of the disease generally in all participants. 28% of subjects considered insufficient knowledge of depression but adequately answered the questionnaire, while 17% considered that knew enough the subject, but answered the questions insufficiently. Health professionals and medical students require more information about this disease, while patients and families need a more detailed guidance.

Keywords: Ethics and genetics, psychiatric genetics, predictive testing.

^I Médico Especialista en Medicina General Integral. Master en Asesoramiento Genético. Servicio Municipal de Genética Santiago de Cuba.

^{II} Especialista de 2do grado en genética clínica. Doctora en Ciencias Médica. Profesora Titular e Investigadora Titular. Centro Nacional de Genética Médica, La Habana, Cuba.

^{III} Master en Genética Médica. Doctora en Ciencias Veterinarias. Centro Nacional de Genética Médica.

Introducción

Los trastornos mentales son enfermedades que afectan el área cognitiva, las emociones y control del comportamiento e interfieren en el funcionamiento dentro del marco familiar y laboral. Representan aproximadamente el 14% del total de la carga global de las enfermedades debido a su alta prevalencia, comienzo temprano, persistencia y disfuncionabilidad¹. Existe vulnerabilidad biológica mayor en las personas que padecen trastornos mentales para padecer enfermedades de otro tipo, además de que estos pacientes tienden a ser discriminados y estigmatizados en la mayoría de las culturas.²

De todos los trastornos mentales el más frecuente es la depresión, afectando tanto a hombres como mujeres, sin distinción de edad, color de la piel o clase social. Como la mayoría de las enfermedades psiquiátricas, tiene una etiología poligénica y multifactorial, lo cual complejiza la investigación e identificación del riesgo genético de padecer este tipo de enfermedad, así como para la interpretación futura de los resultados de pruebas genéticas presintomáticas.^{3,4}

En el mundo, más de 350 millones de personas padecen depresión según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicado en 2012. Sin embargo, resulta difícil conocer con exactitud la cantidad de individuos que la padecen al igual que otras enfermedades mentales, ya que un amplio número de personas afectadas nunca acude a un profesional.⁵

La prevalencia de la enfermedad varía según diversos autores; algunos estimados señalan que en Europa es de 6% a 18%, y en los EE.UU de 14%. Las cifras de prevalencia en América Latina son disímiles, así encontramos: 12,8% en Brasil, 9,7% en Perú, 9,2% en Chile, 3,3% en México y 19,6% en Colombia.⁶

En Cuba existen reportes de estudios en áreas de La Habana que estiman que la depresión es frecuentemente observada en nuestra población y que las cifras se encuentran entre 12% y 18% de la población estudiada.⁷ En Santiago de Cuba no se encontraron investigaciones que reporten la prevalencia de esta enfermedad.⁸

El Consejo Nuffield de Bioética señaló que el desarrollo de la genética psiquiátrica traería aparejado relevantes desafíos e implicaciones éticas, legales y sociales. Uno de estos retos podría estar determinado por la posibilidad de diagnosticar en un futuro mediato la presencia de genes de susceptibilidad para trastornos mentales de manera predictiva o en etapa prenatal. De ahí que resulta de interés conocer las actitudes en enfermos y familiares así como en los propios profesionales de la salud, hacia la genética médica aplicada en este campo y sus nuevas tecnologías, ello resultará de utilidad para el diseño de estrategias de asesoramiento genético dirigido a enfermedades psiquiátricas.

Teniendo en cuenta lo referido y la necesidad de desarrollar programas y servicios de asesoramiento genético que den respuesta a las necesidades de información y atención médica tanto de la población en general como de familias afectadas, individuos en riesgo y personal del sistema nacional de salud, se considera de alto valor la posibilidad de desarrollar investigaciones en este campo que tengan una inmediata aplicación en las estrategias comunitarias para el asesoramiento genético en nuestra provincia.⁹ La presente investigación diseñada para dar respuesta a las mencionadas necesidades, se propuso diseñar un modelo para el Asesoramiento Genético de depresión basado en la actitud y conocimientos de sus participantes hacia la enfermedad y las nuevas tecnologías genéticas en el área de salud Josué País García del municipio Santiago de Cuba. Para lograr ese objetivo fue necesario identificar el nivel de conocimientos que existía en relación con la depresión en individuos afectados y familiares en riesgo, profesionales de la salud y estudiantes de medicina, comparar los conocimientos sobre el desarrollo de las investigaciones genéticas en individuos de familias con depresión con los de profesionales de la salud e identificar y comparar el comportamiento de las actitudes hacia los estudios genéticos predictivos relacionados con la depresión en pacientes, familiares en riesgo, estudiantes y profesionales de la salud. Lo anterior permitió por último, diseñar una estrategia

^{IV} Especialista de 2do grado en Genética Clínica. Centro Provincial de Genética Santiago de Cuba.

^V Master en Asesoramiento Genético. Servicio Municipal de Genética Santiago de Cuba.

^{VI} Lic. en Matemáticas. Master en Genética Médica. Centro Nacional de Genética Médica.

^{VII} Especialista en Psiquiatría. Doctor en Ciencias Médicas. Hospital Universitario de Aarhus. Dinamarca.

de Asesoramiento Genético para la depresión para ser aplicado en las consultas de la propia área de salud.

Método

Se realizó un estudio de corte transversal analítico no experimental con casos y controles que estuvo comprendido entre los meses de enero a octubre del año 2012.

El Universo lo constituyeron pacientes con diagnóstico de depresión pertenecientes al registro familiar de la enfermedad disponible en el servicio de genética médica del policlínico Josué País García, del municipio Santiago de Cuba, los estudiantes de medicina del área clínica entre tercero y sexto año de la carrera, especialistas en Psiquiatría, Genética Clínica, los másteres en Asesoramiento Genético del área de salud y del servicio municipal, así como los familiares de primer grado de los pacientes diagnosticados con depresión.

Se tomó una muestra de 100 individuos distribuidos como sigue:

Casos: 30 pacientes con diagnóstico de depresión.

Controles: 70 individuos sin síntomas clínicos de depresión en ninguna etapa de su vida hasta el momento del estudio. Los individuos fueron distribuidos en 3 grupos:

- Grupo 1: Familiares de 1er grado de los casos (30 individuos).

- Grupo 2: Profesionales de la salud que interactúan con los casos (Especialistas en Psiquiatría, Especialistas en Genética Clínica, Asesores Genéticos) (20 individuos).

- Grupo 3: Estudiantes de medicina de 3ro a 6to año seleccionados a razón de 5 por cada año (20 individuos).

Se adoptaron como criterios de inclusión los siguientes:

Criterios de inclusión para casos: pacientes con diagnóstico confirmado de depresión realizado por especialista de psiquiatría, con antecedentes de haber padecido de al menos un episodio depresivo superior a un mes y que expresara por escrito su consentimiento para participar en el estudio. Fue requisito además que en el momento de la entrevista el nivel de afectación clínica no impidiera darle respuesta al cuestionario.

Criterios de inclusión para controles: individuos de la propia área de salud que consintieron participar en el estudio, que no presentaron síntomas ni diagnóstico de depresión hasta el momento de la investigación.

Las variables fueron definidas y operacionalizadas según aparecen a continuación.

Operacionalización de las variables

Variables	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Encuestado	Cualitativa nominal politécnica	Profesional Estudiante Paciente Familiar	Según relación con la depresión	Número y porcentaje según categoría de pertenencia
Edad	Cuantitativa continua	Medidas de tendencia central y de dispersión	Según año de nacimiento por carnet de identidad	Media y rango
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino	Según género de pertenencia	Número y porcentaje según categoría de pertenencia
Nivel educacional	Cualitativa ordinal	Primario Secundario Técnico medio Preuniversitario Universitario	Según último nivel de escolaridad vencido	Número y porcentaje según categoría de pertenencia
Estado civil	Cualitativa nominal politécnica	Soltero Casado Conviviendo con pareja Antes convivió con alguien Divorciado Viudo	Según relación de convivencia personal	Número y porcentaje según categoría de pertenencia

Variables	Tipo	Operacionalización	Indicador	
			Escala	Descripción
Religión	Cualitativa nominal politómica	Católico Protestante Creencias Espirituales Musulmán Ateo Otro		Según tipo de religión que practica
Domicilio	Cuantitativa discreta	Ciudad con 10 000-99 999 habitantes Pueblo con 1 000-9 999 habitantes Pueblo con 500-999 habitantes Campo		Número y porcentaje según categoría de pertenencia
Referencia de ingreso por depresión anterior	Cualitativa nominal dicotómica	Si No		Según depresión anterior previa y referencia de ingreso
Referencia de tratamiento por episodio depresivo	Cualitativa nominal dicotómica	Si No		Según tratamiento recibido para la enfermedad
Opinión sobre depresión actual	Cualitativa nominal dicotómica	Si No		Según presencia actual de depresión
Opinión sobre tristeza actual	Cualitativa nominal dicotómica	Si No		Según presencia actual de tristeza
Presencia de problemas psíquicos	Cualitativa nominal dicotómica	Si No		Según presencia actual de algún otro problema psíquico
Presencia de referencia anterior de opiniones sobre la depresión	Cualitativa nominal dicotómica	Si No		Según antecedentes de depresión en familiares
Síntomas correspondientes a la depresión	Cualitativa nominal politómica	Tristeza. Falta de energía, una mayor tendencia a cansarse. Desánimo o pérdida de interés. Menos confianza en sí mismo. Autorreproches o sentimientos de culpabilidad. Alucinaciones. Mayor agresividad. Pensamientos sobre la muerte y el suicidio. Hiperactividad. Problemas de concentración y de pensar. Desconfianza hacia los demás. Movimientos físicos más lentos. Dificultades para dormir. Cambio de apetito y peso. Evitar el contacto con los demás.		Según opinión del paciente sobre la correspondencia de los síntomas con la depresión.
Motivos de inseguridad respecto a las investigaciones genéticas	Cualitativa nominal politómica	“Temo que pueda llevar a pensar que unas vidas valen más que otras”. “Temo que pueda significar que personas con genes de riesgo sufren discriminaciones”. “Temo que los nuevos conocimientos puedan conducir a ensayos inquietantes y descontrolados”. Otro. No refiere preocupación.		Según opinión del paciente sobre miedos hacia el desarrollo de la investigación genética en humanos.

Variables	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Evaluación de conocimientos sobre depresión	Cuantitativa continua	Medidas de tendencia central y de dispersión	Según puntaje por validación de las preguntas del cuestionario	Media, desviación estándar y ANOVA
Evaluación sobre aceptación de la depresión	Cuantitativa continua	Medidas de tendencia central y de dispersión	Según puntaje por validación de las preguntas del cuestionario	Media, desviación estándar y ANOVA
Evaluación sobre actitudes ante la prueba y la orientación genética	Cuantitativa continua	Medidas de tendencia central y de dispersión	Según puntaje por validación de las preguntas del cuestionario	Media, desviación estándar y ANOVA
Evaluación sobre actitudes hacia la investigación genética	Cuantitativa continua	Medidas de tendencia central y de dispersión	Según puntaje por validación de las preguntas del cuestionario	Media, desviación estándar y ANOVA
Evaluación sobre presencia de sentimientos de culpa	Cuantitativa continua	Medidas de tendencia central y de dispersión	Según puntaje por validación de las preguntas del cuestionario	Media, desviación estándar y ANOVA
Nivel de conocimientos sobre depresión	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según puntaje por validación de las preguntas del cuestionario	Número y porcentaje según categoría de pertenencia
Presencia de referencia anterior de opiniones sobre la depresión	Cualitativa nominal dicotómica	Conoce Desconoce	Según puntaje por validación de las preguntas del cuestionario	Número y prueba de McNemar
Opinión sobre conocimientos de depresión	Cualitativa nominal dicotómica	Conoce Desconoce	Según puntaje por validación de las preguntas del cuestionario	Número y prueba de McNemar
Opinión sobre el acceso a la información genética de todas las personas	Cualitativa nominal politómica	Si No No Sabe	Según opinión del encuestado	Número y porcentaje según categoría
Opinión sobre el acceso a la información genética el Médico de familia	Cualitativa nominal politómica	Si No No Sabe	Según opinión del encuestado	Número y porcentaje según categoría
Opinión sobre el acceso a la información genética los dirigentes	Cualitativa nominal politómica	Si No No Sabe	Según opinión del encuestado	Número y porcentaje según categoría
Opinión sobre someterse a la prueba los llamados al Servicio Militar	Cualitativa nominal politómica	Si No No Sabe	Según opinión del encuestado	Número y porcentaje según categoría

Variables	Tipo	Operacionalización			Indicador
		Escala	Descripción		
Opinión sobre someterse a la prueba los pilotos u otras grandes responsabilidades	Cualitativa nominal polítómica	Si No No Sabe	Según opinión del encuestado	Número y porcentaje según categoría	
Opinión sobre someterse a la prueba los padres adoptivos	Cualitativa nominal polítómica	Si No No Sabe	Según opinión del encuestado	Número y porcentaje según categoría	
Opinión sobre someterse a la prueba los niños a adoptar	Cualitativa nominal polítómica	Si No No Sabe	Según opinión del encuestado	Número y porcentaje según categoría	
Opinión sobre que todo el mundo tenga derecho a mantener como confidencial sus datos genéticos	Cualitativa nominal polítómica	Si No No Sabe	Según opinión del encuestado	Número y porcentaje según categoría	

La ejecución de la investigación se realizó con los siguientes procedimientos:

De recolección de la información: Para la obtención de la información se utilizó un cuestionario validado por el Centro Nacional de Genética Médica conformado por 100 preguntas relacionadas con los temas de interés para la investigación organizadas en nueve acápiteis relacionados con los siguientes aspectos:

- a. Experiencias personales o familiares relacionadas con la depresión.
- b. Conocimientos sobre la depresión y las causas genéticas.
- c. Aceptación de la depresión.
- d. Actitudes ante las pruebas y la orientación genéticas.
- e. Actitudes hacia la investigación genética.
- f. Quién debe tener acceso a la información genética.
- g. Consecuencias personales.
- h. Actitudes hacia el aborto.
- i. Datos personales del participante.

Obtención del dato primario: Se revisaron los registros familiares del servicio de asesoramiento genético y del departamento de estadísticas del policlínico Josué País García, la consulta de psiquiatría, así como se solicitó autorización de la dirección de las áreas de salud para la inclusión de estudiantes y profesionales. Se visitaron las viviendas de los pacientes seleccionados, identificando las características de su núcleo familiar para la selección del familiar de primer grado de los enfermos.

Procesamiento y Análisis: se elaboró una base de

datos con el programa Microsoft Access. El análisis estadístico de los resultados se realizó con el programa de análisis estadístico *Statistics v7.0*. Las variables cuantitativas fueron evaluadas con el objetivo de conocer si seguían una distribución normal mediante el *test* de Kolmogorov-Smirnoff.

Se calcularon los estadígrafos descriptivos básicos, media y desviación estándar, en cada grupo para cada variable cuantitativa.

Para determinar diferencias estadísticamente significativas en el comportamiento de una variable continua entre más de dos grupos se utilizó la prueba de análisis de varianza (ANOVA) como test paramétrico y Kruskal-Wallis como prueba no paramétrica alternativa. Para realizar las comparaciones entre los grupos se realizó el modelo “*a posteriori*” de Scheffé, útil para determinar diferencias en el comportamiento de una variable continua entre grupos de diferentes tamaños muestrales.

Para el análisis de la percepción del conocimiento sobre depresión en los individuos se utilizó el índice de Kappa, el cual mide el grado de concordancia entre dos métodos que dan una clasificación según una serie de posibilidades mutuamente excluyentes. De modo que si $Kappa < 0$, la concordancia se consideró nula; $0 \leq Kappa < 0,4$ la concordancia es baja; $0,4 \leq kappa < 0,6$ la concordancia es moderada, y $0,6 \leq kappa < 1$ la concordancia alta.

Se diseñó un puntaje para conformar las variables cuantitativas basado en la suma de puntuaciones dadas a los ítems del cuestionario como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1. Diseño de puntuaciones según ítems para conformar variables cuantitativas:

Conocimientos sobre la depresión	Suma de la puntuación obtenida en los ítems 2.1 al 2.17 (excluyendo la pregunta 2.14)
Aceptación de la depresión	Suma de la puntuación obtenida en los ítems 3.1 a la 3.14 excepto los ítems 3.10 a, 3.10,b, 3.10c, 3.10d.
Actitudes ante la prueba y la orientación genética	Suma de la puntuación obtenida en los ítems 4.1 al 4.11
Actitudes hacia la investigación genética	Suma de la puntuación obtenida en los ítems 5.2 al 5.12, excluyendo el 5.6
Presencia de sentimiento de culpa	Suma de la puntuación obtenida en los ítems del 7.2 al 7.6

En los ítems de forma general se asignó una puntuación de dos puntos si la respuesta fue correcta; 1 si la respuesta fue no sé y 0 si la respuesta fue en dirección opuesta a lo esperado.

Los resultados obtenidos se presentan en tablas diseñadas al efecto, en las que se resume la información con el fin de abordar cada objetivo específico planteado.

Consideraciones éticas

El estudio realizado forma parte de un proyecto de investigación del Centro Nacional de Genética Médica aprobado por su Comité Científico y Comité de Ética de las Investigaciones. El diseño y ejecución del mismo estuvo en concordancia con lo establecido en la declaración de Helsinki del año 2000, para las investigaciones en seres humanos, cumpliendo los principios éticos del respeto a la autonomía, la beneficencia y no-maleficencia, y la justicia.

El cuestionario utilizado fue validado previamente en Cuba y Dinamarca, y fue aplicado previo consentimiento informado de los participantes. Durante este proceso se explicó a los participantes en qué consistiría el estudio, su propósito, y los aspectos relacionados con la seguridad, la privacidad y confidencialidad de la información, así como el uso de los resultados solo con fines científicos y de investigación.

Análisis y discusión de los resultados

En los individuos estudiados organizados por grupos de edad grupos prevalece el rango de 50-59 años para los pacientes, 40-49 años en los familiares y especialistas; no comportándose, como es lógico, de la misma forma en los estudiantes, que se encuentran entre los 20-29 años, que es la edad promedio de estudios universitarios en nuestro país.

El comportamiento de las variables sociodemográficas estudiadas, por grupos, se muestra en la Tabla 2.

La edad de los especialistas entrevistados sugiere experiencia en su desempeño y la de los pacientes

contrasta con lo reportado por otros autores que refieren que el mayor número de enfermos se detecta entre los 18 y 44 años de edad.^{10,11}

El sexo femenino predominó en los cuatro grupos encuestados, en los pacientes representó el 83%, lo que coincide con otros estudios que plantean que la prevalencia de la depresión es casi el doble en la mujer que en el hombre.¹⁰ En tal sentido se explica que este comportamiento se debe a las diferencias biológicas existente entre ambos sexos y los eventos que ocurren en la vida de la mujer como los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el periodo de posparto, la pre-menopausia y la menopausia.¹²⁻¹⁵ La prevalencia de depresión en el periodo perimenopásico es mayor que en otras etapas de la vida.¹⁶⁻¹⁸ Por otra parte, se plantea que en los hombres hay resistencia a aceptar la depresión, lo que también pudiera explicar las diferencias en el número de casos según el sexo.¹⁹

En relación con el nivel educacional alcanzado, la muestra estuvo mayoritariamente distribuida en el grado universitario, que en los casos y familiares de primera línea representó el 40%. La escolaridad no parece guardar relación con la depresión; aunque algunos autores señalan que las personas que no tienen ningún nivel de instrucción padecen más cuadros depresivos que el resto de la población general,²⁰ lo cual contrasta de modo diferente con nuestros resultados.

Respecto al estado civil de los pacientes, solo uno manifestó vivir solo. La mayoría declaró encontrarse acompañado: casado o conviviendo en pareja. La literatura recoge como factor de riesgo causal asociado a la depresión el hecho de vivir en solitario, se plantea que las personas que no tienen pareja (viudo, separado o divorciado) son más proclives a deprimirse; aunque en no pocas ocasiones el tener pareja puede convertirse también en un factor de riesgo de depresión, sobre todo cuando existen conflictos en el matrimonio, violencia u otros, lo cual es válido sobre todo para el caso de las mujeres.^{21,22}

Tabla 2. Distribución de casos y controles según variables demográficas. Policlínico Josué País García. Municipio Santiago de Cuba. Santiago de Cuba. 2012.

	Pacientes (n=30)		Familiares (n=30)		Estudiantes (n=20)		Especialistas (n=20)	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Rangos de edades								
20-29	2	6,6	2	6,6	20	100	-	-
30-39	3	10	8	26,6	-	-	6	30
40-49	10	33,3	10	33,3	-	-	8	40
50-59	12	40	3	10	-	-	4	20
60-69	3	10	7	23,3	-	-	2	10
Sexo								
Masculino	5	16	12	40	4	20	7	35
Femenino	25	83	18	60	16	80	13	65
Nivel educacional								
Primaria	4	13	4	13	-	-	-	-
Secundaria	5	16	2	6,6	-	-	-	-
Técnico Medio	5	16	5	16	-	-	-	-
Preuniversitaria	4	13	7	23	20	100	-	-
Universitaria	12	40	12	40	-	-	20	100
Estado Civil								
Soltero	1	3,3	-	-	6	30	-	-
Casado	16	53	17	56	1	5	8	40
Conviviendo con pareja	6	20	9	30	7	35	9	45
Antes convivía con alguien	1	3	-	-	5	25	-	-
Divorciado	5	16	3	10	1	5	3	15
Viudo	1	3	1	3	-	-	-	-
Religión								
Católico	9	30	9	30	2	20	4	20
Protestante	1	3	2	6	-	-	-	-
Creencia africana	5	16	4	13	2	10	2	10
Ateo	12	40	12	40	4	20	4	20
Otro	3	10	3	10	-	-	-	-
Residencia								
Región de la capital	20	66	18	60	17	85	8	40
Otra ciudad con más de 100 000 habitantes	8	26	11	36	2	10	12	60
Ciudad con 10 000-99 999 habitantes	2	6	1	3	1	5	-	-

Fuente: Cuestionario de la investigación.

El 60% de los pacientes afectados por depresión, así como sus familiares, reportaron ser practicantes de alguna religión. Este comportamiento no coincide con lo reportado en estudios revisados que exponen que la depresión es menor entre los creyentes de cualquier religión específica, excepto en aquellas muy estrictas y cerradas que limitan la libertad de derechos de quienes la profesan.^{23,24}

La experiencia personal de los individuos estudiados en cuanto al comportamiento clínico de la depresión aparece en la tabla 3. Del total de casos el 50% había sido ingresado en sala de psiquiatría, lo cual guardó relación con el diagnóstico emitido por el especialista al ser consultado, ya que como se plantea en estudios realizados en nuestro país sobre este tema, las depresiones leves pueden ser seguidas por el médico general, lo cual justifica este resultado.²⁵

El 83% de los casos había recibido tratamiento para la depresión en cualquiera de las modalidades planteadas durante la entrevista, lo que es coherente con el hecho de que el tratamiento varía según la naturaleza de la depresión.²⁶

La tendencia a la tristeza fue expresada por el 43% de los familiares entrevistados, elemento que pudiera ser un síntoma de un padecimiento afectivo futuro, teniendo en cuenta la etiología poligénica y/o multifactorial de esta enfermedad, o ser simplemente un estado de ánimo que pudiera afectar según las circunstancias a cualquier individuo. De igual forma pudiéramos plantear la relación etiológica de esta entidad y su asociación con otras enfermedades mentales tal y como se evidenció en el 13% de los casos y el 20% de los familiares respectivamente.

Tabla 3. Experiencias clínicas individuales con la depresión.

	Pacientes (n=30)		Familiares (n=30)		Estudiantes (n=20) No. %		Especialistas (n=20)	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
He tenido un episodio depresivo diagnosticado y he estado ingresado en una sala de psiquiatría.	15	50	-	-	-	-	-	-
He sido tratado por una depresión.	25	83	12	40	2	10	2	10
No conozco el diagnóstico pero tengo tendencia a la tristeza.	-	-	13	43	1	5	1	5
He tenido otros problemas psíquicos.	4	13	6	20	-	-	-	-
Personas de la muestra que había oído hablar de la investigación genética antes de tener este cuestionario.	19	63	20	66	15	75	20	100

Fuente: Cuestionario de la investigación.

Se pudo apreciar que el mayor número de individuos entre los casos y en los grupos controles de familiares y estudiantes habían escuchado sobre la realización de investigaciones genéticas en la enfermedad antes del estudio. En el grupo de los especialistas, este dato fue 100%.

En la depresión se identifican varios síntomas, algunos son más frecuentes que otros o más intensos en determinadas personas, de ahí que cada caso puede mostrar una situación particular. Lo más frecuente es encontrar un estado del ánimo triste, ansioso o vacío, sentimientos de desesperanza y pesimismo, culpa e

inutilidad.²⁷

La tristeza y la pérdida de interés fueron los síntomas más frecuentemente identificados por todos los grupos; estos son reconocidos como los síntomas que priman en la enfermedad según estudios realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos y los que aparecen en el Manual de Estadísticas de las Enfermedades Mentales de la Sociedad Americana de Psiquiatría en su edición del año 2000.²⁸⁻³⁰

La tabla 4 resume el conocimiento de los individuos entrevistados sobre los síntomas clínicos de la depresión.

Tabla 4. Conocimiento acerca de los síntomas clínicos de la depresión.

	Pacientes (n=30)		Familiares (n=30)		Estudiantes (n=20)		Especialistas (n=20)	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Tristeza	29	96	29	96	20	100	19	95
Falta de energía, una mayor tendencia a cansarse	12	40	13	43	9	45	10	50
Desánimo o pérdida de interés	24	80	24	80	19	95	14	70
Menos confianza en sí mismo	20	66	20	66	15	75	20	100
Auto reproches o sentimientos de culpabilidad	16	53	15	50	14	70	14	70
Alucinaciones	6	20	6	20	-	-	-	-
Mayor agresividad	12	40	12	40	3	15	-	-
Pensamientos sobre la muerte y el suicidio	20	66	20	66	18	90	18	90
Hiperactividad	3	10	4	13	20	100	1	5
Problemas de concentración y de pensar	15	50	18	40	14	70	18	90
Desconfianza hacia los demás	7	23	7	23	5	25	5	25
Movimientos físicos más lentos	14	46	15	50	13	65	5	25
Dificultades para dormir	22	73	24	80	19	95	17	85
Cambio de apetito y peso	21	70	20	66	18	90	18	90
Evitar el contacto con los demás	12	40	16	53	11	55	10	50

Fuente: Cuestionario de la investigación

Los profesionales reportaron en el 100% de los entrevistados, el signo “menos confianza en si mismo” como el más importante para la enfermedad. Los síntomas menos referidos por los estudiantes y especialistas fueron las alucinaciones y mayor agresividad, mientras que la hiperactividad no

representó un signo de importancia para los pacientes y familiares, resultados que concuerdan con la bibliografía revisada.²⁹

Los principales motivos de inseguridad respecto a las investigaciones genéticas en la depresión declarados por los participantes se recogen en la tabla 5.

Tabla 5. Motivos de inseguridad respecto a las investigaciones genéticas relacionadas con la depresión.

	Pacientes (n=30)		Familiares (n=30)		Estudiantes (n=20)		Especialistas (n=20)	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Temo que pueda llevar a pensar que unas vidas valen más que otras	5	16	5	16	2	10	-	-
Temo que pueda significar que personas con genes de riesgo sufran discriminaciones en relación con su trabajo, su vida en la sociedad, la estimación de quienes le rodean	22	73	20	66	16	80	6	30
Temo que los nuevos conocimientos puedan conducir a ensayos inquietantes y descontrolados	10	33	12	40	4	20	1	5
No refiere preocupación	-	-	-	-	2	10	13	65

Fuente: Cuestionario de la investigación.

Todos los pacientes y familiares manifestaron alguna preocupación en este sentido, no así, los grupos vinculados a la práctica médica. En el caso particular de los especialistas, de acuerdo con sus respuestas podemos inferir que el mayor porcentaje tiene confianza en el cumplimiento de los principios de la ética médica en las investigaciones científicas sobre el tema. Los principales temores manifestados, tanto por los enfermos como por grupos los controles guardan relación con la posible discriminación social y laboral, coincidiendo con lo reportado por estudios realizados en Estados Unidos.³⁰ Un estudio similar realizado en Dinamarca por Laegsgaard y colaboradores, recoge incluso un mayor porcentaje de pacientes con temor al resultado de las investigaciones genéticas relacionadas con la depresión, que el encontrado en nuestro estudio, lo que es a nuestro juicio reflejo de la confianza que de manera general tiene la población cubana ante la práctica y las investigaciones médicas en el país.³¹

Al realizar un análisis comparativo entre los grupos sobre el grado de conocimientos relacionados con la depresión y la actitud frente a posibles pruebas genéticas predictivas para la enfermedad, se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,004205$) entre los grupos estudiados en primer lugar para el nivel de conocimientos sobre la enfermedad (Tabla 6). Esta diferencia está dada por el nivel inferior de conocimientos que mostraron los estudiantes respecto a los pacientes y familiares. De las 17 preguntas del cuestionario utilizadas para explorar este aspecto, 11 fueron respondidas correctamente por pacientes y familiares. El 70% de ellos consideró que la depresión puede tener asociada una causa genética mientras que solo un 40% de los estudiantes coincidió con esa respuesta. Tal resultado llamó la atención teniendo en cuenta que según el año de la carrera que cursan los estudiantes, podría esperarse un mayor conocimiento sobre la relación de los factores genéticos con los trastornos afectivos.

Al abordar las interrogantes relacionadas con la aceptación social de la enfermedad por pacientes, familiares y personal de la salud, se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,007738$) entre los grupos. Esa diferencia estuvo dada por los niveles más bajos que mostraron los estudiantes respecto a los profesionales, y estos últimos coincidieron mejor en sus respuestas con las de enfermos y familiares. Para los estudiantes en mayor proporción respecto al resto de los participantes, probablemente debido a su juventud e incompleta madurez, si se comprobara que las enfermedades psíquicas tienen asociado un factor hereditario, ello se consideraría como más

vergonzoso para quienes padecen de depresión, no así para los profesionales médicos. Ello a su vez generó diferencias estadísticamente significativas respecto a los sentimientos de culpa en caso de tener depresión, diferencias determinadas por el bajo nivel de aceptación de esta enfermedad mostrado fundamentalmente por los estudiantes.

Como en los ítems del cuestionario anteriormente explicados, también se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,0368$) entre los grupos estudiados en relación con la actitud hacia las pruebas predictivas para la enfermedad si estuvieran disponibles y el asesoramiento genético. Los estudiantes y profesionales apoyaron más la realización de pruebas presintomáticas con asesoramiento genético, comparado con los pacientes y sus familiares. El personal médico reconoce que si se realizara un análisis genético para esta enfermedad se podría informar sobre el riesgo que tiene la persona de desarrollar depresión y se evaluarían las posibilidades de prevención y tratamiento para adoptar medidas tempranamente que aminoren el impacto o contribuyan a evitar la misma.

Los estudiantes y profesionales mostraron en sus respuestas un mayor apoyo a la investigación en este campo que los familiares y enfermos, los que a su vez, manifestaron más preocupaciones lo que generó diferencias estadísticamente significativas ($p=0,0460$) entre los grupos estudiados.

Los resultados explicados son importantes para conocer cómo perciben los involucrados en este estudio la necesidad de realizar investigaciones en este tema, sus respuestas indican la necesidad de incrementar la información sobre los principios éticos que rigen los estudios en el campo de la genética psiquiátrica, de modo que se facilite su comprensión entre pacientes, familiares y población en general.

De igual modo, los resultados reafirman la importancia del asesoramiento genético para esta enfermedad en familias afectadas, por el valor preventivo del conocimiento del riesgo genético en enfermedades multifactoriales como la depresión. En tal sentido Wilde y colaboradores plantean que el conocer sobre el riesgo genético para la depresión haría a los individuos aprender más sobre la enfermedad, aumentaría la vigilancia de los síntomas, se comprometerían a realizar estrategias preventivas, para reducir el estrés, mejorar su dieta, aumentaría el régimen de ejercicios, y limitaría el consumo de drogas y alcohol.³²

Tabla 6. Conocimientos, aceptación y actitudes hacia la depresión.

	Pacientes	Familiares	Estudiantes	Especialistas	ANOVA P	Test de Scheffé (*)			
	$\bar{x} \pm DS$	$\bar{x} \pm DS$	$\bar{x} \pm DS$	$\bar{x} \pm DS$		1	2	3	4
Conocimientos sobre la depresión	23,37±3,05	23,10± ,19	20,45 ± 2,68	22,40 ± 2,30	0,004205 ^a	1		*	
						2		*	
						3	*	*	
						4			
							1	2	3
								4	
Aceptación de la depresión	18,03± ,20	17,93±4,52	17,00 ± 3,70	21,15 ± 2,98	0,007738 ^a	1			
						2			
						3			*
						4		*	
Actitudes ante la prueba y la orientación genética	15,27± ,09	15,07± ,78	17,25 ± 4,49	18,00 ± 6,08	0,0368 ^b				
Actitudes hacia la investigación genética	14,43 ± 2,70	14,27 ± 2,69	14,70 ± 3,69	16,00 ± 1,45	0,0460 ^b				
						1	2	3	4
Presencia de sentimientos de culpa	51,73±8,30	55,27±8,44	60,95 ± 8,95	71,15 ± 7,84	0,000000 ^a	1		*	*
						2			*
						3	*		*
						4	*	*	*

Fuente: Cuestionario de la investigación

El análisis de concordancia entre la percepción que tienen los individuos sobre sus conocimientos de depresión y la respuesta que dan a las preguntas del cuestionario reveló que de forma general, no existe una buena percepción del conocimiento ($kappa < 0$) en los propios entrevistados. El 28% consideró que no conoce sobre la enfermedad pero contesta correctamente las preguntas del cuestionario; mientras que el 17% consideró conocer del tema y sus respuestas mostraron lo contrario. (Tabla 7).

Tabla 7. Percepción del conocimiento de la muestra sobre depresión.

	Conoce sobre depresión	No conoce sobre depresión
Conoce sobre la depresión (Puntuación mayor o igual de 24 puntos)	5	28
No conoce sobre la depresión (Puntuación menor de 24 puntos)	17	50
Kappa=-0.1117		

Fuente: Cuestionario de la investigación

Los resultados señalados respecto a la percepción del propio individuo sobre sus conocimientos de la enfermedad corroboran que el nivel de información que se ofrece a pacientes y familiares e incluso la que reciben los estudiantes y profesionales de salud, es aun insuficiente, y sugieren la necesidad de desarrollar acciones de promoción y prevención de salud para esta enfermedad con la participación de especialistas en Psiquiatría y asesores genéticos.

Al indagar sobre aspectos relacionados con al privacidad y el acceso a la información genética, el 87 % de los encuestados se manifestó a favor de los principios bioéticos de autonomía y privacidad. Como puede observarse en la tabla 8, el mayor porcentaje de la muestra opina que todas las personas tienen derecho a decidir ellas mismas si quieren o no conocer sus características hereditarias, y se apegan al respeto a la confidencialidad de sus datos genéticos.

Tabla 8. Acceso a la información genética.

	Si	%	No	%	No sabe	%
Debe tener acceso a la información genética todas las personas en si mismas	87	87	13	13	-	-
Debe tener acceso a la información genética el Médico de familia	61	61	35	35	4	4
Debe tener acceso a la información genética los Dirigentes laborales	20	20	74	74	6	6
Debe someterse a la prueba los llamados al Servicio Militar	74	74	15	15	11	11
Debe someterse a la prueba los Pilotos u otras grandes responsabilidades	79	79	13	13	11	11
Debe someterse a la prueba los Padres adoptivos	53	53	37	37	10	10
Debe someterse a la prueba los niños a adoptar	50	50	34	34	16	16
Todo el mundo debe tener derecho a mantener como confidencial sus datos genéticos	84	84	8	8	4	4

Una de las cuestiones más delicadas relacionadas con el tratamiento de los datos genéticos en el sector sanitario, es la relativa a las posibilidades de acceso y uso de esta información, objeto de interés para terceros en no pocos casos.³³

En la muestra más del 60% fue del criterio que el médico de familia debe tener acceso a la información genética, resultado que coincide con un estudio realizado en Colombia donde la población considera que el médico de familia es el primero que debe conocer su condición médica.²⁸

El 74% de los participantes expresó que deben someterse a la prueba predictiva en caso de estar disponible los individuos llamados a cumplir al Servicio Militar así como los pilotos y otras personas con grandes responsabilidades, mientras que solo el 20% aceptó que los dirigentes laborales deberían tener acceso a la información genética de sus empleados.

Alrededor de la mitad de los entrevistados opinó que la aplicación de pruebas genéticas es recomendable en cuestiones de adopción, tanto en padres adoptivos como a los niños adoptados. No se encontraron reportes de estudios previos que abordaran este tema con los cuales comparar el resultado.

Los resultados de este estudio en cuanto a las

respuestas dadas a los aspectos éticos coinciden con lo reportado por Laegsgaard y cols., en Dinamarca, en cuyo estudio la mayoría de los encuestados apoyaron el derecho a mantener como confidencial sus datos genéticos; pero, como ocurre en el nuestro, se hace evidente la presencia de dilemas éticos en relación con la autonomía y la confidencialidad.³¹

El análisis detallado de los resultados de la investigación realizada sugirió la necesidad de diseñar una estrategia para el asesoramiento genético con fines preventivos para esta enfermedad personalizada para el área de salud Josué País de Santiago de Cuba concebida de manera que abarque a todos los grupos de la población, tanto a los individuos sanos, a los que se encuentran en riesgo de enfermar, como a los enfermos, cada uno con sus características individuales. En el caso de la depresión es de suma importancia, dado su carácter multifactorial y la importante interacción de los factores ambientales con la predisposición genética.

Conclusiones

El nivel de conocimientos sobre la depresión en la muestra estudiada evidenció que existe insuficiente trabajo en las acciones de promoción y prevención de

salud dirigida a individuos con depresión, familiares, así como al personal de salud, a nivel comunitario. De igual modo, la opinión de los encuestados respecto al acceso a la información genética y la actitud de los mismos hacia los estudios genéticos predictivos y prenatales relacionados con la depresión, denotó poco conocimiento sobre los principios éticos del asesoramiento genético en la enfermedad.

La realización de este estudio permitió identificar las necesidades de información y diseñar una estrategia de asesoramiento genético para la depresión, en función de las carencias de conocimiento encontradas y dirigido al nivel de atención primaria de salud donde pueden realizarse las principales acciones preventivas.

Referencias bibliográficas

1. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR et al. No health without mental health. *Lancet* 2007; 370:859-77.
2. Weiss MG, Jadhav S, Raguram R, Vounatsou P, Littlewood R. Psychiatric Stigma across Cultures: Local Validation in Bangalore and London. *Anthropology and Medicine* 2001; 8(1):71-87.
3. Farmer A, Owen MJ. Genomics: The next psychiatric revolution? *Br J Psychiatry* 1996; 169:135-138.
4. Propping P. The biography of psychiatric genetics: From early achievements to historical burden, from an anxious society to critical geneticists. *Am J Med Genet Part B Neuropsychiatr Genet* 2005; 136B:2-7.
5. Organización Mundial de Salud. [Homepage en internet] Prevalencia Mundial de Depresión. [citado en noviembre del 2012]. Disponible en: www.who.int/entity/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_2012009/es/.
6. Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Publ* 2005; 18(4-5):229-40.
7. Ministerio de Salud Pública. Prevalencia de pacientes con depresión. Anuario Estadístico. La Habana: MINSAP; 2010.
8. Gámez RN, Sosa M, Columbié JL, Mojena D, Pavot R. Algunos factores favorecedores de la depresión en longevos hospitalizados. *Medisan* 2012; 16 (9): 1366.
9. Rojas IA. Ética y Genética en Cuba. *Revista Cubana de Genética Comunitaria*. 2009 enero-abril; 3 (1).
10. Zisook S, Lesser I, Stewart JW, Wisniewski SR, Balasubramani GK, Fava M, et al. Effect of age at onset on the course of major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry* 2007; 164:1539-46.
11. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha IS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004; 109:21-7
12. Blazer DG, Kessler RC, McGonagle KA, Swartz MS. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The National Comorbidity Survey. *Am. J. Psychiatr* 1994; 151:979-986.
13. Kuehner C. Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2003; 108(3):163-74.
14. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression - Critical review. *British Journal of Psychiatry* 2000; 177:486-92.
15. Silverstein B. Gender difference in the prevalence of clinical depression: The role played by depression associated with somatic symptoms. *American Journal of Psychiatry* 1999; 156(3): 480-2.
16. Pearlstein T, Steiner M. Premenstrual dysphoric disorder: burden of illness and treatment update. *J Psychiatry Neurosci*. 2008; 33(4):291-301.
17. Clayton AH, Ninan PT. Depression or menopause? Presentation and management of major depressive disorder in perimenopausal and postmenopausal woman. *J Clin Psychiatry* 2010; 12(1):747-52.
18. Soares CN, Maki PM. Menopausal transition, mood, and cognition: an integrated view to close the gaps. *Menopause* 2010; 17(4):812-4.
19. Bouma EMC, Ormel J, Verhulst FC, Oldehinkel AJ. Stressful life events and depressive problems in early adolescent boys and girls: The influence of parental depression, temperament and family environment. *Journal of Affective Disorders* 2008; 105(1-3):185-93.
20. Belló M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Públ Mex* 2005; 47 supl 1:4-11.
21. Vázquez A. Relación entre violencia y depresión en mujeres. *Rev Neuro-Psiq* 2007; 70(1-4):88-95.
22. Patró R, Corbalán FJ, Limiñana RM. Depresión en mujeres maltratadas: relaciones con estilos de personalidad, variables contextuales y de la situación de violencia. *Anales Psicol* 2007; 23(1):118-24.
23. Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS, Grant BF. Epidemiology of major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2005;

- 62(10):1097-1106.
24. Ramos JA, Díaz A. Tratamiento de la depresión en el anciano. Jano 2002; 61; 49-59.
 25. Trevor N. Prospects for the treatment of depression. Australian & New Zealand J Psychiatry 2006; 40(5):394-401.
 26. Baghai T, Moller HJ, Rupprecht R. Recent progress in pharmacological and non-pharmacological treatment options of major depression. Curr Pharm Des 2006; 12(4):503-15.
 27. Alonso-Fernández F. Claves de la depresión. Madrid: Cooperación Editorial S.A.; 2001.
 28. Riveros M, Bohórquez A, Gómez C, Okuda M. Conocimientos sobre la depresión en pacientes que asisten a centros de atención primaria: Revista Colombiana de psiquiatría 2006; XXXV (001):9-22
 29. Silva H. Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. Rev Chil Neuropsicol 2002; 40(1): 2-9.
 30. Stevez R. Depression. [Homepage en internet] National Institute of Mental Health website. 2011 [citado en septiembre del 2011] Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov> .
 31. Laegsgaard MM, Kristensen AS, actitudes Mors O. consumidores potenciales “hacia la investigación psiquiatrica y las pruebas genéticas y los factores que influyen en sus intenciones de probar Pruebas genéticas y biomarcadores moleculares de 2009; 13 (1) :57-65
 32. Wilde A, Meiser B, Mitchell PB, Schofield PR. Public interest in predictive genetic testing, including direct-to-consumer testing, for susceptibility to major depression: preliminary findings. European Journal of Human Genetics 2010; 18 (1):47-51.
 33. Wilhelm K, Meiser B, Mitchell PB, Finch A, Siegel JE, Parker G ,Schofield PR. Issues concerning feedback about genetic testing and risk of depression. British Journal of Psychiatry. 2009; 194 (5) :404-410.