

Actitudes hacia la depresión, el diagnóstico predictivo y las investigaciones genéticas en individuos de Sagua la Grande, Villa Clara.

Attitudes toward depression, predictive diagnosis and genetic research in individuals from Sagua la Grande, Villa Clara.

*Kenia Estrada López,^I Beatriz Marcheco Teruel,^{II} Deinys Carmenate Naranjo,^{III}
Manuela Herrera Martínez,^{IV} Evelyn Fuentes Smith,^V Ole Mors.^{VI}*

Resumen

La depresión es una alteración del estado de ánimo que engloba sentimientos negativos como la tristeza, frustración, la desesperanza, e inutilidad, constituye un serio problema de salud y es la cuarta causa de discapacidad en países desarrollados. Se realizó un estudio de corte transversal analítico no experimental con casos y controles, en el período de Noviembre del 2011 a Octubre del 2012, con el objetivo de identificar las actitudes hacia la depresión, los estudios predictivos y las investigaciones genéticas, en individuos con la enfermedad, sus familiares, estudiantes y profesionales para luego diseñar una estrategia preventiva de asesoramiento genético para la depresión en el municipio Sagua la Grande, Villa Clara. La muestra quedó constituida por 100 individuos; 30 pacientes, y un familiar sano por cada uno de ellos, 20 estudiantes de medicina y 20 profesionales de la salud respectivamente. Se aplicó un cuestionario validado en Cuba y Dinamarca, previo consentimiento informado de los participantes. Se obtuvo como resultado una aceptación menor de la enfermedad por los familiares y estudiantes que por los profesionales, aunque el conocimiento sobre la enfermedad fue similar en todos los grupos, al igual que la actitud ante los estudios predictivos. Las investigaciones genéticas fueron más apoyadas por los pacientes que por los profesionales. Se diseñó una estrategia de asesoramiento genético acorde a las características clínicas y sociodemográficas de los encuestados para ser aplicada en el área de salud.

Palabras clave: Test genéticos predictivos, genética psiquiátrica, ética y genética.

Abstract

Depression is a mood disorder that encompasses negative feelings such as sadness, frustration, hopelessness, and worthlessness; it is a serious health problem and the fourth leading cause of disability in developed countries. A cross sectional analytic non experimental study, with cases and controls, was carried out from November 2011 to October 2012, with the aim of identifying attitudes toward depression, predictive genetic studies and research. The study was conducted in subjects with the disease, their relatives, students and professionals, to design a preventive strategy of genetic counseling for depression in the municipality of Sagua la Grande, Villa Clara. The sample consisted of 100 individuals: 30 patients and a healthy subject from each family, 20 medical students and 20 health professionals. A questionnaire validated in Cuba and Denmark was applied, under informed consent. The study showed a lower acceptance of the disease by relatives and students compare to professionals, although knowledge of the disease was similar in all groups, as well as the attitude towards predictive testing. Most patients better supported genetic research, compare to professionals. A strategy for genetic counseling was designed, according to participants clinical and socio-demographic characteristics, to be applied in this area.

Keywords: Predictive genetic testing, psychiatric genetics, ethics and genetics.

^I Médico Especialista en Medicina General Integral, Master en Asesoramiento Genético. Servicio Municipal de Genética de Sagua La Grande, Villa Clara.

^{II} Especialista de 2do grado en genética clínica, Doctora en Ciencias Médicas. Centro Nacional de Genética Médica.

^{III} Lic. en Defectología, Master en Asesoramiento Genético. Centro Nacional de Genética Médica.

^{IV} Especialista de 2do grado en Genética Clínica, Doctora en Ciencias Médicas. Universidad de Ciencias Médicas, Villa Clara.

^V Lic. en Matemáticas, Master en Genética Médica. Centro Nacional de Genética Médica.

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

Introducción

La depresión es una afectación del estado de ánimo que engloba sentimientos negativos como la tristeza, la desilusión, la frustración, la desesperanza, la indefensión, la inutilidad y la infelicidad, en el que se pierde la satisfacción de vivir y la energía para recuperar el bienestar. Se estima que la depresión será el problema de mayor impacto en la salud de la población en vías de desarrollo en el año 2020, tan solo superada por las enfermedades cardiovasculares.¹⁻³ En la actualidad 340 millones de personas sufren depresión en el mundo (se calcula que entre el 2% y el 4% de la población general padece este tipo de trastorno). A escala mundial, la incidencia de esta enfermedad es hasta 2 veces más frecuente en mujeres que en hombres.⁴ Se presenta en todas las culturas y clases sociales.³ Este estado emocional implica no sólo respuestas afectivas o cognitivas en la persona que la vive, sino también cambios fisiológicos profundos, que en parte pueden depender del perfil genético individual. Es una de las enfermedades que independientemente de su mayor o menor gravedad, implica rechazo social. La actitud frente a dicha patología está más relacionada con la amenaza de bochorno o pérdida de prestigio social que con el riesgo biológico que se le atribuye.⁵

Los avances de la Genética Humana de los últimos 20 años han revolucionado los conocimientos sobre el rol de la herencia en la salud y la enfermedad. El genoma no sólo determina la causa de las enfermedades monogénicas que afectan a muchas personas, sino que el efecto combinado de la acción de los genes con la influencia de factores ambientales, incrementa el riesgo para enfermedades comunes,⁶ como los trastornos mentales, que presentan una alta prevalencia en la población mundial. Grandes expectativas han acompañado a las investigaciones en el campo de la genética psiquiátrica, con la esperanza de mejorar el diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades, así como, la necesidad de desestigmatizar la vinculación del origen de estas enfermedades únicamente a causas biológicas.

En Cuba no existe un estudio nacional que describa la prevalencia de la depresión, sin embargo, existen reportes de estudios en áreas de salud específicas, que estiman que la depresión es frecuente y las cifras pudieran oscilar entre 12% y 18% de la población estudiada.⁷

Se llega a la tercera edad, padeciendo múltiples enfermedades que interfieren en la calidad de vida y que producen pérdida de la independencia del individuo, siendo una de ellas la depresión.⁸

La provincia de Villa Clara, según reportes recientes, es la más envejecida de Cuba, el 18,7% de su población

total supera los 60 años, con una expectativa de vida de 78.2 años.⁹ Reportes de estadísticas de la provincia señalan que esta enfermedad tiene una prevalencia de 13.9%.

En el Centro Comunitario de Salud Mental, de Sagua la Grande se comenzó a ofrecer una consulta de Psicogeriatría, identificándose la depresión como principal causa de asistencia a dicha consulta, así como, las consecuencias que este trastorno afectivo provoca. Se ha observado en el transcurso de los años, que hay un aumento considerable de los intentos suicidas en los ancianos y del suicidio como máxima expresión de auto agresión. La mayoría de los especialistas no dudan en señalar su relación directa con la depresión.

La alta prevalencia de la depresión y las consecuencias que sobre la salud mental de un individuo origina esta enfermedad, nos motivó a realizar la presente investigación. Fue propósito fundamental de este estudio el diseñar una estrategia para el Asesoramiento Genético de la depresión a partir del conocimiento sobre la enfermedad, actitudes hacia las investigaciones y diagnóstico predictivo, para lo cual fue necesario primeramente identificar el nivel de conocimientos que existe en relación con la depresión en individuos afectados, familiares en riesgo, estudiantes de medicina y profesionales de la salud, a continuación comparar los conocimientos sobre el desarrollo de las investigaciones genéticas en familias con depresión, estudiantes de medicina y profesionales de la salud, identificar y comparar el comportamiento de las actitudes hacia los estudios genéticos predictivos relacionados con la depresión en pacientes, familiares de riesgo, estudiantes de medicina y profesionales de la salud y con los elementos anteriores diseñar una estrategia preventiva de asesoramiento genético para la depresión, para ser aplicado en las consultas del área de salud.

Material y método

Se realizó un estudio de corte transversal analítico no experimental con casos y controles, en el período de Noviembre del 2011 a Octubre del 2012, dirigido a las personas que en alguna etapa de su vida habían presentado episodios de depresión diagnosticado, sus familiares, estudiantes de medicina y profesionales de la salud, residentes en el municipio Sagua la Grande, Villa Clara.

A los fines de esta investigación, se trabajó con las siguientes definiciones:

Definición de caso: Individuo con antecedentes de haber padecido al menos un episodio depresivo, con una duración superior a un mes, diagnosticado por especialistas en psiquiatría y que aceptaran

participar en el estudio al expresar su consentimiento verbalmente.

Definición de control: Individuos sin síntomas clínicos de depresión en ninguna etapa de su vida y que aceptaran participar en el estudio con el consentimiento informado verbalmente. Se incluyeron 3 grupos de controles:

1. Grupo 1: Familiares de primer grado de los casos que no presentasen síntomas ni tuvieran diagnóstico de depresión.
2. Grupo 2: Estudiantes de medicina del área clínica, de 3ro a 6to año.
3. Grupo 3: Profesionales de la salud que interactúan con los casos: especialistas en genética clínica, especialistas en psiquiatría y asesores genéticos.

Universo:

Se constituyó por todas las personas dispensarizadas en el registro familiar de enfermedades comunes y fichas familiares de los consultorios médicos, que habían presentado al menos un episodio depresivo diagnosticado en alguna etapa de su vida (56), estudiantes de medicina de 3ro a 6to año (44) y profesionales de la salud (24) de la población en estudio.

Muestra:

La muestra quedó constituida por 100 individuos distribuidos de la siguiente forma:

- 30 pacientes tomados del registro de familias con enfermedades comunes del Centro de Genética del municipio en que se realizó el estudio y fichas familiares de los consultorios, cuyos diagnósticos se confirmaron con el psiquiatra del Centro de Salud Mental.
- 30 familiares de 1er grado: uno por cada paciente encuestado, siempre que el familiar no hubiese presentado síntomas, ni diagnóstico previo de depresión.
- 20 estudiantes de medicina del área clínica: 5 estudiantes de cada año entre 3ro y 6to año de la carrera.
- 20 profesionales de la salud: 4 especialistas en genética clínica, 8 especialistas en psiquiatría y 8

másteres en asesoramiento genético.

Criterios de inclusión de los casos: Pacientes que residían en el área en el período estudiado, con antecedentes de haber padecido al menos un episodio depresivo, con una duración superior a un mes, diagnosticado por especialista en psiquiatría.

Criterios de exclusión de los casos: Todos aquellos pacientes que no tuvieron disposición para participar en la investigación o se encontraran afectados por la enfermedad en el momento del estudio, sin disposición para responder al cuestionario.

Criterios de selección de los controles: En el caso específico de los familiares, se tomó por cada paciente un familiar de primer grado que no tuviese antecedentes de depresión, con voluntariedad de participar en la investigación y el resto de las personas que integran los controles (profesionales y estudiantes), se seleccionaron a través de un muestreo probabilístico aleatorio simple.

Técnicas y procedimientos de obtención de la información primaria para el estudio:

La selección de la muestra se llevó a cabo mediante la revisión del registro de enfermedades comunes del Servicio de Genética del municipio y las fichas familiares de los consultorios médicos, para seleccionar los pacientes con diagnóstico confirmado de depresión, apoyados en la historia clínica individual de cada uno y la historia colateral de los familiares; además se identificaron los profesionales de la salud que iban a participar, así como los estudiantes de medicina de cada uno de los años. A partir de esa información se procedió a visitar los hogares de los pacientes y familiares para la aplicación de un cuestionario validado en Cuba y Dinamarca con 100 preguntas, previo consentimiento informado verbalmente. En los especialistas y estudiantes de medicina se procedió de igual forma, pero se visitaron en sus puestos de trabajo o sitios de estudio.

Operacionalización de las variables

Variables	Tipo	Operacionalización Escala	Indicador	
			Descripción	
	Cuantitativa Discreta	Años cumplidos	Edad en años según carnet de identidad en el momento del estudio.	Media y rango.
Edad				
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino	Apariencia externa del fenotipo sexo.	Número y porcentaje

Variables	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Nivel educacional	Cualitativa ordinal politómica	Primario Secundario Técnico medio Preuniversitario Universitario	Último nivel de escolaridad vencido.	Número y porcentaje
Estado civil	Cualitativa nominal politómica	Soltero Casado Conviviendo con pareja Antes convivió con alguien Divorciado Viudo	Relación de convivencia personal.	Número y porcentaje
Religión	Cualitativa nominal politómica	Católico Protestante Creencias africanas Creencias Espirituales Judío Musulmán Ateo Otro	Creencia de cada individuo.	Número y porcentaje
Ingreso hospitalario por depresión.	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Depresión previa con necesidad de ingreso.	Número y porcentaje
Tratamiento recibido para la depresión.	Cualitativa nominal politómica	Medicamentos Psicoterapia Ambos	Tratamiento realizado durante la enfermedad.	Número y porcentaje
Depresión actual.	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Presencia actual de depresión.	Número y porcentaje
Tendencia a la tristeza.	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Presencia actual de tristeza.	Número y porcentaje
Presencia de otros problemas psiquiátricos.	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Asociación de la depresión con otras patologías psiquiátricas.	Número y porcentaje
Antecedentes de familiares y/o cónyuge con depresión.	Cualitativa Nominal politómica	Madre Padre Hermano Hijos Abuelo Tíos maternos/paternos Tías maternos/paternos Nietos Sobrinos Cónyuge. Tristeza. Falta de energía. Desánimo. Menos autoconfianza. Autorreproches. Alucinaciones. Mayor agresividad. Pensamientos sobre la muerte y el suicidio. Hiperactividad. Problemas de concentración y de pensar. Desconfianza. Dificultades para dormir. Cambio de apetito Evitar el contacto con los demás.	Otros familiares con depresión.	Número y porcentaje
Síntomas clínicos de la depresión.	Cualitativa nominal politómica		Síntomas de la depresión según opinión del paciente.	Número y porcentaje

Variables	Tipo	Escala	Operacionalización	Descripción	Indicador
Evaluación sobre conocimientos de depresión.	Cuantitativa continua		Puntuación obtenida de la suma de los ítems 2.1a la 2.17, excluyendo 2.14	Según puntaje por validación de las preguntas correspondientes.	Media, desviación estándar y ANOVA
Evaluación sobre aceptación de la depresión.	Cuantitativa continua		Puntuación obtenida de la suma de los ítems 3.1 a la 3.14; excepto 3.10a, b, c y d	Según puntaje por validación de las preguntas correspondientes	Media, desviación estándar y ANOVA
Evaluación sobre actitudes ante la prueba y la orientación genética.	Cuantitativa continua		Puntuación obtenida de la suma de los ítems 4.1 a la 4.11	Según puntaje por validación de las preguntas correspondientes	Media, desviación estándar y ANOVA
Evaluación sobre actitudes hacia la investigación genética.	Cuantitativa continua		Puntuación obtenida de la suma de los ítems 5.2 a la 5.12, excluyendo la 5.6	Según puntaje por validación de las preguntas correspondientes	Media, desviación estándar y ANOVA
Evaluación sobre presencia de sentimientos de culpa.	Cuantitativa continua		Puntuación obtenida de la suma de los ítems 7.2 a la 7.6	Según puntaje por validación de las preguntas correspondientes	Media, desviación estándar y ANOVA

Procesamiento de la información obtenida:

Con las respuestas obtenidas en los cuestionarios se completó una base de datos en Microsoft Access, se realizó el análisis estadístico de los datos y se determinaron las características de la muestra, el conocimiento sobre la depresión y la actitud de los participantes ante los estudios genéticos. Luego se elaboró una estrategia de asesoramiento genético que permitiera ofrecer la información necesaria sobre la enfermedad y los estudios genéticos, para enriquecer los aspectos positivos y los negativos cambiarlos a positivos, mediante el reforzamiento de nuevos conocimientos. Para ello se realizó una amplia revisión bibliográfica y búsquedas en internet para actualizar los conocimientos.

El análisis de los datos se realizó con un sistema computarizado, usando el paquete estadístico *Statistica v7.0*.

La estadística descriptiva para las variables categóricas se presentó mediante su frecuencia absoluta y relativa en tablas o gráficos.

Los puntajes para conformar las variables cuantitativas se obtuvieron como se describe a continuación:

Los puntajes para conformar las variables cuantitativas se obtuvieron dando la puntuación siguiente a cada ítem: 2 puntos si la respuesta fue coincidente con el criterio establecido por la investigación, 1 si la respuesta fue "No se" y 0 si la respuesta fue en dirección contraria a lo esperado.

Las variables cuantitativas fueron evaluadas con el objeto 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 2 grupos se utilizaron las pruebas ANOVA como test paramétrico y Kruskal-Wallis como prueba no paramétrica alternativa. Para realizar las comparaciones entre los grupos, se utilizó el modelo "a posteriori" de Scheffé, como método considerado adecuado 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 estadígrafo de Mc Nemar; que toma en consideración el par de valores donde los métodos difieren y se calcula como sigue: $\text{Chi}^2 = (c - b)^2 / (c + b)$. En todos los análisis se consideró un nivel de significación $\alpha < 0,05$.

Se calculó el coeficiente de concordancia kappa de Cohen que permite cuantificar el grado de acuerdo entre dos o más observadores una vez que se ha eliminado el efecto del azar, se utilizó como valor aceptable de kappa, aquellos mayores o igual a 0,40. Para la confección de los textos se empleó el programa Microsoft Office Word 2007 y para las tablas y gráficos se utilizó el Microsoft Office Excel 2007.

Consideraciones bioéticas

Para la aplicación del instrumento utilizado se

tuvo en cuenta el principio ético de autonomía e independencia, se especificaron los derechos de las personas que participan en la investigación, el carácter voluntario de la misma y la estricta confidencialidad de los resultados. De esta manera, se obtuvo el consentimiento informado verbal de todos los participantes. Este estudio forma parte de un proyecto de investigación del Centro Nacional de Genética Médica aprobado por el consejo científico y comité de ética.

Procedimiento para la elaboración de una estrategia preventiva de asesoramiento genético sobre la depresión y los estudios genéticos.

Se redactó una hoja informativa dirigida a pacientes y sus familiares con las principales características de la enfermedad. Se diseñó una estrategia preventiva de asesoramiento genético que contiene un grupo de acciones educativas teniendo en cuenta los tres niveles de prevención (primaria, secundaria y terciaria), dirigidas a pacientes con la enfermedad, para evitar la descompensación; familiares de personas con depresión o con riesgo de padecerla, con el objetivo de modificar los factores de riesgo que lo permitan y evitar la enfermedad; especialistas y estudiantes de medicina del Municipio, donde se tuvo en cuenta los resultados del análisis de los datos obtenidos en el estudio y se basó en los elementos técnicos del asesoramiento genético, así como los componentes básicos, aspectos prácticos, psicológicos y éticos del mismo. En estas acciones se consideró el carácter preventivo, la naturaleza educativa de ellas y el componente de multisectorialidad.

Análisis y discusión de los resultados

En la (Tabla 1) se puede observar cómo quedó constituida la muestra que participó en el estudio realizado con un total de 100 individuos, todos de nacionalidad cubana, de ellos 30 fueron pacientes con diagnóstico de depresión en alguna etapa de su vida, se encontraban en el rango entre los 23 y 70 años, con un promedio de 50.63 años. Según datos de la OMS el porcentaje mayor de pacientes con depresión está comprendido entre las edades de 18 y 45 años, que como se conoce es la etapa de mayor productividad del individuo,¹⁰⁻¹² aunque la expansión e incidencia son crecientes en todos los grupos de edad, es especialmente entre los más jóvenes.¹

Predominó el sexo femenino representado por un 86.7% de los participantes, las mujeres son las que con mayor frecuencia sufren de depresión, debido a que siguen soportando la responsabilidades ligadas en su condiciones de esposas, madres, educadoras y cuidadoras de otras personas, al mismo tiempo que se han convertido en una parte fundamental de la

fuerza de trabajo, desempeñando un importante papel en la sociedad, además los hombres acuden menos al médico lo que trae consigo que el reporte de la enfermedad esté por debajo de lo que en realidad se presenta en la población masculina; lo que guarda relación con lo consultado en la bibliografía y un gran número de autores coinciden al afirmar que es el sexo femenino donde la depresión es más frecuente, dado por múltiples factores endógeno y psicosociales, la mujer es la más expuesta y estadísticamente la que más asiste a consulta solicitando ayuda,¹³ los hombres acuden poco al médico y como se ha demostrado en varios estudios, esta enfermedad se encuentra sub-diagnosticada entre un tercio y la mitad de los casos.¹⁴

A escala mundial, la incidencia de esta enfermedad es hasta 2 veces más alta en mujeres que en los hombres.¹ Según la American Psychiatric Association (APA) los trastornos mentales de mayor prevalencia son los del estado de ánimo depresivo y de ansiedad; la depresión se ha reportado con valores del 10% al 25% para las mujeres y del 5% al 12% para los hombres.¹⁵ Algunos autores opinan que la pertenencia al sexo femenino es uno de los principales riesgos demográficos para la depresión.¹⁰ Estudios realizados en gemelos demuestran que la mayor prevalencia femenina tiene base genética.²

Algunos autores señalan que las personas que no tienen ningún nivel de instrucción padecen más cuadros depresivos que el resto de la población,³ esto se pudo observar en un estudio realizado en La Habana que obtuvo como resultado que el 61.1% de los adultos mayores deprimidos exhibieron muy bajo nivel de escolaridad (primaria terminada o inferior), el 25.5% alcanzaron el noveno grado, solo el 13.4% obtuvieron un nivel medio superior y superior.¹ En nuestro estudio la mayor parte de los pacientes habían alcanzado nivel de escolaridad preuniversitario o superior (56.7%), y nivel secundario un 20%, lo que demuestra que no necesariamente la depresión aparece exclusivamente en personas con bajo nivel escolar.

En relación al estado civil de los casos de este estudio predominaron los individuos casados (43.3%), seguidos por los divorciados (30%), comportándose de manera diferente a otros estudios que han mostrado que la separación matrimonial, el estatus de divorciado, solitario o viudo, el vivir aislado del centro urbano, las dificultades en el ámbito laboral o familiar, constituyen causas sociales para la aparición del trastorno,¹⁰ aunque en no raras ocasiones el tener pareja puede convertirse en un factor de riesgo de depresión, sobre todo cuando existen conflictos en el matrimonio, violencia u otros, lo cual es válido

sobre todo en el caso de las mujeres.^{16,17} Otro estudio realizado en un hospital de Bogotá encontró una prevalencia de síntomas de depresión de 72.6% de los

pacientes, siendo mayor en las personas separadas, las que vivían solas y las que reconocían tener conflictos familiares.¹⁸

Tabla 1. Datos generales de los participantes en el estudio.

Datos personales	Pacientes (n=30)		Familiares (n=30)		Estudiantes (n=20)		Especialistas (n=20)	
Edad Promedio (Rango)	50,63 (23-70)		43,63 (22-71)		23,25 (21-26)		48,10 (37-58)	
Sexo								
Masculino	4	13.3	8	26.7	9	45.0	2	10.0
Femenino	26	86.7	22	73.3	11	55.0	18	90.0
Nivel Educativo								
Primaria	2	6.7	0	0	0	0	0	0
Secundaria	6	20.0	4	13.3	0	0	0	0
Técnico Medio	5	16.7	7	23.3	0	0	0	0
Preuniversitario	9	30.0	9	30.0	20	100	0	0
Universitario	8	26.7	10	33.3	0	0	20	100
Estado Civil								
Solitario	0	0	1	3.3	7	35.0	1	5.0
Casado	13	43.3	13	43.3	1	5.0	14	70.0
Conviviendo con pareja	6	20.0	9	30.0	12	60.0	0	0
Antes convivía con alguien	1	3.3	0	0	0	0	0	0
Divorciado	9	30.0	6	20.0	0	0	5	25.0
Viudo	1	3.3	1	3.3	0	0	0	0
Religión								
Católico	15	50.0	9	30.0	4	20.0	8	40.0
Protestante	0	0	0	0	1	5.0	1	5.0
Creencias africanas	0	0	0	0	0	0	0	0
Creencias espirituales	1	3,3	0	0	1	5.0	0	0
Judío	0	0	0	0	1	5.0	0	0
Musulmán	0	0	0	0	0	0	0	0
Ateo	14	46.7	21	70.0	13	65.0	10	50.0
Otros	0	0	0	0	0	0	1	5.0
Importancia de la religión								
Sumamente importante	4	26.7	1	11.1	1	14.3	2	20,0
Muy importante	7	46.6	3	33.3	1	14.3	3	30.0
Moderadamente importante	4	26.7	5	55.6	4	57.1	5	50.0
Poco importante	0	0	0	0	1	14.3	0	0
Nada importante	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Cuestionario

Todos los pacientes que participaron en el estudio residían en el municipio Sagua la Grande (ciudad con 10 000-99 999 habitantes), provincia Villa Clara. Pertenecían a alguna religión el 53.3% de los casos, con predominio de la fe católica. El 46.6% expresó que era muy importante la religión para ellos; tener una creencia religiosa podría ayudar a las personas a enfrentar las situaciones que se presentan en la vida cotidiana, buscar otras alternativas de soluciones y evitar así la depresión. Relacionado con el tema Aguilar Navarro señala que la espiritualidad y la religión desempeñan también un papel importante en la depresión. Un estudio ecológico multinacional realizado en Europa encontró que la práctica religiosa se asocia con menos depresión en los ancianos europeos, pero los mecanismos de esta protección no son bien conocidos.¹⁹ Ninguno de los casos estaba esperando hijos en el momento de llenar el cuestionario y como promedio tenían 2 descendientes.

El resto de la muestra estuvo formada por los controles (70), divididos en tres grupos, el primero formado por un familiar de primer grado por cada caso (30), encontrándose en un rango entre los 22 y 71 años de edad y como promedio tenían 43.63 años; con predominio también del sexo femenino, representado por 22 mujeres para un 73.3% y ocho hombres (26.7%), en relación con el nivel educacional el mayor por ciento eran universitarios (33.3%), seguidos por los que habían terminado el preuniversitario (30%) y luego un 23.3% que eran técnicos medios. Relacionado con el estado civil, 13 eran casados lo que representó un 43.3%, se encontraban viviendo con pareja el 30% de ellos y 6 eran divorciados (20%). Al analizar la religión a la que pertenecían, el 70% eran ateos y solo un 30% pertenecían a la religión católica, la que era considerada como moderadamente importante para el 55.6% de los religiosos. Ninguno se encontraba esperando hijos, como promedio tenían 2 y todos residían en Sagua la Grande.

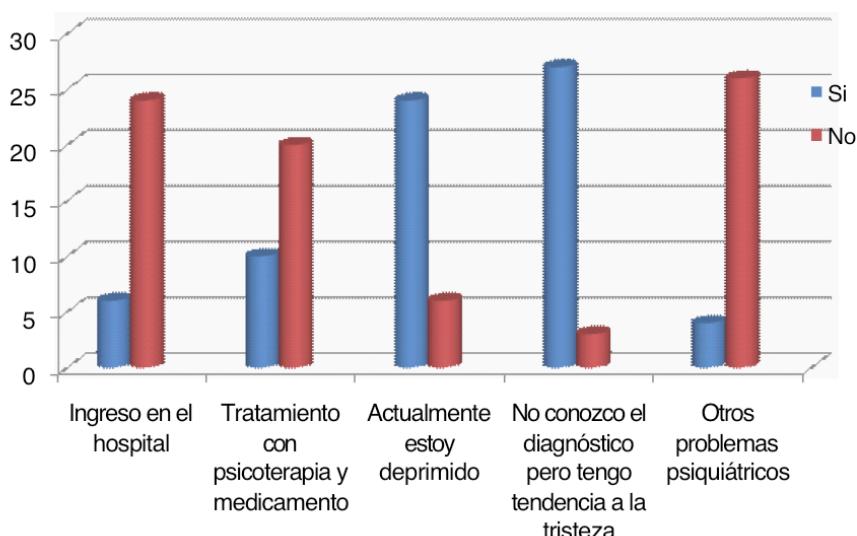
En el segundo grupo de los controles se encontraron los estudiantes de medicina de 3ro a 6to año de la carrera, 5 pertenecían a cada uno de los años de estudio, el 100% residían en Sagua la Grande, con una edad promedio de 23.25 años y tenían como nivel educacional preuniversitario. En la distribución según el sexo también predominaron las féminas siendo el 55% del total. En relación al estado civil el 60% de ellos convivían con pareja, el 35% se encontraba solitario y solo el 5% estaba casado. De los estudiantes, 13 no tenían creencias religiosas (65%), el 20% eran católicos y un 15% pertenecían a otras religiones; de los que pertenecían a alguna religión, tenía una importancia moderada para el 57.1% y la evaluaron como sumamente, muy o poco importante

uno en cada alternativa lo que representa el 14.3% en cada caso. Ninguno tenía hijos, solo una estudiante se encontraba embarazada en el momento de completar el cuestionario (Tabla 1).

El tercer grupo de controles estuvo integrado por 20 profesionales de la salud, de ellos 4 especialistas en genética clínica que residían en Santa Clara (ciudad con más de 100 000 habitantes), 8 especialistas en psiquiatría, de los cuales, 4 vivían en Santa Clara y 4 en Sagua la Grande, mientras que los másteres en asesoramiento genético 3 eran de Sagua la Grande y 5 de Santa Clara. Se encontraban entre los 37 y 58 años de edad y como promedio tenían 48.10 años; predominó también el sexo femenino representado por 18 mujeres para un 90% y dos hombres (10%). El 100% eran universitarios; en relación al estado civil la mayoría se encontraban casados (70%), seguidos por los divorciados (25%) y el 5% se encontraban aun solitarios. Sólo la mitad de los especialistas tenían creencias religiosas (50%), el 40% eran católicos y el 10% pertenecían a otras religiones; de los religiosos el 50% refirieron que para ellos era de moderada importancia, para el 30% muy importante y el 20% la consideraron de suma importancia. Ninguno se encontraba esperando hijo y como promedio tenían uno.

La figura 1 muestra las experiencias con la depresión de los participantes en el estudio, que en algún momento de su vida había padecido la enfermedad, 6 de ellos habían estado ingresados en sala de psiquiatría con el diagnóstico de la enfermedad, lo que representa un 20%. La mayor parte, los 24 restantes (80%) no habían estado ingresados y el tratamiento lo habían realizado en el hogar; coincidiendo con lo observado en otros estudios en que la menor parte de los pacientes con esa patología son los que requieren tratamiento intrahospitalario. En la investigación realizada en La Habana en el Hospital Militar Central “Dr. Carlos J. Finlay”, en el último semestre de 2004, de 20 pacientes que formaron parte de la muestra, sólo el 45% refirió antecedentes de haber presentado síntomas psiquiátricos, haber llevado algún tratamiento por la especialidad e ingreso en sala de psiquiatría en algún momento de su vida.¹³ La tasa de incidencia muestra que del 6% al 8% de las personas mayores de 15 años de la población general sufren depresión. El riesgo de sufrir al menos algún tipo de trastorno o episodio depresivo a lo largo de la vida que es susceptible de ser tratado por los especialistas, se estima entre el 5 y el 12% en el hombre y entre el 10 y 25% en la mujer.¹ La prevalencia estimada de la Depresión Mayor (DM) es de 6% a 15% y en atención primaria es aproximadamente del 10%.³

Figura 1. Experiencias con episodios de depresión referidas por los pacientes.



Fuente: Cuestionario

Al indagar sobre el tratamiento llevado para su enfermedad el 66.7% (20 individuos) de los casos, refirieron haber resuelto con medicamentos. Con psicoterapia sola no fue tratado ninguno de los pacientes, mientras sólo 10 de ellos habían sido tratados con ambas opciones lo que representa un bajo porcentaje 33,3%. Ello no coincide con lo expuesto por otros autores al analizar este tema.

El tratamiento se debe iniciar al momento de realizarse el diagnóstico, los pacientes deprimidos tratados con antidepresivos tienen una mejoría significativa, pero si se agregan al manejo los aspectos psicológicos, incrementa su efectividad. Es de gran importancia la participación del paciente y su familia. El médico debe apoyarlos y proporcionarles la información que les ayude a comprender la naturaleza del padecimiento y orientarlos sobre aspectos como relaciones interpersonales, el trabajo y ejecución de actividades placenteras.

Boschetti-Fentanes expresó que el tratamiento adecuado de este importante problema de salud requiere detectar los casos y luego categorizarlos, la depresión puede tratarse con farmacoterapia, psicoterapia y una combinación de ambas; pero la medicación antidepresiva no es un tratamiento suficiente por sí solo, sino que debe complementarse con otras estrategias como la psicoterapia.²⁰ Las metas del tratamiento son: mejorar el humor y la calidad de vida, reducir la morbilidad y mortalidad, prevenir la recurrencia del trastorno, minimizar los efectos adversos del tratamiento, así como restablecer y/o mejorar la funcionalidad física, mental y social.²¹ Tanto el tratamiento con medicamentos como con

psicoterapia ayuda a que la persona deprimida recupere su capacidad para tener una vida feliz y satisfactoria. Las investigaciones científicas recientes indican que la psicoterapia breve (terapia a través de charlas que ayudan a la persona en sus relaciones cotidianas y ayudan a aprender a combatir los pensamientos distorsionados negativamente que generalmente acompañan a la depresión), es efectiva para reducir a corto plazo los síntomas de la depresión en personas mayores. La psicoterapia también es útil cuando los pacientes ancianos no pueden o no quieren tomar medicamentos. Estudios realizados acerca de la eficacia de la psicoterapia demuestran que la depresión en la vejez puede tratarse eficazmente con psicoterapia.²² Hollon y Ponniah indicaron que existen tres variantes de psicoterapia que son: la psicoterapia interpersonal, la psicoterapia cognitiva y la psicoterapia conductual. Otras formas de psicoterapia como la psicoterapia dinámica breve y la focalizada en la emoción, se consideran posiblemente eficaces, aunque necesitan más estudios.²³ Moreno y colaboradores expresaron que el tratamiento farmacológico en combinación con el tratamiento psicológico, son la mejor opción.⁴ De los pacientes tomados como casos refirieron que se encontraban deprimidos en el momento de aplicar el cuestionario el 80% de ellos (24) y no lo estaban el 20% restante (Figura 1); como se ha mencionado anteriormente esta enfermedad es multifactorial, lo que significa que no existe un mecanismo único causante de la enfermedad, sino una interacción entre la vulnerabilidad genética, los factores biológicos y los estresores ambientales; de ahí la necesidad de actuar sobre los factores modificables, evitando

los eventos negativos que pudieran provocar en los pacientes una recaída.

Después de un primer episodio depresivo entre el 50 y el 60% de los casos presentan por lo menos 1 ó 2 episodios adicionales. La duración del episodio no tratado es variable, desde unos meses hasta 1 o más años. La recurrencia de la enfermedad puede quedar separadas por varios años; no obstante, el 15% de los casos, generalmente mujeres, presentan ciclos rápidos que ocurren 4 o más veces al año y que se han asociado con terapia antidepresiva prolongada o con enfermedad tiroidea.²

Expresaron que tenían tendencia a la tristeza 27 de los casos, lo que representó un 90%.

Aunque en la (Figura 1) se muestra cómo se comportó este síntoma sólo en los participantes que padecen la enfermedad, esta sintomatología estuvo presente también en los grupos que formaron parte de los controles siendo más evidente en los familiares de los pacientes, estando presente en 5 de ellos, para un 16,7%, seguidos por 3 de los estudiantes de medicina, y por último 2 especialistas, lo que representa un 15% y 10% respectivamente. Esta manifestación clínica es una de las predominantes en la depresión, pero el estar presente no quiere decir que la persona presente la enfermedad; para el diagnóstico se requiere de la presencia de al menos cinco de los síntomas de la enfermedad, que deben presentarse cada día o casi todo el día, al menos durante dos semanas y deben ser tan importantes como para alterar el funcionamiento normal del individuo.³

La asociación de la depresión con otras patologías psiquiátricas es frecuente, lo que en ocasiones hace difícil el diagnóstico al enmascarar los síntomas, en nuestro estudio solo 4 de los pacientes que habían padecido la enfermedad tenían otros antecedentes psiquiátricos, lo que representó un 13,3% de los casos, todos habían presentado síndrome ansioso previo o asociado a la depresión, lo que no coincide con lo expuesto por otros autores en sus estudios. En general, la presencia de síntomas y/o trastornos afectivos en el contexto de otras enfermedades mentales es alta, no obstante, debe tenerse en cuenta que el análisis de la comorbilidad de los trastornos afectivos en otros trastornos mentales es complejo y controvertido, no solo por su alta frecuencia, sino por la existencia de un solapamiento sintomático, la escasez de signos y síntomas patognomónicos, la variabilidad de los criterios diagnósticos y las diferencias en la

metodología aplicada. La presencia concurrente de 2 o más enfermedades tiene una alta transcendencia en cuanto al pronóstico clínico de los trastornos afectivos: peor respuesta a los tratamientos, mayor persistencia sintomática, tendencia a la cronicidad y riesgo de mortalidad) y las consecuencias sociales (disminución del rendimiento laboral y mayor uso de recursos).

La depresión puede ser secundaria a otras enfermedades mentales tales como: desorden de pánico y fobias, desorden obsesivo-compulsivo, desorden adaptativo a factores de estrés, desorden somatoform (conversión, somatización, hipocondriasis), trastornos de la personalidad, psicosis o neurosis, así como, depresión reactiva que ocurre como respuesta a situaciones de estrés.² Scholten expresó que la depresión puede asociarse a múltiples enfermedades entre ellas trastornos mentales como: ansiedad, adicciones (alcoholismo, hábito de fumar, abuso de drogas) y algunos trastornos de personalidad (trastornos de personalidad límitrofe y evitante).²⁴ En un estudio realizado en Colombia se observó en el 56.3% de las personas entre los 15 y 54 años de edad que habían sufrido depresión en los últimos 30 días se asociaba con otras enfermedades mentales concomitantes especialmente la ansiedad y los trastornos por el abuso o la dependencia de sustancias adictivas, en ese estudio se confirmó que las personas con síndrome de dependencia del alcohol y las que consumen marihuana presentan un mayor riesgo relativo de sufrir episodios depresivos.¹⁷

Antecedentes familiares de depresión.

El comportamiento de los antecedentes de familiares con depresión se puede observar en la Tabla 2. Entre los pacientes, los familiares afectados que predominaron fueron la madre y hermanos (familiares de primer grado), el antecedente de haber tenido la madre enferma se encontró en 14 de ellos, lo que representa el 46.7%, seguido por los hermanos que estuvo presente en el 26.7%; seis tenían antecedentes de tíos con la enfermedad y en 4 de los casos lo habían padecido los abuelos y/o tíos lo que representa un 20% y 13.3% respectivamente; 25 de los casos refirieron tener antecedentes de familiares con depresión, para un 83.3%; de estos el 36% afirmaron que la enfermedad en su familia es de causa genética, predominando los que dijeron no saber, con un 44%.

Tabla 2. Antecedentes familiares de depresión.

Antecedentes familiares de depresión	Pacientes (n=30)		Familiares (n=30)		Estudiantes (n=20)		Especialistas (n=20)	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Madre	14	46.7	20	66.7	7	35.0	4	20.0
Padre	3	10.0	4	13.3	0	0	0	0
Hermanos	8	26.7	17	56.7	0	0	2	10.0
Hijos	3	10.0	4	13.3	0	0	1	5.0
Abuelos	4	13.3	6	20.0	5	25.0	1	5.0
Tíos paternos/maternos	4	13.3	3	10.0	1	5.0	1	5.0
Tías paternas/maternas	6	20.0	6	20.0	3	15.0	3	15.0
Nietos	0	0	0	0	0	0	0	0
Sobrinos	0	0	2	6.7	0	0	1	5.0
Cónyuge con depresión	2	6.7	0	0	0	0	0	0

Fuente: Cuestionario.

En el 46,7% se presentó la enfermedad en más de un familiar. En los estudiantes y especialistas el antecedente de familiares con depresión se presentó en 8 y 6 de ellos representando el 40% y 30% respectivamente, siendo considerada como enfermedad genética por el 83,3% de los especialistas con antecedentes y ninguno de los estudiantes; los familiares la consideraron como enfermedad genética en el 56,7% de los entrevistados. En los controles el antecedente de familiar con depresión que predominó fue el de la madre, 20 en el grupo de los familiares de los casos, 7 en los estudiantes y 4 en los especialistas, lo que representa el 66,7%, 35% y 20% respectivamente. En estos grupos ninguno tuvo antecedentes de haber tenido un esposo que padeciera la enfermedad, mientras que entre los casos, dos de ellos estuvieron en esa situación, para un 6,7%.

Diversos autores en sus estudios se han referido a la influencia de los antecedentes en la aparición del trastorno afectivo tanto familiar como personal, planteamiento con el cual estamos de acuerdo ya que el tener antecedentes familiares de este trastorno es un factor de riesgo para desarrollar la enfermedad y más aún cuando es un familiar de primer grado, según hemos apreciado en nuestro estudio.

En algunas familias la depresión severa se presenta generación tras generación, sin embargo, la depresión severa también puede afectar a personas que no tienen una historia familiar de depresión. En cuanto a la asociación familiar debida a factores genéticos, la existencia de un pariente de primer grado con antecedentes de trastorno depresivo mayor aumenta el riesgo entre 1,5 y 3 veces frente a la población general.²⁵

Según Marsiglia los pacientes con antecedentes personales o familiares de depresión tienen el riesgo de un 30% de recurrencias en los 2 años que siguen al diagnóstico de depresión y un 87% en los 15 años siguientes.² En el estudio realizado en La Habana, en el Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay", se obtuvo que el 65% de los participantes tenían antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos, incluso algunos con enfermedades hereditarias.¹³

Conocimiento previo sobre las investigaciones genéticas

En la figura 2 muestra la distribución en porcento de los individuos que habían oído hablar de la investigación genética antes de completar el cuestionario de este estudio. Solamente 11 de los casos y 14 de los familiares respondieron que habían oído algo sobre el tema lo que representó un 37% y 47% respectivamente. En los estudiantes ocurrió en el 50% y en los especialistas, el 100% tenían conocimiento previo de esos estudios, esto demuestra que a pesar de los avances alcanzados en los últimos años en la genética y del acercamiento de los servicios de esta especialidad a la atención primaria de salud, la población no tiene información suficiente sobre los adelantos más recientes en los estudios genéticos. Es importante tener en cuenta la necesidad de una mayor profundización sobre el tema en los estudiantes de medicina en el transcurso de su carrera. Por lo que se necesita elevar la cultura genética de la población en general, así como, de las mujeres de edad fértil y las embarazadas. Esto puede deberse entre otras causas a lo expuesto por el 94% de los participantes

en el estudios al referir que existe poca información en los medios de comunicación sobre los estudios genéticos.

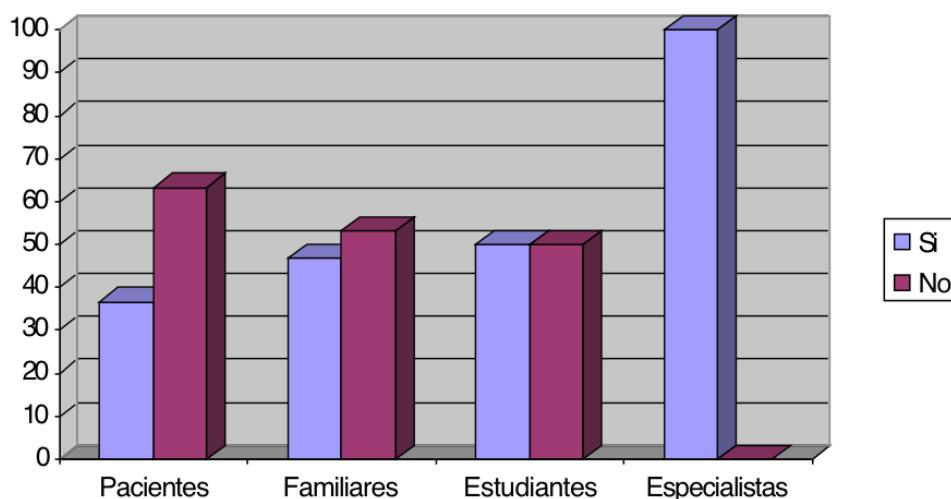
No se puede negar el interés de la población por los temas relativos a la salud, basta ver el espacio ocupado por el periodismo vinculado a los temas de salud y medicina. La divulgación pública de resultados de investigaciones viene siendo, sin embargo, objeto de controversias y mutuas imputaciones de responsabilidad entre la respectiva comunidad académica y los medios de comunicación.²⁶

La información científica llega a la población fundamentalmente a través de los medios de comunicación, que actúan como intermediarios entre los investigadores y la población general. No obstante, la relación entre los medios, el conocimiento científico y el conocimiento popular es compleja. En

genética por ejemplo, algunos estudios evidencian cómo la población tiene sus propios criterios y puntos de vista, condicionados por sus conocimientos y experiencias previas sobre el tema. Existe una visión popular de lo que es un gen, un genetista e incluso la propia genética.

Desde que empezó a desarrollarse el Proyecto Genoma, los nuevos descubrimientos genéticos se convirtieron en temas de noticias en los medios de comunicación de masas. En este sentido, tanto genetistas como periodistas suelen utilizar metáforas para dar a conocer los conceptos complejos de la investigación genética para los que no existen bases en el lenguaje profano. Cabe señalar que los medios de comunicación no sólo modelan el establecimiento de la agenda social, sino que son también el espacio donde se conforma la cultura de salud de la población.²⁷

Figura 2. Conocimiento previo sobre las investigaciones genéticas.



Fuente: Cuestionario.

Signos clínicos de depresión

En la Tabla 3 que se expone a continuación se observa la distribución de los signos clínicos en cada uno de los grupos que conforman la muestra; el 100% de los participantes coincidieron en que la tristeza es un signo clínico de depresión, los pacientes dijeron entre los otros signos de la enfermedad, los seis más frecuentes: el desánimo o pérdida de interés (100%), falta de energía, una mayor tendencia a cansarse (93.3%), menos confianza en sí mismos (90%), el 83.3% concordaron en la presencia de pensamientos sobre la muerte y el suicidio, los problemas de concentración y de pensar y el 80% expusieron dificultad para dormir. En el grupo de los familiares coincidieron en los signos expuestos por los casos,

solo hubo variación en relación con la dificultad para dormir que para ellos era más frecuente evitar el contacto con los demás con un 93.3%.

Los estudiantes expusieron entre los signos característicos de la enfermedad los autorreproches o sentimientos de culpa y cambio de apetito y peso el 95% de ellos, el 90% pusieron el desánimo o pérdida de interés y los pensamientos sobre la muerte y el suicidio y el 80% expusieron el tener menos confianza en sí mismo y evitar el contacto con los demás; mientras que los especialistas lo expusieron de la siguiente forma: el 100% coincidieron en la presencia del desánimo o pérdida de interés, el 90% se refirieron a tener menos confianza en sí mismo, los pensamientos sobre la muerte y el suicidio y la

dificultad para dormir, mientras que el 85% señalaron los problemas de concentración y de pensar y el evitar el contacto con los demás. Los signos clínicos de la depresión son muy variables y pueden ser diferentes en una persona y otra, en esto influye la edad, el sexo, el modo y estilo de vida. El signo que sí la caracteriza es la tristeza.

Esto concuerda con la opinión de otros autores como

Álvarez Canals que expresó: “entre los síntomas de la depresión están los de la esfera afectiva, consistentes en una alteración del humor entendido como alteración del estado de ánimo, es el ánimo depresivo o tristeza vital, constituyen el núcleo central de la depresión y se acompañan de una disminución de la vitalidad con alteración de la actividad laboral y social del individuo”.⁸

Tabla 3. Signos Clínicos de depresión identificados por los participantes.

Signos Clínicos	Pacientes (n=30)		Familiares (n=30)		Estudiantes (n=20)		Especialistas (n=20)	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Tristeza.	30	100	30	100	20	100	20	100
Falta de energía, una mayor tendencia a cansarse.	28	93.3	25	83.3	14	70.0	16	80.0
Desánimo o pérdida de interés.	30	100	30	100	18	90.0	20	100
Menos confianza en sí mismo.	27	90.0	25	83.3	16	80.0	18	90.0
Autorreproches o sentimientos de culpabilidad.	17	56.7	15	50.0	19	95.0	16	80.0
Alucinaciones.	4	13.3	2	6.70	0	0	3	15.0
Mayor agresividad.	8	26.7	3	10.0	4	20.0	0	0
Pensamientos sobre la muerte y el suicidio.	25	83.3	26	86.7	18	90.0	18	90.0
Hiperactividad.	2	6.7	1	3.3	0	0	1	5.0
Problemas de concentración y de pensar.	25	83.3	28	93.3	14	70.0	17	85.0
Desconfianza hacia los demás.	19	63.3	14	46.7	11	55.0	2	10.0
Movimientos físicos más lentos.	15	50.0	16	53.3	12	60.0	16	80.0
Dificultades para dormir.	24	80.0	20	66.7	15	75.0	18	90.0
Cambio de apetito y peso.	23	76.7	20	66.7	19	95.0	16	80.0
Evitar el contacto con los demás.	22	73.3	28	93.3	16	80.0	17	85.0

Fuente: Cuestionario.

Sin embargo en la depresión existen síntomas corporales o somáticos siendo los más frecuentes las alteraciones del sueño con insomnio y menos veces hipersomnia, pérdida de peso con falta de apetito, cansancio o falta de energía, pueden existir otras muchas quejas somáticas: gastrointestinales, vértigo, dolor, cefalea; que en ocasiones son predominantes en la depresión del anciano. En la mayoría de ellos el área motivacional se encuentra disminuida, por los eventos propios de la edad, por el número de frustraciones o fracasos vivenciados. Las ideas psicoafectivas relacionadas con los eventos que enfrenta en esta etapa, como la imagen propia de su

cuerpo, las pérdidas emocionales, el estado de salud en que se encuentra y las cuestiones de estrés personal y social, todo eso atenta contra su autorregulación.⁸ Los síntomas deben estar presentes cada día o casi todo el día, al menos durante dos semanas y deben ser tan importantes como para alterar el funcionamiento normal del individuo.³ En un estudio realizado en México a pacientes con depresión se identificaron como los síntomas más frecuentes: los trastornos relacionados con la alimentación y el sueño, llanto, desesperación, impotencia y desesperanza.²⁸ En una investigación realizada en el municipio Playa, en La Habana, en el período del 2003-2006

en cuanto a los principales síntomas depresivos que presentaron los pacientes, se obtuvieron resultados similares a los de este estudio, que coinciden también con los reportados por Prince, Coppel and otros investigadores.^{29,30} Un estudio que incluyó adultos mayores de 10 países europeos con el objetivo de comparar los síntomas depresivos individualmente, los principales encontrados fueron: la tristeza, los trastornos del sueño, de la concentración y de la motivación así como la fatiga.²⁹ Los médicos listan como promedio de 5 a 15 síntomas útiles para el diagnóstico de depresión, con un rango que va desde 2 hasta 11 síntomas.²⁹

Inseguridad ante las investigaciones genéticas.

Los resultados respecto a la inseguridad ante las investigaciones genéticas y sus motivos se muestran en la Tabla 4, pudiéndose observar diferencias en las actitudes hacia las investigaciones genéticas, donde el 60% de los pacientes y el 50% de los familiares refirieron no tener preocupación con respecto a los estudios genéticos, mientras que los estudiantes y especialistas mostraron inseguridad en el 75% y 55% de los casos respectivamente.

De los motivos señalados por los participantes que

refirieron sentirse inseguros, el más frecuente en cada uno de los grupos de la muestra fue el temor a que pudiera significar que personas con genes de riesgo sufrieran discriminaciones en relación con su trabajo, su vida en la sociedad, la estimación de quienes los rodean; esto fue más evidente en los estudiantes con un 93,3%, seguidos por los pacientes con el 83,3% de ellos, luego el 81,8% y 60% de los especialistas y los familiares respectivamente; la otra causa de inseguridad fue el temor de que nuevos conocimientos pudieran conducir a ensayos inquietantes y descontrolados, ante esta situación los de mayor preocupación fueron los especialistas con un 45,5%, seguidos por el 33,3% de los familiares y luego los pacientes y estudiantes con el 25% y 20% respectivamente.

Las respuestas de los participantes mostraron diferentes actitudes hacia la nueva tecnología médica en general y hacia las genéticas en específico, entre las explicaciones posibles para este fenómeno puede estar la falta de conocimiento sobre las tecnologías y de información en los medios de comunicación; aspectos con los cuales han coincidido otros autores que han realizado estudios similares.

Tabla 4. Inseguridad ante las investigaciones genéticas

Inseguridad ante las investigaciones genéticas	Pacientes (n=30)		Familiares (n=30)		Estudiantes (n=20)		Especialistas (n=20)	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Temo que pueda llevar a pensar que unas vidas valen más que otras.	3	25.0	3	20.0	0	0	0	0
Temo que pueda significar que personas con genes de riesgo sufren discriminaciones en relación con su trabajo, su vida en la sociedad, la estimación de quienes le rodean, etc.	10	83.3	9	60.0	14	93.3	9	81.8
Temo que los nuevos conocimientos puedan conducir a ensayos inquietantes y descontrolados	3	25.0	5	33.3	3	20.0	5	45.5
Otros	0	0	0	0	0	0	0	0
No refiere preocupación.	18	60.0	15	50.0	5	25.0	9	45.0

Fuente: Cuestionario.

Rasmussen y colaboradores señalaron que ante el avance de la biotecnología en el terreno de la medicina, ha surgido una nueva variante de prueba diagnóstica genética que ha dado lugar a dilemas éticos, sociales y médicos hasta ahora no previstos. El diagnóstico predictivo genético le da información a un individuo asintomático sobre el riesgo de desarrollar un padecimiento hereditario. Sus ventajas son terminar

con la incertidumbre y ofrecer la oportunidad de tomar decisiones respecto al futuro; las desventajas son los resultados psicológicos adversos incluyendo el riesgo de que se suiciden, la alteración de la auto-percepción, la potencial discriminación en el empleo y por las compañías de seguros o por otros miembros de la sociedad, los conflictos intrafamiliares y finalmente, en el caso de muchos padecimientos hereditarios,

la falta de estrategias preventivas o curativas.³¹ La privacidad y confidencialidad se ha promovido por las preocupaciones éticas importantes a tener en cuenta en las investigaciones genéticas, en el reconocimiento de los posibles peligros de la discriminación en relación con el cuidado de la salud, seguro y empleo.³² La tabla 5 muestra el comportamiento del conocimiento sobre la depresión, su aceptación y actitudes hacia posibles diagnósticos predictivos y las investigaciones genéticas y la comparación entre estas variables en los diferentes grupos que conformaron la muestra.

Conocimiento sobre la depresión

En relación con el conocimiento sobre la depresión se comportó de manera semejante en todos los grupos, ya que no se detectaron diferencias estadísticas significativas entre ellos ($p=0.0811$). Al analizar las respuestas de las preguntas del cuestionario que se tuvieron en cuenta para determinar el comportamiento del conocimiento, de un total de 17 preguntas, en cada grupo de forma general, predominaron las respuestas correctas en más del 70% de las preguntas; mostrando que el conocimiento es similar en los diferentes grupos; la mayoría de los participantes conocen las características fundamentales de la enfermedad, los factores de riesgo para padecerla y los eventos que pueden desencadenar la crisis; en esto pudo influir que la muestra quedó constituida por personas relativamente jóvenes con una edad promedio de forma general de 41.4 años y los niveles educacionales que predominaron en todos los grupos fueron el medio superior (preuniversitario) y superior (universitario).

En un estudio realizado en el Centro de Investigaciones Psiquiátricas de Dinamarca a pacientes con depresión, sus familiares y estudiantes de medicina no coincidieron estos resultados, ya que en el caso de Dinamarca si se detectaron diferencias entre los grupos, los estudiantes tenían un conocimiento significativamente superior que los pacientes ($t=9.6$ $p<0.001$) y sus familiares ($t=9.9$ $p<0.001$) y a su vez, el de los pacientes fue significativamente superior que el de los parientes ($t=2.6$ $p=0.01$).³³

En Bogotá, Colombia se realizó un estudio donde se obtuvo que hay desconocimiento sobre la depresión por parte de los pacientes y sus familiares ya que

presentan fallas en la identificación de los síntomas típicos de ésta en proporciones mayores al 50%, aproximadamente la mitad de los pacientes no identifican la depresión como una enfermedad mental, lo que coincide con lo hallado en la población peruana donde se detectó déficit de conocimiento en cuanto a diagnóstico, etiología, sintomatología, administración de medicamentos, manejo del paciente y tratamiento.³⁴

Una investigación llevada a cabo en un Hospital Psiquiátrico del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), evaluó y comparó los conocimientos de los médicos y estudiantes de medicina sobre el síndrome depresivo observándose que los estudiantes tienen más conocimientos que los que ya ejercen la profesión, lo que les permitió afirmar que en la educación médica universitaria los programas relacionados con la salud mental incluyen la enseñanza de conocimientos adecuados para detectar y reconocer la depresión mayor, pero indudablemente hay una estrecha relación entre el tiempo transcurrido desde que salen de la universidad y la etapa de la práctica médica en que se encontraban, determinando que esta fue la causa directa de su mal desempeño profesional, ya que no cuentan con programas de educación médica continua que les permitiera mantener un buen nivel educativo a lo largo de su ejercicio profesional que fuera congruente con su carga de trabajo institucional.³⁵

Aceptación de la depresión

Otro aspecto registrado en la tabla 5 fue la exploración realizada sobre la aceptación de la depresión, donde se observó que existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0.0147$) entre los grupos estudiados, la cual está dada por los niveles más bajos de aceptación de la depresión que tienen los familiares y estudiantes respecto a los profesionales. Esta enfermedad constituye un serio problema de salud que puede provocar la discapacidad en las personas que la padecen. Tiene un elevado costo social, afecta la vida familiar, las relaciones interpersonales, interfiere en la superación profesional, lo que reduce la capacidad de adaptación a la sociedad, además de estar estrechamente relacionada con la dependencia alcohólica y el abuso de otras sustancias.

Tabla 5. Comparaciones entre los grupos estudiados para los conocimientos y aceptación de la depresión así como en relación con las actitudes hacia los test predictivos y las investigaciones genéticas.

	Pacientes $\bar{x} \pm DS$	Familiares $\bar{x} \pm DS$	Estudiantes $\bar{x} \pm DS$	Especialistas $\bar{x} \pm DS$	Kruskal-Wallis ^b P	Comparaciones Múltiples (*)
Conocimiento sobre la depresión	22.47 ± 2.75	24.67 ± 3.70	22.80 ± 2.80	24.20 ± 3.12	0.0811	
Aceptación de la depresión	18.83 ± 3.84	18.40 ± 4.16	17.95 ± 3.55	21.70 ± 3.84	0.0147	G 4-2 p=0.0217
Actitudes ante la prueba y la orientación genética.	17.33 ± 3.97	18.03 ± 5.40	17.60 ± 3.52	17.80 ± 4.94	0.5944	G 4-3 p= 0.0379
Actitudes hacia la investigación genética	16.67 ± 2.09	16.23 ± 2.21	16.10 ± 2.47	14.30 ± 3.18	0.0357	G 1-4 p= 0.0385
Presencia de sentimientos de culpa.	6.6 ± 2.79	5.57 ± 3.53	10.05 ± 2.19	6.20 ± 3.12	0.0000	G 3-1 p=0.0047
						G 3-2 p=0.0000
						G3-4 p=0.0027

b: Test Kruskal-Wallis por no normalidad de la variable.

La aceptación es la forma de actuar de una persona ante determinada situación, fenómeno u objeto, que depende del conocimiento que se tiene sobre el tema, pero además en ella influye un componente afectivo; se forma a lo largo de la vida, producto del proceso de socialización, de las experiencias y del intercambio social que opera el individuo.⁵ Lo que explica que a pesar de que el conocimiento de los participantes en el estudio fue similar en todos los grupos, la aceptación no se comportó de igual manera.

Al analizar las respuestas de los incisos del cuestionario que indagaban sobre ese aspecto se pudo comprobar que un porcentaje elevado de estudiantes y familiares estuvieron de acuerdo en que si se reconociera que las enfermedades psiquiátricas tienen un factor hereditario, en la sociedad se va a considerar como menos vergonzoso tener una depresión, representado por el 90% y 80% respectivamente, mientras que en los profesionales esto ocurrió en el 30% de ellos.

Otro aspecto con el que estuvieron de acuerdo los estudiantes y familiares fue en que la mayoría de las personas prefieren evitar la compañía de una persona que está deprimida para un 60% y 93.3% respectivamente. En los familiares, la mitad respondieron afirmativamente en el caso de procurar evitar el contacto en una fiesta con un amigo que

estuviera deprimido y el considerar seriamente el convertirse en pareja de una persona que hubiera tenido una depresión. En los especialistas respondieron de esa manera el 40% y 20% en cada una de esas situaciones. El 60% de los estudiantes refirieron que no le contarían a sus amigos más íntimos en caso de que su hermano/o desarrollara una depresión, esto solo ocurrió en el 5% de los especialistas, mostrándose una menor aceptación de la enfermedad en los familiares y estudiantes. Los profesionales aceptan mejor la patología, probablemente porque son los responsables de diagnosticarla, tratarla, evitar las complicaciones que podría traer consigo, así como educar al paciente y sus familiares sobre sus características, para evitar situaciones desagradables a las que podría llegar el individuo enfermo, logrando su reincisión a la sociedad y por ende mantener el equilibrio biopsicosocial, pero lo más importante es la educación de la población realizando promoción de salud y prevención de la patología. En el estudio realizado en Colombia se encontró que la enfermedad es percibida como una carga para la mayoría de los pacientes que reportan su impacto en la economía familiar, en la discapacidad que produce y las alteraciones de la interrelación con otros, lo que identifica la depresión como una de las enfermedades

de mayor carga, coincidiendo con un estudio llevado a cabo en Alemania donde es considerada como un problema grave, detectándose actitudes desfavorables especialmente en los hombres mayores de 60 años, también el 80% de la población consideraba que los antidepresivos causan adicción y el 69% estaban seguro de que el uso de estos producen cambios en la personalidad; a diferencias de los alemanes la comunidad australiana no ve a la salud mental como un tema de importancia, aunque considera que la depresión es el problema de salud más común, las personas menores de 55 años o con familiares que la habían padecido la veían como una enfermedad más discapacitante que otras enfermedades crónicas. Por otra parte en Suiza se ha encontrado que el 62% de la población considera los pacientes con síntomas depresivos como enfermos mentales.³⁴

Actitudes ante la prueba y la orientación genética
La actitud ante los estudios y la orientación genética (Tabla 5) tampoco mostró diferencias estadísticas significativas entre los grupos, lo que demuestra que la mayor parte de los participantes estuvieron a favor de realizar las pruebas y de recibir orientación genética. En las respuestas del cuestionario aplicado se pudo determinar que en relación con el total de participantes, la mayoría estuvo de acuerdo en realizarse los estudios para determinar su propio riesgo de padecer una depresión o una enfermedad somática, sean cuales sean las posibilidades de tratamiento, ocurriendo así en el 84% y 86% respectivamente; mientras que solo realizarían los estudios si existiera una forma de prevención o tratamiento el 39% y 32% respectivamente. El 57% de ellos estuvo a favor de realizarle las pruebas a sus hijos, fueran cuales fueran las posibilidades de tratamiento; el 91% coincidió en que todo el que lo deseé debe tener acceso a las pruebas genética para enfermedades psiquiátricas. Estas respuestas se comportaron de forma similar en cada uno de los grupos que conformaron la muestra. Se entiende por diagnóstico predictivo el que se hace en un individuo asintomático cuya historia familiar sugiere que está en riesgo de desarrollar un padecimiento hereditario. Entre las ventajas del diagnóstico predictivo se encuentran el poder terminar con la incertidumbre que con frecuencia altera la calidad de vida del individuo en riesgo, darle la oportunidad de tomar decisiones sobre su posible descendencia y sobre sus opciones de vida. En muchos casos mejorar las estrategias de prevención, la vigilancia, el pronóstico y el tratamiento; permitiéndoles tener una estimación más real del riesgo que corren. El prototipo del protocolo de diagnóstico predictivo es el desarrollado para la enfermedad de Huntington,

padecimiento neurodegenerativo hereditario que se inicia en la edad adulta. En términos generales, los individuos que se han sometido a pruebas predictivas, consideran que fue una buena elección y la frecuencia de sucesos catastróficos (suicidio o intento de suicidio) es relativamente baja: 0.97%.³⁰

El proceso de tomar una decisión para realizar una prueba genética predictiva es compleja en el individuo y sus familiares. Algunas actitudes hacia la investigación genética son evidentes en la enfermedad de Alzheimer, sin embargo, varios factores juegan papeles diferentes en poblaciones diferentes, entre ellos están las creencias religiosas, la base étnica y cultural, la estructura social, el acceso a los servicios de salud y la disponibilidad de tecnología genética. En Cuba se han realizado estudios para determinar los deseos, conocimientos y expectativas hacia la investigación genética entre los parientes de las personas afectadas por la Enfermedad de Alzheimer cuyos resultados han sido utilizados para el desarrollo de nuevas estrategias para la educación en genética, los programas asistenciales y el asesoramiento genético en el nivel comunitario.³⁶

Actitudes hacia la investigación genética

La actitud ante las investigaciones genéticas es otro aspecto que se muestra en la Tabla 5, existiendo diferencias estadísticamente significativas ($p=0.0357$) entre los grupos estudiados. Los pacientes apoyan más la investigación genética que los profesionales. De los pacientes, el 60% refirieron sentirse seguro ante la investigación genética en enfermedades psiquiátricas, mientras que en los profesionales ocurrió en el 45% de ellos. El 100% de los pacientes coincidieron en que la investigación genética es interesante y que se actúa por el bien de la humanidad; mientras que en los profesionales estuvieron de acuerdo con lo primero el 85% de ellos y con lo segundo el 90%; en ambos grupos el 100% consideró positiva la investigación genética en enfermedades psíquicas. De forma general consideran positiva la investigación genética para enfermedades psiquiátricas y para todas las enfermedades el 99% y 98% de los participantes en el estudio.

La opinión de las personas a favor de los estudios es de gran importancia, ya que de identificarse los genes responsables de la depresión y poderlos determinar en las personas en riesgo de padecer la enfermedad, ayudaría a disminuir su incidencia, porque se actuaría sobre los restantes factores de riesgo, modificándolos de manera positiva, logrando promover salud y prevenir el inicio y progreso de la patología; por otra parte los adelantos de la ciencia en relación a la genética psiquiátrica y su poca información a través

de los medios de comunicación obliga a elevar el conocimiento sobre el tema no solo por los medios sino a través del personal calificado y preparado para ofrecer toda la información necesaria, así como esclarecer las preocupaciones de todo el que lo solicite mediante el asesoramiento genético psiquiátrico. Resultados similares se obtuvieron en la investigación realizada en Dinamarca donde una gran mayoría de los participantes expresaron su intención hacia los test de forma positiva.³³ De igual forma ocurrió en el estudio llevado a cabo por Delisi y Bertisch donde entre el 75-99% de los participantes expresaron actitudes positivas hacia la investigación genética psiquiátrica en personas que padecen desorden bipolar o esquizofrenia, encontrando que el 56.2% de 48 miembros de familias con esquizofrenia desean realizarse el test.³⁷

Según Laegsgaard, su muestra de pacientes y familiares describieron sus propósitos respecto a la genética psiquiátrica, sus actitudes, expectativas y expresaron las intenciones de que se realicen debates públicos y políticas que involucren en un futuro a la genética psiquiátrica, así como a la planificación de un servicio de asesoramiento genético psiquiátrico.³³

Presencia de sentimientos de culpa.

En el último aspecto de la Tabla 5 se describe la presencia de sentimientos de culpa en los diferentes grupos que conforman la muestra donde se pudo ver que existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0,00000$) entre los grupos estudiados, las que están determinadas por los niveles más altos de presencia de sentimientos de culpa en los estudiantes en comparación con lo reportado por otros grupos. En las respuestas del cuestionario, el 75% de los estudiantes afirmaron sentirse culpables si su hijo desarrollara una enfermedad psiquiátrica porque habría heredado su predisposición genética para la enfermedad, mientras que en el resto de los grupos los que respondieron de esa manera estuvieron por debajo del 45%, de igual manera se comportaron las respuestas afirmativas en las preguntas siguientes: no significaría nada que una posible enfermedad psíquica se debiera principalmente a los genes o a las condiciones del medio ambiente, el grado de culpabilidad que sentiría sería el mismo y que se sentiría culpable de todos modos si su hijo desarrollara una enfermedad psiquiátrica, los estudiantes estuvieron de acuerdo el 30% y 45% respectivamente y en el resto de los participantes respondieron afirmativamente menos del 20% en cada una de las interrogantes. A pesar de

que el conocimiento sobre la depresión se comportó de forma similar en todos los grupos, los estudiantes mostraron menor aceptación de la enfermedad. El sentimiento de culpa es un importante factor de riesgo para el suicidio, conduce a que el individuo se subvalore, pierda el sentido de la vida, crea poco en la solidaridad humana, en los apoyos grupales y evalúe los eventos en los cuales se ve inmerso como imposibles de cambiar; de ahí la importancia de diagnosticar y actuar tempranamente ante esta enfermedad para prevenir el intento suicida o el suicidio consumado, evitando sufrimientos para los paciente y sus familiares.

Percepción del conocimiento sobre la enfermedad.

En la tabla 6 aparecen los resultados de la indagación sobre la percepción del conocimiento sobre la depresión de forma general. No existen diferencias significativas entre la proporción de individuos con conocimiento sobre la depresión caracterizada por la puntuación obtenida en los ítems de la pregunta 2 (46%) y la proporción que responde tener conocimientos sobre la depresión (37%). Sin embargo, el nivel de concordancia entre los dos criterios es bajo ($\kappa=0.1642$), lo cual nos permite afirmar que no se observa una adecuada percepción del conocimiento en los encuestados.

Debido a que la tabla muestra que un 54% de los participantes no respondieron adecuadamente los incisos de la pregunta 2, se puede inferir que es necesario incrementar la divulgación sobre la depresión, a través de los medios de comunicación, por ejemplo, así como la realización de charlas educativas y barrio debates en la comunidad. La percepción del conocimiento de los participantes en relación con la depresión es pobre, lo que influye de forma negativa en la aceptación de la enfermedad y la forma de afrontarla, a pesar de que exista cierto nivel de conocimientos.

La percepción es “la sensación interior resultante de una impresión material, hecha por los sentidos”; es uno de los procesos cognoscitivos, una forma de conocer el mundo. Proceso complejo que depende de la información que el mundo entrega, de la fisiología, las características de la personalidad y las experiencias de quien percibe; éstas afectan el acto perceptivo mismo, por la alteración de los esquemas perceptivos y a otros procesos superiores como son las motivaciones y las expectativas.³⁷

Tabla 6. Percepción del conocimiento sobre la depresión entre los participantes.

Percepción del conocimiento	Conoce sobre la depresión (Responde “Sí”)	No conoce sobre la depresión (Responde “No o No sabe”)
Coneoce sobre la depresión (Puntuación mayor o igual de 24 puntos)	13	33
No conoce sobre la depresión (Puntuación menor de 24 puntos)	24	30

Fuente: Cuestionario Chi-Cuadrado de Mc Nemar = 1.42 p=0.2893 kappa=-0.1642

La **tabla 7** hace referencia de forma general al criterio de los participantes en relación con quiénes deben tener acceso a la información genética, el 99% estuvo de acuerdo en que todas las personas tienen derecho a decidir si quieren conocer o no sus características genéticas; al indagar sobre si el médico de familia y los dirigentes laborales deben ser informados sobre los resultados de los análisis genéticos incluso sin el consentimiento de las personas, el 71% estuvo de acuerdo en que al médico se le informara, mientras que solo el 32% estuvo de acuerdo en que los dirigentes

laborales tuvieran acceso a esa información. Al referirse a si deben someterse a estudios genéticos de enfermedades psiquiátricas las personas llamadas al servicio militar, las que llevan a cabo trabajos de grandes responsabilidades como los pilotos, los individuos que van a adoptar niños o los niños que van a ser adoptados los mayores porcentajes se encontraron en los que estaban de acuerdo con un 87%, 92%, 68% y 63% respectivamente. El 92% de ellos apoyaron que los datos genéticos se deben mantenerse confidenciales.

Tabla 7. Sobre quiénes deben tener acceso a la información genética.

Quien debe tener acceso a la información genética.	Si	%	No	%	No sabe	%
Todas las personas de sí mismas.	99	99,0	1	1.0	0	0
El médico de familia.	71	71.0	27	27.0	2	2.0
Los dirigentes laborales.	32	32.0	66	66.0	2	2.0
Debe someterse a la prueba los llamados al Servicio Militar.	87	87.0	11	11.0	2	2.0
Debe someterse a la prueba los pilotos u otras personas con grandes responsabilidades.	92	92.0	8	8.0	0	0
Debe someterse a la prueba los padres adoptivos.	68	68.0	31	31.0	1	1.0
Debe someterse a la prueba los niños a adoptar.	63	63.0	36	36.0	1	1.0
Todo el mundo debe tener derecho a mantener como confidencial sus datos genéticos.	92	92.0	5	5.0	3	3.0

Fuente: Cuestionario.

En Dinamarca del total de participantes en la investigación el 37.5% apoyaron las investigaciones de la genética psiquiátrica en soldados, el 45.8% lo aprobaron en personas que ocupan trabajos de alta responsabilidad como pilotos, el 22% lo apoyaron en personas que quieren adoptar niños, y el 18.9% en niños que van a ser adoptados, resultados que no coinciden de modo exacto con los obtenidos en la

presente investigación donde los que estuvieron de acuerdo representaron porcentajes mayores.³³

En relación a que los dirigentes laborales tengan acceso a los resultados de los estudios genéticos de sus trabajadores el 96,5% de los participantes en el estudio danés discrepó con ese aspecto, lo que se comportó de forma similar en nuestra investigación, ya que el tener genes de riesgo para una enfermedad

psiquiátrica no significa que necesariamente la va a padecer, porque son enfermedades multifactoriales, donde el efecto ambiental juega un importante papel. Haber estado deprimido en algún momento de la vida no es un impedimento para realizar cualquier trabajo, mientras no presente síntomas.³³

La privacidad y confidencialidad de los resultados de las investigaciones genéticas de las personas ha promovido preocupaciones éticas importantes reconociendo los posibles peligros de la discriminación en relación al cuidado de la salud, el seguro de vida, y el empleo; además dado que en la práctica, los estudios no sólo involucran al individuo sino a un grupo que tiene relación con él, por lo que constituye un reto el oponerse o no al derecho de saber de la presencia de genes de riesgo, respetando la autonomía de las personas, pero con la perspectiva de que el descubrimiento podría proteger un gran número de ellas.³²

Conclusiones

Como resultado de la investigación realizada pudo apreciarse que el nivel de conocimientos sobre la depresión es similar en los grupos estudiados, mientras que la enfermedad es menos aceptada por los familiares y estudiantes de medicina. Todos los participantes tienen conocimiento previo sobre el desarrollo de las investigaciones genéticas, pero es mayor en los especialistas y estudiantes de medicina. Se identificó una actitud similar en todos los grupos en relación con las pruebas predictivas y hacia el asesoramiento genético.

En función de los resultados se diseñó una estrategia preventiva, como parte del Asesoramiento Genético a individuos con depresión y sus familiares, acorde a las características clínicas y sociodemográficas de los encuestados para ser aplicada en el municipio Sagua La Grande.

Referencias bibliográficas:

1. Pérez Martínez VT, Arcia Chávez N. Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet] 2008 Sep [citado 21 Mar 2012]; 24(3):Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000300002&lng=es.
2. Marsiglia G. I. Depresión: Visión holística de la medicina interna. Gac Méd Caracas 2008 Mar;116(1):10-17. ISSN:0367-4762.
3. Vázquez Machado Andrés. La depresión. Rev Cienc Med La Habana 2011; 17(2).
4. Moreno Coutiño A, Medina-Mora Icaza ME. Tabaquismo y depresión. Salud Ment [revista en la Internet]2008Oct [citado 25Abr 2012];31(5):409-415. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000500009&lng=es.
5. Núñez de Villavicencio F, González Menéndez R, Ruiz Rodríguez G, Álvarez González MA, Leal Ortega Z, Suárez Vera DM, et al. Psicología y salud. Ed Ciencias Médicas;2001:76-79.
6. Rojas Betancourt IA. Ética Médica en Cuba. Rev Cubana Genet Comunit 2009 Ener-Abr;3(1):3-4. ISSN:1995-9443.
7. Fors López MM, Sotolongo García Y, Lomba Acevedo P, Mérida González Y, Viada González C. Guía de práctica clínica para el manejo de episodios depresivos y trastornos depresivos recurrentes. Principales resultados de su elaboración. Avances Salud Mental Relacional [Internet]. 2011[citado 14 Jul 2012]; 10(3): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/5472/1/asmr_2011_10_3_4.pdf
8. Álvarez Canals Y. Depresión, fenómeno oculto y latente. Análisis de la depresión en el anciano. Rev Hosp Psiq La Habana 2010; 7(3).
9. Pfeiffer ML. Derecho a la privacidad. Protección de los datos sensibles. Rev Colombiana Bioética 2008 Ener-Jun;3(1):11-36. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=189217248002>.
10. Josué Díaz L, Torres Lio-Coo V, Urrutia Zerquera E, Moreno Puebla R, Font Dariás I, Cardona Monteagudo M. Factores psicosociales de la depresión. Rev Cub Med Mil [revista en Internet] 2006 Sep [citado 21 Nov 2015]; 35(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572006000300009&lng=es.
11. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Innovaciones en la atención de las afecciones crónicas. Rev Panam Salud Publ. 2002;12(1):71-74.
12. Josué Díaz L, Torres Lio-Coo V, Font Dariás I, Cardona Monteagudo M, Sánchez Arrastia D. Depresión oculta en consulta externa. Rev Cub Med Mil [revista en la Internet]2006 Dic[citado 21 Nov 2015]; 35(4):Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572006000400012&lng=es.
13. Hurtado Betancur H, Sánchez Peláez VC, Bedoya Gómez LM. Prevalencia de trastornos mentales en usuarios de consulta psicológica en una universidad colombiana. Rev Psicol.2011 Ener-Jun;3(1).
14. Vázquez A. Relación entre violencia y depresión en mujeres. Rev Neuro-Psiq 2007; 70(1-4):88-95.

15. 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.
16. Gómez-Restrepo C, Bohórquez A, Pinto Masis D, Gil Laverde JFA, Rondón Sepúlveda M, Díaz-Granados N. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Rev Panam Salud Pública* 2004;16(6):378-86.
17. Leyva-Jiménez R, et al. Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007;45 (3): 225-232.
18. Ogilvie AD, Battersby S, Bubb VJ, Fink G, Harmar AJ, Goodwin GM, et al. Polymorphism in serotonin transporter gene associated with susceptibility to major depression. *Lancet* 1996;347: 731-733. PubMed:8602004.
19. Boschetti-Fentanes B. La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar. *Arch Med Fam* 2004 Sep-Dic;6(3):61-3.
20. Espinosa-Aguilar A, Caraveo-Anduaga J, Zamora-Olvera M, Arronte-Rosales A, Krug-Llamas E, Olivares-Santos R, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores. *Salud Mental* 2007 Nov-Dic; 30(6):69-80.
21. Lebowitz B D, Pearson JL, Schneider L S, Reynolds CF, Alexopoulos GS, Bruce MI, et al. Diagnosis and treatment of depression in late life: Consensus statement update. *Journal of the American Medical Association* 1997; 278:1186-1190.
22. Hollon S, Ponniah K. A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults. *Depression and Anxiety*. 2010.
23. Scholten A, MPH. Síntomas de Depresión. Nucleus Medical Media, Inc. 2011. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/healthinformation/depressionmenu.cfm>.
24. 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.
25. Castiel LD, Álvarez-Dardet C. Las tecnologías de la información y la comunicación en salud pública: las precariedades del exceso. *Rev Esp Salud Pública*, Madrid 2005 may-jun;79(3).
26. Davo MC, Álvarez-Dardet C. El genoma y sus metáforas. ¿Detectives, héroes o profetas? *Gac Sanit*, Barcelona 2003 ene-feb;17(1).
27. Lara MA, Acevedo M, Berenzon S. La depresión femenina vista desde la subjetividad de las mujeres. *Cad. Saude Publica*, R. Jan 2004 mai-jun; 20(3):818-828.
28. Copeland JR, Beekman AT, Dewey ME, Hooijer C, Jordan A, Lawlor BA, et al. Depression in Europe. Geographical distribution among older people. *Br J Psychiatry*. 1999; 174:312-21.
29. Castro E, Prince JM. Prevalence of depressive symptoms and syndromes in later life in ten European countries. The SHARE study. *Br J Psychiatry*. 2007; 191:393-401.
30. Rasmussen A, Alonso E. El diagnóstico predictivo genético y sus implicaciones. *Salud Mental* 2002 Feb;25(1):9-13.
31. Bhardwaj M. Looking back, looking beyond: Revisiting the ethics of genome generation. *J Biosci* 2006; 31:167-176.
32. Laegsgaard MM, Mors O. Attitudes and Intentions Among Future Users and Providers. *Neuropsychiatric Genetics* 2008;147B:375-384.
33. Rivero Vargas M, Bohórquez Peñaranda A, Gómez Restrepo C, Okuda Benavides M. Conocimientos sobre la depresión en pacientes que asisten a centros de atención primaria en Bogotá, Colombia. Resultados colombianos del Proyecto Internacional de Depresión. *Rev Colombiana Psiq* 2006; XXXV(1): 9-22. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx>.
34. Flores-Gutiérrez MY, Páez F, Ocampo-Castañeda J, Corona-Hernández F. Los conocimientos de los estudiantes de medicina y del personal médico relacionados con el síndrome depresivo. *Salud Mental* 2000 Dic;23(6).
35. Marcheco-Teruel B, Fuentes-Smith E. Attitudes and Knowledge About Genetic Testing Before and After Finding the Disease-Causing Mutation Among Individuals at High Risk for Familial, Early-Onset Alzheimer's Disease. *Genetic testing and molecular biomarkers* 2009; 13(1): 121-25. doi: 10.1089/gtmb.2008.0047.
36. Delisi LE, Bertisch H. A preliminary comparison of the hopes of researchers, clinicians, and families for the future ethical use of genetic findings on schizophrenia. *Neuropsychiatr Genet* 2006;141B:110-115.
37. Polino C, Fazio ME, Vaccarezza L. Medir la percepción pública de la ciencia en los países iberoamericanos. Aproximación a problemas conceptuales. *Rev Iberoam Cienc, Tecn, Soc, Innovac* 2003 ene-abr;(5).