

Actitudes hacia la depresión, diagnóstico predictivo e investigaciones genéticas en individuos del municipio Diez de Octubre, La Habana.

Attitudes toward depression, predictive diagnosis and genetic research in individuals from Diez de Octubre, Havana.

*Sanny Fernández Blanca,^I Beatriz Marcheco Teruel,^{II} Sue Ferraz Noda,^{III}
Evelyn Fuentes Smith,^{IV} Zoe Robaina Jiménez,^V Ole Mors.^{VI}*

Resumen

La depresión es un importante problema de salud en el mundo que cause una elevada tasa de discapacidad. Como toda enfermedad compleja, sus causas están asociadas a factores genéticos y no genéticos, por lo que existe la necesidad de implementar estrategias de asesoramiento genético que den respuesta a las necesidades de información y atención médica. Con tal propósito se realizó un estudio de corte transversal, analítico, no experimental, de casos y controles con la participación de 100 individuos divididos en cuatro grupos. Se les aplicó un instrumento de recolección de información, previa obtención del consentimiento informado. La muestra se dividió en 30 pacientes con diagnóstico de depresión, 30 de sus familiares de primer grado supuestamente sanos, el resto se conformó con 20 profesionales de la salud y 20 estudiantes de medicina del área clínica y se propuso como objetivos identificar el nivel de conocimiento con relación a la depresión, comparar los conocimientos sobre los estudios genéticos predictivos y las actitudes hacia estos; y diseñar una estrategia de prevención para la enfermedad en el municipio Diez de Octubre. Los resultados obtenidos mostraron que no existe un conocimiento suficiente de la enfermedad por parte de pacientes y familiares a pesar de que un 87% reconoce estar enfermo. Los estudiantes tuvieron una actitud positiva ante la investigación genética, mostrándose más a favor que los pacientes en cuanto a la realización de este tipo de investigaciones. Se diseñó una estrategia para el asesoramiento genético en la cual se consideraron los tres niveles de prevención y las fortalezas del trabajo comunitario.

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

Abstract

Depression is an important health problem in the world that cause a high rate of disability. Like every complex disease, its causes are associated with genetic and non-genetic factors, therefore genetic counseling strategies that respond to the information and medical care are needed. To this end a transversal, analytical, not experimental, case-control study involving 100 subjects was carried out. A data collection instrument was applied, under informed consent. The sample was divided four groups: 30 patients with a diagnosis of depression; 30 of their first-degree relatives, supposedly healthy; 20 health professionals and 20 medical students from the clinical area. Collected information allowed to assess knowledge of depression, compare knowledge and attitudes towards predictive genetic testing, and to design a strategy to prevent this disease in Diez de Octubre. The results showed that there is insufficient knowledge of the disease by patients and family; although 87% admitted being sick. The students had a positive attitude towards genetic research, being more supportive than patients of this type of research. A strategy for genetic counseling was designed where the three levels of prevention and the strengths of community work are included.

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

^I Licenciada en Enfermería, Master en Asesoramiento Genético. Servicio Municipal de Genética Médica de Diez de Octubre, La Habana.

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

^{III} Especialista en Genética Clínica. Servicio Municipal de Genética Médica de Diez de Octubre, La Habana.

Introducción

En los últimos 20 años grandes expectativas han acompañado a las investigaciones en el campo de la genética psiquiátrica, dirigidos principalmente a mejorar el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales, y a la necesidad de desestigmatizar la vinculación del origen de estas enfermedades únicamente a causas biológicas. A través de estos estudios, la genética médica ha experimentado cambios que prometen anticipar el conocimiento sobre la presencia de genes de susceptibilidad para los trastornos mentales y otras enfermedades complejas que influyen limitan la calidad de vida o causan mortalidad precoz. Para ello entre otros aspectos, se requiere conocer las actitudes hacia las investigaciones genéticas y sus nuevas tecnologías para diseñar programas de asesoramiento genético dirigidos a estas enfermedades que posibiliten su prevención, tanto preconcepcional como postnatal.¹

En relación con los trastornos mentales, estadísticas recientes señalan que una de cada cuatro personas padece alguna enfermedad mental a lo largo de su vida y que afectan a 450 millones de personas en el mundo, dentro de estos se le atribuye el 12% a la depresión, que es una enfermedad compleja caracterizada por un conjunto de síntomas que son la expresión de la afectación de diferentes funciones psicológicas: afectividad (tristeza), cognición (desesperanza), psicomotricidad (inhibición) y conducta (hipoactividad), y que produce un grado elevado de invalidez e incapacidad. En el mundo, según indican las investigaciones realizadas para la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial, se estima que la depresión afecta entre el 2,9 y el 15,4 % de cualquier población humana.²

En Cuba, también es un trastorno frecuente y representa una de las razones de mayor demanda de los servicios psicológicos y psiquiátricos en las unidades de los niveles primario y secundario, lo cual explica por qué constituye la cuarta causa de discapacidad en la población activa a nivel internacional, solo precedida por las infecciones de las vías respiratorias, las enfermedades cardíacas, entre otras. Se espera que en el año 2020 sea la segunda causa de morbilidad en el mundo desarrollado.²

En un estudio realizado en el año 2008 en Dinamarca se evaluaron las actitudes hacia las investigaciones genéticas psiquiátricas en un grupo de pacientes

con trastornos mentales, sus familiares y estudiantes de medicina y psicología. Los resultados mostraron un interés general en las investigaciones de genética psiquiátrica para ellos mismos y en niños, pero no recomendaron la realización de estudios prenatales. Las pruebas psiquiátricas y somáticas tienen similar índice de aceptación. Las actitudes generales hacia el acceso a investigaciones genéticas y la información revelan un apoyo sustancial para los principios bioéticos de autonomía y privacidad. Sin embargo, preguntas que exploraban cuestiones más específicas revelaron contradicciones, reflejando los dilemas bioéticos reconocidos en el campo y tipo de variaciones en las actitudes entre los grupos con diferentes niveles de conocimiento de genética, diferentes tipos de experiencia con las enfermedades mentales y diferentes motivos y pre-concepciones con respecto a la genética psiquiátrica.³ En nuestro país han sido pocos los trabajos donde se ha investigado las actitudes de pacientes, familiares en riesgo, profesionales de la salud y médicos en formación hacia el uso de las nuevas tecnologías. El desconocimiento condiciona la estigmatización que existe hacia los pacientes con trastornos psiquiátricos y en particular con los que poseen trastornos afectivos (depresión) y sus factores hereditarios, causando una inadecuada actitud ante la enfermedad y hacia las investigaciones genéticas psiquiátricas y la imprescindible utilización de nuevas tecnologías.⁴

Teniendo en cuenta los antecedentes expuestos y la necesidad de desarrollar estrategias 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 de educación en genética para la población cubana y los profesionales de la salud.¹ Fue propósito de esta investigación diseñar un modelo de estrategia para el asesoramiento genético en la depresión basado en las actitudes y conocimientos de individuos en el municipio Diez de Octubre. Para ello fue necesario identificar el nivel de conocimientos que existe en relación con la depresión en individuos afectados y familiares en riesgo, profesionales de la salud y estudiantes de medicina, comparar los conocimientos

^{IV} Licenciada en Matemáticas. Master en Genética Médica. Centro Nacional de Genética Médica.

^V Especialista de 2do grado en Genética clínica. Centro Nacional de Genética Médica.

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

sobre el desarrollo de las investigaciones genéticas en estos grupos e identificar y comparar el comportamiento de las actitudes hacia los estudios genéticos predictivo y prenatales relacionados con la depresión en pacientes, familiares en riesgo y en estudiantes y profesionales de la salud.

Material y Método

Se realizó un estudio de corte transversal analítico no experimental con casos y controles. Los casos se seleccionaron del Registro Clínico de Enfermedades Comunes con diagnóstico de depresión realizados por Especialistas en Psiquiatría del municipio Diez de Octubre en la provincia La Habana, hasta octubre del 2011.

Definición de casos y de controles

Casos: individuo afectado por depresión, diagnosticado por especialista en psiquiatría y que tuviera antecedentes de padecer un episodio depresivo superior a un mes.

Controles: individuos sin síntomas clínicos de depresión en ninguna etapa de su vida.

Criterios de inclusión para los casos

Consentimiento informado verbal, la aprobación a participar en la investigación.

Tener algún familiar de 1^{er} grado no afectado de depresión, dispuesto a participar en la investigación. Se excluyeron del estudio los casos que al momento de realizar el cuestionario se encontraban en un episodio agudo de depresión o que a criterio del experto del equipo de salud mental no colaborarían en las respuestas.

Criterios de inclusión para los controles

Consentimiento informado, la aprobación a participar en la investigación.

Mayoría de edad.

Criterio de exclusión

Individuos que hubiesen presentado síntomas o diagnóstico previo de depresión.

La muestra a estudiar estuvo constituida por 100 individuos, distribuidos de la siguiente manera:

30 pacientes con diagnóstico de depresión, seleccionados a partir del registro de familias con enfermedades comunes y con confirmación del diagnóstico con el psiquiatra del área o del centro de salud mental.

30 familiares de primer grado, uno por caso, de los pacientes en cuestión. Este familiar no tuvo síntomas ni diagnóstico previo de depresión.

20 estudiantes de medicina del área clínica entre tercero y sexto años.

20 profesionales de la salud: especialistas de genética clínica, psiquiatría, másteres en asesoramiento genético y especialistas en MGI.

Se aplicó un cuestionario previamente validado en Cuba y Dinamarca de 100 preguntas, relacionadas con los temas de interés para la investigación contemplando los siguientes acápites:

- Experiencias con la depresión.
- Conocimientos sobre la depresión y las relaciones genéticas.
- Aceptación de la depresión.
- Actitudes ante la prueba y la orientación genética.
- Actitudes hacia la investigación genética.
- Acceso a la información genética.
- Consecuencias personales.
- Datos personales.

Los resultados obtenidos se procesaron estadísticamente, fueron representados en tablas y gráficos para su mejor comprensión, los mismos fueron discutidos y comparados con otros estudios nacionales e internacionales, lo cual permitió llegar a conclusiones y emitir recomendaciones.

Operacionalización de las variables para el estudio

Variable	Tipo	Descripción	Evaluación
Edad	Cuantitativa discreta	Años cumplidos	Rango
Escolaridad	Cualitativa ordinal	Grado terminado - Primario - Secundaria Básica - Técnico Medio - Preuniversitario - Universitario	Frecuencia absoluta y Porcentaje
Sexo	Dicotómica Nominal	- Masculino - Femenino	Frecuencia absoluta y Porcentaje
Número de hijos	Cuantitativa discreta	Total de hijos por rango: - 0 hijos - 1-2 hijos - 3 y más hijos	Frecuencia absoluta y Porcentaje
Presencia de sentimientos de culpa	Cuantitativa discreta	Suma de la puntuación obtenida en los ítems 7.2-7.6	Media \pm Desviación estándar

Variable	Tipo	Descripción	Evaluación
Estado civil	Cualitativa politómica nominal	-Soltero -Casado -Conviviendo con pareja. -Antes convivía con pareja -Divorciado -Viudo	Frecuencia absoluta y Porcentaje
Religión	Cualitativa politómica nominal	Según la religión que profesa.	Frecuencia absoluta y Porcentaje
Antecedente familiar de depresión	Cuantitativa discreta	Según número de familiares con depresión	Frecuencia absoluta y Porcentaje
Conocimientos sobre la depresión	Cuantitativa discreta	Suma de la puntuación obtenida en los ítems 2.1 al 2.17 (excluyendo la pregunta 2.14)	Media± Desviación estándar
Aceptación de la depresión	Cuantitativa discreta	Suma de la puntuación obtenida en los ítems 3.1- 3.14, excepto ítems 3.10a, 3.10b, 3.10c y 3.10.d	Media ± Desviación estándar
Actitudes ante la prueba y la orientación genética	Cuantitativa discreta	Suma de la puntuación obtenida en los ítems 4.1 al 4.11	Media ± Desviación estándar
Actitudes hacia la investigación genética	Cuantitativa discreta	Suma de la puntuación obtenida en los ítems 5.2 al 5.12, excluyendo el 5.6	Media ± Desviación estándar

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 las frecuencias absolutas y relativas en tablas o gráficos. 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 sé”; 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 χ^2 de Mc Nemar; que toma en consideración el par de valores donde los métodos

difieren y se calcula como sigue: $\chi^2 = (c - b)^2 / (c + b)$. En todos los análisis se consideró un nivel de significación $\alpha < 0,05$.

Finalmente se diseñó una estrategia preventiva apoyada metodológicamente en el Asesoramiento Genético a individuos y/o familiares con riesgo de depresión. Se tuvieron en cuenta los elementos básicos, es decir: diagnóstico, estimación de riesgo, comunicación y soporte o basamento, y los principios generales de la ética médica: autonomía, la beneficencia, la no maleficencia, la proporcionalidad y la justicia.^{5,6}

Aspectos éticos de la investigación

En el estudio se respetó la voluntad de participar en la investigación, y el derecho de no continuarla. El consentimiento informado se les solicitó a todos los participantes de forma verbal. La información obtenida se archivó en lugar seguro, donde solo fue utilizada por los investigadores con carácter confidencial. En la base de datos no se incluyó nombres, ni direcciones. Este estudio forma parte de un proyecto de investigación del Centro Nacional de Genética Médica aprobado por su comité científico y comité de ética.

Resultados y Discusión

Se agruparon las variables relacionadas con el comportamiento demográfico de los participantes, tanto pacientes como controles y se resumen en la tabla 1. Se observó que el mayor número de pacientes deprimidos se encuentra en el grupo de 42 a 62 años

de edad (43,3%). Esto coincide con lo encontrado en la bibliografía consultada acerca de la prevalencia de la enfermedad según la edad, siendo más frecuente en la segunda y tercera décadas de la vida.⁷ El predominio del síndrome está determinado por la contribución del estrés psicosocial y la influencia de los factores genéticos que pueden interactuar afectando a este grupo poblacional, el cual se encuentra en la edad productiva y con responsabilidades familiares, un mayor roce social y vínculo laboral.⁸ También se ha observado que en las formas unipolares, la edad promedio de inicio es 43 años, más del 10% de los casos aparece después de los 60 años.⁹

En nuestro estudio observamos que prevaleció el sexo femenino en la totalidad de los grupos entrevistados. De los pacientes encuestados, 25 fueron mujeres, para un 83%. Resultados que se corresponden con los obtenidos por Torres y Mingote acerca de la prevalencia del sexo femenino en esta enfermedad. Se ha planteado que esto puede deberse a que el sexo femenino tiene mayor disposición de asistir a las consultas en busca de ayuda y tienen más facilidad de expresar lo que siente frente a su médico sin cohibirse,

a diferencia del sexo masculino. Una observación casi universal, independientemente del país o la cultura, es que este trastorno tiene una prevalencia dos veces mayor en las mujeres que en los hombres (2:1). Algunas hipótesis argumentadas para explicar estas diferencias son los factores hormonales, mayor nivel de estrés psicosocial para las mujeres respecto a los hombres, dado por la sobrecarga de trabajo (centro laboral y el hogar), crianza de los hijos, prejuicios sociales lo que la convierte en más vulnerable.¹⁰⁻¹³

En nuestra investigación, el porcentaje más elevado de pacientes posee estudios universitarios, 37%, lo que demuestra el nivel de preparación que posee la población general. A pesar de estos resultados, la depresión se presenta en todas las culturas y clases sociales, con independencia de edad, sexo, posición económica, nivel escolar u otro factor invocado.^{14,15} Lo que no se corresponde con investigaciones donde otros autores han planteado que se presenta con mayor frecuencia en las clases sociales de menos recursos y puede estar asociado en algunos casos con la edad del paciente, oportunidad social y la forma de enfrentar las adversidades de la vida.⁴

Tabla 1. Comportamiento de las variables demográficas según casos y controles

		Pacientes n= 30	Familiares n=30	Estudiantes n=20	Especialistas n=20
Edad	Menor de 20 años	2 (7%)	1 (3,3%)	1 (5%)	0
	21 – 41 años	11 (37%)	14 (47%)	19 (95%)	8 (40%)
	42 – 62 años	13 (43,3%)	11 (37%)	0	12 (60%)
	Más de 63 años	4 (13,3%)	4 (13,3%)	0	0
Sexo	Masculino	5 (17%)	11 (37%)	5 (25%)	1 (5%)
	Femenino	25 (83,3%)	19 (63,3%)	15 (75%)	19 (95%)
Nivel educacional	Primaria	0	2 (7 %)	0	0
	Secundaria	4 (13,3%)	0	0	0
	Técnico Medio	9 (30%)	10 (33,3%)	0	0
	Preuniversitaria	6 (20%)	6 (20%)	20 (100%)	0
	Universitaria	11 (37%)	12 (40%)	0	20 (100%)
Estado civil	Solitario	4 (13,3%)	5 (17%)	9 (45%)	2 (10%)
	Casado	8 (27%)	11 (37%)	2 (10%)	10 (50%)
	Conviviendo con pareja	5 (17%)	7 (23,3%)	9 (45%)	3 (15%)
	Antes convivía con alguien	3 (10%)	3 (10%)	0	0
	Divorciado	9 (30%)	2 (7%)	0	5 (25%)
	Viudo	1 (3,3%)	2 (7%)	0	0
Cantidad de hijos	No tienen	6 (20%)	5 (17%)	20 (100%)	1 (5%)
	1-2 hijos	19 (63,3%)	23 (78%)	0	17 (85%)
	3 y más hijos	5 (17%)	2 (7%)	0	2 (10%)
Religión	Católico	7 (23,3%)	4 (13,3%)	4 (20%)	5 (25%)
	Protestante	4 (13,3%)	0	2 (10%)	0
	Creencias africanas	7 (23,3%)	8 (27%)	3 (15%)	2 (10%)
	Ateo	12 (40%)	18 (60%)	11 (55%)	13 (65%)

Fuente: Base de datos

Según el estado civil, la depresión se presentó en un mayor número de pacientes que no tienen pareja estable, 17 para un 57%, seguido de los casados con un 27%. Con respecto a los familiares de primer grado la mayor parte estaban casados (37%) y en el grupo de los estudiantes existía igual número de solteros y conviviendo con pareja (45%). En el grupo de los profesionales el 50% estaban casados. Desde el punto de vista psicosocial los cambios vitales en la vida de una persona ya sean positivos o negativos pueden en un momento determinado provocar alguna situación que precipite esta enfermedad, el tener una pareja puede llevar a la persona a una felicidad extrema, el no tenerla puede significar para algunos el fracaso total en su vida personal. El deseo de acercamiento y devoción hacia el ser amado, un sentimiento y una necesidad de compartir en la vida de este, ayudarlo y recibir su apoyo resulta agradable y placentero para cada persona en particular. Según la literatura las personas que no tienen pareja (viudo, separado o divorciado) parecen más proclives a deprimirse (4-7%); esto puede relacionarse con la falta de un apoyo social cercano, íntimo en esta etapa de la vida, 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.¹⁶⁻¹⁹

Con excepción del grupo de estudiantes que no tenían hijos, el resto de los grupos poseían en su mayoría entre uno y dos hijos. Para los pacientes el 63,3%, para los familiares de primer grado 78% y un 85% en los profesionales de la salud. Es importante este

acápito a la hora de establecer riesgos en grupos poblacionales. El diagnóstico temprano permite ofrecer la orientación médica correspondiente ante las tendencias a embarazos no planificados en edades muy tempranas y a embarazos planificados en edades avanzadas. En nuestro país se lleva a la práctica con el Programa Nacional de Diagnóstico Manejo y Prevención de Enfermedades Genéticas y Defectos Congénitos surgido en los años 80.²⁰

En cuanto al aspecto religioso en los cuatro grupo existen creyentes. Sin embargo, la mayoría de los sujetos en los cuatro grupos refirieron no poseer creencias religiosas, comportándose de la siguiente forma: familiares de primer grado (60%), profesionales (65%), estudiantes (55%) y en el grupo de los pacientes (40%). En los cuatro grupos analizados no existieron diferencias entre la inclinación por las religiones católicas o africanas. Las creencias que tienen las personas son muy importantes a la hora de enfrentar la vida y pueden modular la toma de decisiones haciéndoles más viable la existencia. Los elementos culturales pueden influir en el desarrollo y aparición de la depresión y de otros trastornos mentales. Estudios sociológicos y antropológicos se han empleado para conocer el entorno de las creencias culturales como el factor principal que determina la conducta en el estado de salud, logrando identificar elaboraciones propias de las diversas subregiones étnicas para explicar la enfermedad mental. El especialista, para lograr entender al paciente y su enfermedad debe comprender al hombre en su entorno, aquel donde construye su saber.^{2, 21, 22}

Tabla 2. Experiencia con la Depresión. Antecedentes patológicos familiares de los casos y controles con respecto a la depresión.

Hay familiares con depresión	Pacientes nº= 30	Familiares nº=30	Estudiantes nº=20	Especialistas nº=20
Madre	11 (37%)	16 (53%)	2 (10%)	1 (5%)
Padre	3 (10%)	2 (7%)	1 (5%)	0
Hermanos	4 (13,3%)	20 (66%)	1 (5%)	3 (15%)
Hijos	2 (7%)	5 (17%)	0	0
Familiares de 1 ^{er} grado	13 (43,3%)	30 (100%)	4 (20%)	4 (20%)
Abuelos	8 (27%)	7 (23,3%)	4 (20%)	0
Tíos paternos / maternos	6 (20%)	8 (27%)	3 (15%)	0
Tías paternas / maternas	1 (3,3%)	1 (3,3%)	1 (5%)	0
Nietos	1 (3,3%)	0	0	0
Sobrinos	1 (3,3%)	0	0	0
Familiares de 2 ^{do} grado	12 (40%)	12 (40%)	6 (30%)	0
He tenido un (a) cónyuge que ha sufrido depresiones	6 (20%)	7 (23,3%)	8 (40%)	4 (20%)

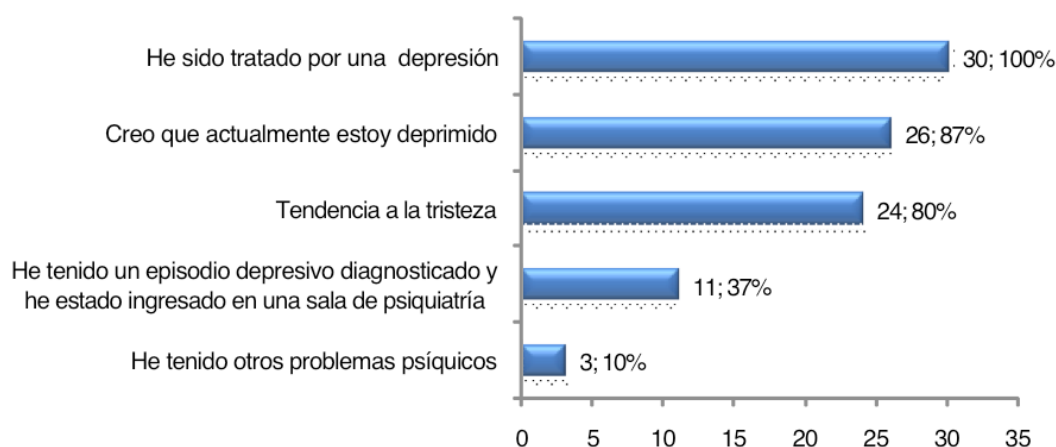
Fuente: Base de datos

Al analizar los antecedentes patológicos familiares (tabla 2), los pacientes encuestados refirieron en un 43% tener algún familiar de primer grado afectado con depresión (madres 37%) y en familiares de segundo grado en un 40%. En los estudiantes y especialistas los antecedentes de depresión estuvieron por debajo del 30%, lo que fue considerado por el equipo investigador como no relevante. En estudios realizados en los trastornos afectivos se ha determinado que la enfermedad unipolar depresiva es el trastorno más frecuente en los familiares de primer grado. Las tasas de concordancia en gemelos monocigóticos y dicigóticos son del 67% y 20% respectivamente.

Aunque la concordancia para la polaridad del trastorno afectivo aparece en la mayoría de los casos familiares, un 25% son trastornos afectivos unipolares. En los estudios de adopción se demostró una elevada prevalencia del trastorno afectivo en los padres biológicos demostrándose que estos trastornos tiene una base genética.^{23,24}

El riesgo de recurrencia en los familiares para una enfermedad multifactorial está influenciado por la severidad de la enfermedad, el grado de relación con el caso índice, por el número de familiares cercanos afectados y, si existe una mayor incidencia en un sexo particular, por el del caso índice.^{23,24}

Figura 1. Experiencias con la depresión que han tenido los pacientes encuestados



Fuente: Base de datos

Según los datos obtenidos y representados en la figura 1, el 87% de los pacientes reconocen estar deprimidos actualmente, otro porcentaje similar (80%) posee tendencia a la tristeza, lo que no se corresponde con lo reportado en la literatura de manera regular. Las palabras claves que describen la experiencia de los pacientes son: rechazo, desconocimiento, lenguaje ofensivo no hay apoyo, hay que estar distantes, los medios de información no anuncian correctamente, dependencia, cambia la vida, bajo nivel de autoestima, falta de autonomía y libertad. Se asume positivamente que el paciente conozca y comprenda en qué consiste la enfermedad, su pronóstico, el momento en que se presenta y las circunstancias que lo rodean, de esta forma resultaría decisiva su actitud ante la enfermedad y ante el diagnóstico lo que puede determinar positivamente en la actitud ante el tratamiento y recuperación del mismo. En ocasiones los pacientes deprimidos distorsionan sistemáticamente sus experiencias en dirección negativa y tienen una concepción global negativa de

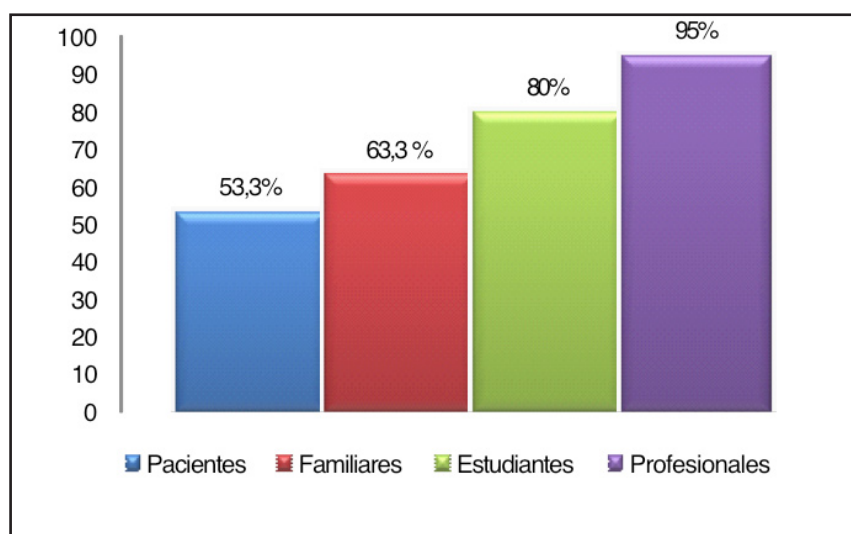
sí mismos y de sus experiencias. Por lo que se buscan modos de aprendizaje altamente específicos dirigidos a enseñar a controlar los pensamientos (cogniciones), identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta y examinar la evidencia a favor y en contra de los pensamientos distorsionados.²⁵ Esto no lo hacen de forma consciente un ejemplo de ello son las distintas formas clínicas de manifestarse la enfermedad, en la niñez y la adolescencia puede presentarse como un trastorno de conducta, bajo rendimiento escolar, promiscuidad sexual, irritabilidad, falta del sentido del humor, tristeza, baja autoestima, aislamiento, trastornos del sueño, modificaciones en el peso y el apetito, hiperactividad, un abuso de sustancias o un intento suicida y en el caso de los ancianos en muchas ocasiones la depresión se presenta como un dolor crónico para el cual no existe una explicación somática, un insomnio como único síntoma o la llamada pseudodemencia depresiva que imita un cuadro demencial que desaparece con el tratamiento antidepressivo.^{6,16-19}

Unporcientomenor(37%)hasidoingresadopor causas de depresión. Como era de esperar, la experiencia de la hospitalización suele modificar de manera radical el proyecto de vida del paciente, genera cambios en la percepción de sí mismo, deterioro de la calidad de la interacción social y se generan conductas de evitación, se reduce la oportunidad de los contactos sociales y se aísla, se reduce su iniciativa para generar interacciones y comportamientos de reciprocidad.

Según se comenta en la literatura, el trastorno depresivo mayor tiende a la cronicidad y los pacientes suelen recaer. Los pacientes que han sido hospitalizados por un primer episodio depresivo tienen un 50% de posibilidades de recuperarse durante el primer año.

El porcentaje de individuos que se recuperan tras la hospitalización disminuye con el paso del tiempo y, a los 5 años de esta hospitalización un 10 ó 15% de los pacientes no se ha recuperado. La recurrencia de los episodios depresivos mayores es frecuente; aproximadamente un 25% de los pacientes la experimentan en los primeros 6 meses siguientes a la alta hospitalaria, de un 30% a un 50% en los primeros dos años, y entre un 50% y un 75% antes de cinco años. En general, a medida que el paciente sufre más episodios depresivos, el tiempo entre estos se reduce y la levedad se incrementa. La depresión mayor se vuelve crónica en un 30% de los pacientes.²⁶

Figura 2. Conocimiento previo sobre investigaciones genéticas en los encuestados



Fuente: Base de Datos

Como era de esperar los profesionales poseen un mayor conocimiento sobre investigaciones en genética (95%), así como los estudiantes de medicina (80%), con respecto a los pacientes (53,3%) y los familiares de primer grado (63,3%). A pesar de esa diferencia, es justo reconocer que estos últimos, aunque no poseen estudios relacionados con la salud tienen un alto grado de información, que pudiera estar relacionado con los niveles educativos que presentan o la propia experiencia con sus familiares. (Figura 2) Estos resultados se corresponden con otras investigaciones en las que los familiares tienen mayor conocimiento que los propios pacientes. También concuerda en relación con el hecho de que los profesionales y estudiantes tengan un conocimiento mayor del tema que pacientes y familiares.³ Son requisitos de la medicina preventiva del siglo XXI, proporcionar a la población general, a individuos y familias afectadas por enfermedades genéticas y defectos congénitos, acceso a la atención médica especializada, a los

conocimientos actualizados sobre los recursos disponibles para el tratamiento y diagnóstico temprano, a informarse sobre las alternativas posibles según los riesgos de recurrencia y de las posibilidades de prevención; y de disponer de estos estudios cuando sean necesarios.²⁸

En la tabla 3 se recogen los síntomas clínicos que reconocen los encuestados como característicos de la depresión sin que exista una diferencia significativa entre los cuatro grupos. Mencionamos a continuación los que se seleccionaron con mayor frecuencia (>60%): tristeza 98%; seguido por el desánimo o pérdida del interés 92%, los pensamientos sobre la muerte y el suicidio 80%, dificultad para dormir 77%, evitar el contacto con los demás 75%, menos confianza en sí mismo 72%, cambio de apetito y peso 69%, autorreproches o sentimientos de culpabilidad 68%.

Según lo mostrado en la tabla los síntomas que manifiestan las personas encuestadas coinciden

con la literatura revisada,²⁹⁻³¹ como se expone en el marco teórico los cuales cumplen con los criterios que permiten diagnosticar una depresión según el Manual diagnóstico y estadístico de la Asociación

Americana de Psiquiatría (DSM-IV) y la clasificación internacional de enfermedades mentales (CIE 10) y la división de síntomas típicos y otros síntomas.³¹

Tabla 3. Signos y síntomas clínicos de la depresión

Síntomas Clínicos	Pacientes n= 30	Familiares n=30	Estudiantes n=20	Especialistas n=20	Total
Tristeza	29	29	20	20	98%
Desánimo o pérdida de interés	25	28	19	20	92%
Pensamientos sobre la muerte y el suicidio	24	24	15	17	80%
Dificultad para dormir	23	26	14	14	77%
Evitar el contacto con los demás	22	23	13	17	75%
Menos confianza en sí mismo	23	23	13	13	72%
Cambio de apetito y peso	17	19	17	16	69%
Autorreproches o sentimientos de culpabilidad	24	20	14	10	68%
Problemas de concentración y de pensar	14	18	7	16	55%
Falta de energía, una mayor tendencia a cansarse	17	16	7	11	51%
Movimientos físicos más lentos	15	15	8	10	48%
Desconfianza hacia los demás	17	15	3	2	37%
Mayor agresividad	15	12	3	1	31%
Alucinaciones	6	5	1	0	12%
Hiperactividad	4	4	0	0	8%

Fuente: Base de datos

De manera general, las personas encuestadas expresaron su temor por la discriminación que pudieran sufrir las personas con genes de riesgo, pues en los cuatro grupos más del 50% reportaron esta opinión (Tabla 4). Un porcentaje menor de los encuestados teme que los nuevos conocimientos conduzcan a ensayos inquietantes y descontrolados. Existen enfermedades que por su mayor o menor gravedad implican un rechazo social o tal vez así lo

consideran algunas personas, esto se debe más bien al bochorno o pérdida del prestigio social que al riesgo biológico que se le atribuye. Los pacientes deprimidos no sólo se encuentran sometidos al sufrimiento que ocasiona la propia enfermedad que están padeciendo, sino también la incomprensión de las personas que les rodean y en no pocas ocasiones los prejuicios y el estigma asociado.⁴

Tabla 4. Motivos de inseguridad respecto a las investigaciones genéticas según casos y controles.

	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.	4 (13%)	4 (13%)	0	1 (5%)
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, etc.	18 (60%)	16 (53%)	10 (50%)	13 (65%)
Temo que los nuevos conocimientos puedan conducir a ensayos inquietantes y descontrolados	9 (30%)	7 (23%)	5 (25%)	5 (25%)
Otros	4 (13%)	3 (10%)	1 (5%)	2 (10%)

Fuente: Base de datos

El estigma alrededor de la enfermedad mental es un fenómeno global que tiene un impacto importante sobre el acceso a los servicios de salud y en el desempeño social y laboral de los pacientes. Las consecuencias negativas del estigma incluyen el ostracismo y el aislamiento, la desmoralización, la desesperanza, la baja autoestima y una menor búsqueda de ayuda. En ocasiones, el efecto del rechazo y el estigma puede ser más nocivo que los síntomas mismos. El estigma percibido predice, por ejemplo, el bajo cumplimiento del tratamiento farmacológico en pacientes con depresión.³²

En lo referente al individuo se plantean los tres tipos de estigmas:⁴

- El estigma sobre su enfermedad mental.
- El estigma personal sobre la actitud de uno hacia una persona con una enfermedad mental.
- La actitud o creencias de uno sobre las actitudes de otros hacia una persona con enfermedad mental.

La importancia del comportamiento discriminatorio ha sido clara por largos años en términos de las experiencias personales de pacientes y en condiciones de efectos devastadores en las relaciones personales. El comportamiento de otros puede traer una desventaja mayor que la condición primaria, en este caso la depresión.⁴

Diferentes declaraciones y acuerdos internacionales sobre investigaciones con participación de seres humanos, coinciden en afirmar que toda investigación o experimentación realizadas debe hacerse de acuerdo a tres principios éticos básicos: respeto a las personas,

la búsqueda del bien y la justicia. El respeto a las personas incorpora al menos, dos consideraciones éticas fundamentales:³³

- El respeto a la autonomía, que exige que a quienes tienen la capacidad de considerar detenidamente el pro y el contra de sus decisiones se les debe tratar con el debido respeto por su capacidad de autodeterminación, y

- La protección de las personas con autonomía menoscabada o disminuida, que exige que quienes sean dependientes o vulnerables reciban resguardo contra el daño o el abuso.

Las personas deben ser informadas sobre la finalidad, los riesgos, los beneficios y las alternativas a la investigación, el derecho de participar o no en estos estudios y de retirar su consentimiento en cualquier momento, por lo que se solicita por escrito el consentimiento informado y la voluntariedad de la persona.³³

El Ministerio de Salud Pública de Cuba, a través de la resolución Ministerial N°110 del 31 de julio de 1997, sobre investigaciones, refrenda estas afirmaciones y acuerdos internacionales y además establece la creación y el funcionamiento de los Comité de Éticas de la Investigación, en las instituciones del Sistema de Salud, los cuales tienen como función:³³

- Garantizar la protección de derechos de los individuos, ecosistema y grupos sociales sometidos a investigaciones científicas.
- Velar por la validez científica y la justificación ética y social de los proyectos de investigación.

Tabla 5. Comparaciones múltiples en relación con conocimientos, aceptación y actitudes hacia la depresión y la asesoría genética.

	Pacientes $\bar{x} \pm DS$	Familiares $\bar{x} \pm DS$	Estudiantes $\bar{x} \pm DS$	Especialistas $\bar{x} \pm DS$	p	T CM
Conocimientos sobre la depresión	21,87 \pm 2,11	21,60 \pm 3,61	22,65 \pm 3,03	24,45 \pm 2,44	0,0051 ^a	G1-4 p=0,0259
Aceptación de la depresión	18,97 \pm 4,71	17,83 \pm 4,89	18,70 \pm 4,03	20,85 \pm 3,84	0,1447 ^a	G2-4 p=0,0108
Actitudes ante la prueba y la orientación genética	16,00 \pm 3,86	17,80 \pm 3,87	18,80 \pm 3,38	16,35 \pm 4,89	0,0652 ^a	
Actitudes hacia la investigación genética	13,40 \pm 2,95	14,33 \pm 3,13	15,55 \pm 3,80	14,65 \pm 2,89	0,04380 ^b	G1-3 p=0,0346
Presencia de sentimientos de culpa	8,33 \pm 3,44	7,57 \pm 3,5	7,15 \pm 3,31	6,20 \pm 3,09	0,1780 ^a	

Fuente: Base de datos TCM: Test de comparaciones múltiples a: ANOVA b: Test Kruskal-Wallis por no normalidad de la variable

Conocimientos sobre la depresión

Existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0,0051^a$) entre los grupos estudiados para el nivel de conocimiento sobre la depresión. Esta diferencia está dada por el nivel de conocimientos menos elevado que tienen los pacientes y familiares respecto al nivel de conocimientos de los especialistas (Tabla 5).

Un estudio realizado en el año 2011 en Cuba donde se evaluó un programa de intervención educativa en cuanto al nivel de conocimientos sobre depresión en los familiares de adultos mayores, encontró que los familiares presentaron niveles bajos de conocimiento en cuanto a identificar trastornos afectivos en el adulto mayor (96,9%), lo que muestra la insuficiencia de conocimientos que existe en la población y a la vez reafirma la necesidad de facilitarles las herramientas necesarias para identificar precozmente los trastornos afectivos, hacer frente a estos cambios y tomar decisiones adecuadas para asegurarles una mejor calidad de vida. Como sistema social y como red de apoyo social informal, la familia, juega un papel importante no solo en el proceso generador de las enfermedades sino en el de su rehabilitación, en la medida en que cumpla con sus funciones básicas.³⁴

Actitudes hacia la investigación genética

Existen diferencias estadísticamente significativas $p=0.04380^b$ entre los grupos estudiados para la actitud hacia las investigaciones genéticas (Tabla 5). Para la variable continua que cuantifica la actitud positiva ante la investigación genética los estudiantes tienen una media estadísticamente superior respecto a los casos (pacientes). Los estudiantes en comparación con los pacientes están más a favor de que se realicen este tipo de investigaciones. Como es lógico los estudiantes poseen conocimientos adquiridos en la carrera de Medicina que contribuyen a comprender la importancia de este tipo de investigaciones.

Los resultados de nuestra investigación coinciden con un estudio realizado en Estados Unidos donde se evaluó la actitud de estudiantes universitarios ante la investigación prenatal y la terapia génica en

humanos con afecciones mentales. La mayoría apoyó las investigaciones para los desórdenes psiquiátricos y de la conducta, al encontrar beneficios para los pacientes y la sociedad en general, ya que proveen de nuevos conocimientos útiles para la comprensión de la etiopatogenia, así como sus tratamientos.³⁵ En un estudio realizado en Dinamarca se evaluaron las actitudes hacia las investigaciones genéticas psiquiátricas en un grupo de pacientes, sus familiares y estudiantes de medicina y psicología. Los resultados mostraron un general interés en las investigaciones genéticas psiquiátricas en ellos mismos y en niños, pero no así en cuanto a la realización de estudios prenatales. Las pruebas psiquiátricas y somáticas atraen la misma cantidad de aceptación.³ Revisamos otros estudios acerca de actitudes hacia investigaciones genéticas en pacientes, familiares y personal de la salud. Los pacientes y sus familiares muestran un gran interés en estudios predictivos y diagnósticos y un gran número de psiquiatras muestran su entusiasmo. Los padres muestran un sorpresivo grado de interés en pruebas predictivas en niños, aun cuando no existe disponibilidad de intervenciones preventivas. Muchas personas reportan que pueden modificar sus estilos de vida y planes de matrimonio y planificación familiar en respuesta a los resultados de las pruebas.³⁶

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la percepción de los conocimientos que tiene cada cual y lo que realmente conoce (Tabla 6). Solo coincide en una buena percepción de sus conocimientos el 60% de la muestra. El 33% considera conocer poco a pesar de que responde correctamente más del 75% de las preguntas sobre el conocimiento de la depresión, y un 7% dice que conoce sobre depresión y no responden correctamente las preguntas. Generalmente, las personas subestiman los conocimientos que poseen de cualquier tema que se aparte del oficio o profesión que estudiaron, de ahí que esta diferencia entre lo que realmente saben, superior a lo que creen que saben, es algo que no sorprendió al equipo investigador.

Tabla 6. Autopercepción del conocimiento sobre depresión según casos y controles.

	Conoce sobre la depresión (Responde SI)	No conoce sobre la depresión (Responde NO o NO SABE)
Conoce sobre la depresión (Puntuación mayor de 24 puntos)	4	33
No conoce sobre la depresión (Puntuación menor de 24 puntos)	7	56
Chi-Cuadrado de Mc Nemar =16,9 $p=0,0000$		

Fuente: Base de datos

La tabla 7 resumen un aspecto de alta importancia por las consideraciones bioéticas que contiene. La mayoría de los encuestados coincidieron en que todas las personas tienen derecho al conocimiento su características hereditarias (95%). Un 81% está de acuerdo en realizarles pruebas genéticas a personas con altas responsabilidades y el derecho a mantener la confidencialidad de los datos genéticos (84%). La minoría considera que los dirigentes laborales deben poseer información genética de sus trabajadores.

Tabla 7. Acceso a la información genética

A favor	
Las personas deben tener derecho de conocer sus características hereditarias	95%
Todo el mundo debe tener derecho a mantener como confidencial sus datos genéticos	84%
Debe someterse a la prueba los pilotos u otras grandes responsabilidades	81%
Debe someterse a la prueba los llamados al servicio militar	65%
Debe someterse a la prueba los padres adoptivos	61%
Debe someterse a la prueba los niños a adoptar	57%
Debe tener acceso a la información genética el médico de la familia	35%
Debe tener acceso a la información genética los dirigentes laborales	17%

Fuente: Base de datos

Este es un tema que ha generado controversia desde que se iniciaron las investigaciones genéticas. Existe un estrecho margen entre lo beneficioso y lo perjudicial de estas investigaciones, así como la manipulación genética que abre brechas para ser utilizada con fines no terapéuticos o científicos. Otros estudios realizados concuerdan con lo antes expuesto, en cuanto a que toda persona tiene derecho de conocer sus riesgos genéticos (más pacientes que estudiantes, (77%) y el 85,5% apoyo el derecho de que sus datos genéticos sean confidenciales.⁹ Otros autores plantean que como promedio, uno de cada tres pacientes que concurren a centros asistenciales de salud mental en los Estados

Unidos reporta ser rechazado para un trabajo una vez que su estado psiquiátrico se divulgó y en algunos casos las ofertas de trabajo se invalidaron cuando su historia clínica psiquiátrica fue conocida.⁴

Por ser la depresión una enfermedad compleja cuya causa depende tanto de factores genéticos como no genéticos, las medidas diseñadas en la estrategia para el asesoramiento genético a partir de estos resultados, tienen un enfoque asistencial y educativo ya que la identificación e intervención precoz pueden mejorar la calidad de vida de los pacientes con depresión.

Conclusiones

El nivel de conocimientos sobre depresión en los pacientes y familiares encontrado en el estudio guarda relación con sus experiencias personales al respecto, mientras que los especialistas mostraron un nivel más elevado, justificado por la formación profesional y el contacto directo con los pacientes.

El amplio conocimiento sobre la actualidad, perspectivas y ventajas de las investigaciones genéticas que poseen los profesionales de la salud se fundamenta por su desarrollo científico y la implementación del nuevo programa de formación en Genética establecido desde el año 2004 en el cuarto semestre de la carrera de Medicina.

El nivel de aceptación hacia los estudios genéticos para la depresión es superior en los estudiantes respecto a los casos, esto se fundamenta por las posibilidades de las tecnologías genéticas y la difusión de conocimientos que sobre el Programa Nacional de diagnóstico, manejo y prevención de defectos congénitos y enfermedades genéticas se realizan continuamente.

La estrategia preventiva propuesta para la depresión, basada en las actitudes y conocimientos de individuos en el Municipio Diez de Octubre, es aplicable en todos los niveles de prevención, lo cual constituye un instrumento fundamental en la consulta de Asesoramiento Genético, que puede contribuir a prevenir la aparición de los síntomas y aminorar el impacto de la enfermedad.

Referencias bibliográficas

1. Marcheco TB. Mapeo e identificación de genes asociados al Trastorno Afectivo Bipolar en familias cubanas. Revista Cubana de Genética Comunitaria. Mayo-Agosto. 2007; 1 (2):63-68.
2. Zarragoitia AI. Depresión generalidades y particularidades. La Habana: Ed. Ciencias Médicas, 2010.
3. Laegsgaard MM, Mors O. Psychiatric Genetic Testing. Attitude and Intention Among Future Users and Providers. Am J Med Genet Part B. 2008; 147B:375-384.
4. Zarragoitia AI. La estigmatización en la depresión. Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica agosto 2010; 16 (3): 254-268.
5. Lantigua A, Hernández R, Quintana J, Morales E, Barrios B, Rojas I y Martín M. Introducción a la Genética Médica. Ed. Ciencias Médicas 2006.

6. Núñez VPF. Psicología y Salud. Reacción psicológica ante la enfermedad. Ed. Ciencias Médicas.2006, 239-240.
7. González RVM. Trastornos afectivos en Atención Primaria. Guía de buena práctica clínica en depresión y ansiedad. Sanidad de Castilla y León (Sacyl), Equipo de Atención Primaria de Villoría, Salamanca.2003.
8. Machado VA. Caracterización clínico-epidemiológica del síndrome depresivo. Revista Cubana Medicina General Integral.17 (3) Ciudad de La Habana 2001 Mayo-junio. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252001000300004. Citado 3 noviembre del 2015.
9. Rodríguez GM, Boris SD, Rodríguez OO, Rodríguez AO. Algunos aspectos clínico-epidemiológicos de la depresión en la ancianidad. MEDISAN sep.-oct. 2009; 13 (5).
10. Baena ZA, Sandoval VMA, Urbina CT, Helen NJ, Villaseñor SB. Los trastornos del estado de ánimo. Revista Digital Universitaria. 2005 noviembre; 6(11) ISSN: 1067-6079. Disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art110/art110.htm>. citado 3 de noviembre 2011.
11. Torres RM, Vazquez O. Aspectos epidemiológicos de la depresión en el anciano. En sociedad española de Geriatria y Gerontología, Barcelona. Editorial Glosa; 2002 p 236.
12. Mingote C, Aragues M. Depresión en el Anciano Actualizaciones en Neurología, Neurociencia y envejecimiento.2003.1. 205.
13. Villarreal CRE y Costafreda VM. Caracterización de los ancianos con trastornos depresivos. MEDISAN. 2010. Ago. Oct. 14(7). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192010000700005. Citado 3 noviembre del 2015.
14. Machado VA. La depresión Revista de Ciencias Médicas. La Habana. 2011 17 (2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu>. citado octubre del 2011
15. Manual de Merck 11 Edición 2007 tomo VII sección 15,16.
16. Fañarás L. Bases genéticas de la vulnerabilidad a la depresión. Genetic foundations of vulnerability to depression .Facultad de Biología de Barcelona. En [www.cfravarra.es/salud/anales/textos/vol 25/sup3](http://www.cfravarra.es/salud/anales/textos/vol%2025/sup3) citado 3 de noviembre 2015.
17. Acosta AFJ, Hernández FJL y colaboradores. Antidepresivos en el tratamiento de la depresión Servicio Canario de salud. 2 (1): febrero 2010.
18. Vázquez A. Relación entre violencia y depresión en mujeres. Revista de Neuropsiquiatria 2007; 70(1-4):88-95.
19. Patró R, Corbalán FJ, Limiñana RM. Depresión en mujeres maltratadas: relaciones con estilos de personalidad, variables contextuales y de la situación de violencia. Anales Psicología 2007; 23(1):118-24.7.
20. González LN. Salud sexual y reproductiva y genética médica en Cuba. Revista Cubana de Genética Comunitaria. Enero-Abril 2010; 4(1): 3.
21. Enríquez SJA, Martín CM y Riquelme MA. Evaluación de la escala del centro de estudios epidemiológicos de la (CES-D). Rev. Hospital. Psiquiátrico de la Habana 2008, 5(3).
22. Berganza CE y colaboradores. Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP). Sección de diagnóstico y clasificación. Ed. América Latina 2004.
23. Emery AEH, Mueller RF, Young ID. Emery's. Genética Médica Herencia. 10ª Ed. Ciencias Médicas; 2006.
24. González CJA. Pesquisa de depresión en atención primaria mediante tres preguntas orales. Rev. Hospital. Psiquiátrico de la Habana 2009 6(3).
25. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF. y Emery G. "Terapia Cognitiva de la depresión, segunda edición. Biblioteca de psicología Desclee de Brouwer. Bilbao. 1983. Citado 3 de diciembre de 2015:\libros\terapia cognitiva\terapia cognitiva.htm.
26. Kraepelin E. Historia en los trastornos afectivos. N4: Patologías URL Disponible en: <http://www.biopsicologia.net> citado octubre del 2015.
27. Fors LMM. Guía de Práctica Clínica para el manejo de episodios depresivos y trastornos depresivos recurrentes pacientes entre 18 y 64 años [Trabajo de Tesis para optar por el grado de doctor en ciencias médicas]. Centro Nacional Coordinador de Ensayos Clínicos. Ciudad de la Habana. 2011.
28. Lantigua CA, González LN. Desarrollo de la Genética Médica en Cuba 39 años de formación de recursos humanos. Revista Cubana de Genética Comunitaria. Mayo-Diciembre 2009; 3(2; 3): 22.
29. Vázquez A. Factores psicosociales asociados a la depresión. Rev. Ciencias Salud 2007; 1(1):5-11.
30. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ª Ed. Atención Primaria (DSM-IV-AP). Barcelona: Masson; 1997
31. CIE 10. 10ma revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación.
32. Uribe RM, Lucía MO, Cortés RAC. Voces del estigma Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D. C., Colombia. 2007; 48(3):207-213.
33. Rodríguez FL, Gómez ZZ, Llanos PA y colaboradores. Recomendaciones para la confección del formulario de consen-

- miento informado. Revista Cubana de Genética Comunitaria.2010; 4(1):59-60.
34. Mayo MRC, López BK, García RAB. Intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre depresión en familiares de adultos mayores diagnosticados con esta patología. Universidad Médica “Dr. José Assef Yara” Mediciogo 2011; 17(1).
 35. Milner KK, Collins EE, Connors GR, Petty EM. Attitudes of young adults to prenatal screening and genetic correction for human attributes and psychiatric conditions. Department of Psychiatry, the University of Michigan Medical Center, Ann Arbor 48109-0638, USA. 1998 Mar 5; 76(2):111-9.Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9511972>. Citado 3 noviembre de 2015.
 36. Lawrence RE, Appelbaum PS. Genetic Testing in Psychiatry: A Review of Attitudes and Beliefs. Psychiatry 74(4) Winter 2011. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12090383.htm>. Citado 3 noviembre de 2015.