

Actitudes hacia la depresión, el diagnóstico predictivo y las investigaciones genéticas en individuos del municipio Marianao, La Habana.

Attitudes toward depression, diagnosis and predictive genetic research in individuals from Marianao, Havana City.

Vivian Tejeda Borjas,^I Beatriz Marcheco Teruel,^{II} María Teresa Amor Oruña,^{III} Evelyn Fuentes Smith,^{IV} Zoe Robaina Jiménez,^V Ole Mors.^{VI}

Resumen

La depresión se considera uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes y la principal causa de discapacidad en los países más desarrollados. Se realizó un estudio transversal analítico no experimental de casos y controles en el área de salud del Policlínico Carlos Manuel Portuondo, municipio Marianao, provincia La Habana, en el año 2011-2012, con el objetivo de identificar el nivel de conocimientos que poseían sobre la depresión y las investigaciones genéticas, conocer las actitudes hacia la enfermedad y los estudios genéticos predictivos y prenatales, así como diseñar una estrategia preventiva aplicable en Atención Primaria. Se tomó una muestra de 100 personas, divididas en cuatro grupos, pacientes, familiares en riesgo, estudiantes de medicina y especialistas y se aplicó un cuestionario impreso con previa aceptación verbal mediante consentimiento informado. Los datos fueron analizados con el paquete estadístico Statistica v7.0, se calculó la media y la desviación estándar. Se utilizaron las pruebas ANOVA y Kruskal-Wallis buscando diferencias estadísticas significativas entre los grupos, aplicándose el modelo "a posteriori" de Scheffé. La percepción del conocimiento se analizó con el estadígrafo de Mc Nemar. Existieron diferencias significativas en el nivel de conocimientos sobre la depresión entre los participantes. Se conocía sobre las investigaciones genéticas pero generalmente relacionadas con la atención prenatal. La aceptación de la enfermedad y la presencia de sentimientos de culpa también presentaron diferencias significativas entre los participantes. La posibilidad de realizar estudios genéticos predictivos y prenatales en los trastornos mentales fue bien aceptada. Se diseñó una estrategia preventiva aplicable en el área de salud como herramienta fundamental en el Asesoramiento Genético.

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

Abstract

Depression is considered one of the most common psychiatric disorders and the leading cause of disability in developed countries. A non-experimental analytical transversal case-control study was conducted in the health area of the Carlos Manuel Portuondo Polyclinic, from Marianao, Havana province, during the period 2011-2012. Our aim was to evaluate the level of knowledge of depression and genetic research, the attitudes toward the disease and predictive and prenatal genetic testing, as well as design a preventive strategy that is applicable in primary care. A printed questionnaire was applied, under verbal informed consent, to a sample of 100 subjects divided into four groups, patients, families at risk, medical students and specialists and was taken. Data were analyzed using the statistical package Statistica v7.0; the mean and standard deviation were calculated. ANOVA and Kruskal-Wallis tests were used looking for statistically significant differences between groups, applying the model Scheffe "a posteriori". The McNemar statistic was used to analyze the perception of knowledge. There were significant differences in the level of knowledge of depression among participants. Participants had knowledge of genetic research, but generally related to prenatal care. Acceptance of the disease and the presence of guilt feelings also showed significant differences among the participants. Predictive and prenatal genetic studies in mental disorders were well accepted. An applicable preventive strategy for genetic counseling was designed in the health 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 Médica de Marianao, La Habana.

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

^{III} Especialista de 2do grado en Genética clínica. Servicio municipal de Genética Médica, Marianao. La Habana.

Introducción

La depresión se define como *“una alteración primaria del estado de ánimo, caracterizada por abatimiento emocional, que afecta todos los aspectos de la vida del individuo. Considerada un trastorno médico mayor con alta morbilidad, mortalidad e impacto económico.”*^{1,2}

Es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes y una de las principales causas de discapacidad y suicidio.^{2,3,4,5,6} Actualmente se ubica en cuarto lugar entre las enfermedades discapacitantes y se estima que para el año 2020 se encontrará en el segundo. Evaluada como la primera causa de discapacidad dentro de las enfermedades mentales, medida en años vividos con discapacidad.¹ El impacto de los trastornos psiquiátricos en la calidad de vida es superior al de enfermedades crónicas como las cardiovasculares, respiratorias, articulares y la diabetes.

Durante varios años la investigación sobre enfermedades mentales se concentró en la búsqueda de sus posibles causas en el entorno de las personas afectadas, en las condiciones sociales y familiares que rodearon el desarrollo de su infancia, adolescencia y adultez. Hoy se sabe que su origen es mucho más complejo, combinándose factores biológicos, psicológicos y ambientales.

Actualmente existe un mayor interés por estudiar la importancia de los factores hereditarios en estos trastornos. Los resultados de futuros estudios ofrecerían nuevas posibilidades con respecto a su diagnóstico y tratamiento, pero también plantean relevantes desafíos éticos, legales y sociales.

Existen numerosas investigaciones en relación con las actitudes hacia los estudios genéticos predictivos para las enfermedades monogénicas en particular y el asesoramiento genético pero, pocos estudios se han realizado en este campo relacionado con la genética psiquiátrica. Se requiere conocer las actitudes hacia la genética y sus nuevas tecnologías en pacientes afectados y sus familiares, para diseñar estrategias de asesoramiento genético dirigidas a estos grupos específicos de la población, pero también es muy importante informarse sobre los profesionales de la salud que actuarían como facilitadores en las diferentes especialidades médicas. La pregunta sería entonces: ¿Están preparados los profesionales de la salud, los enfermos y sus familiares para afrontar

estos nuevos retos?

Planteado el problema de investigación, el presente estudio se propuso diseñar un modelo de estrategia para el asesoramiento genético basado en los conocimientos de depresión y las actitudes ante los estudios de base genética en individuos del Municipio Marianao, para ello fue necesario identificar el nivel de conocimientos en relación con la depresión en individuos afectados, familiares en riesgo, profesionales de la salud y estudiantes de medicina comparar los conocimientos sobre el desarrollo de las investigaciones genéticas en pacientes con depresión e identificar y comparar el comportamiento de las actitudes hacia los estudios genéticos predictivos y prenatales relacionados con la depresión en los participantes, de modo que una vez obtenida y analizada esa información, la estrategia para el asesoramiento genético considerara las fortalezas y debilidades identificadas para poder adecuarla de mejor modo a las necesidades de la comunidad.

Material y Método

Se realizó un estudio transversal analítico no experimental de casos y controles en el área de salud del Policlínico Carlos Manuel Portuondo, municipio Marianao, provincia La Habana, en el año 2011-2012. Para el mismo se tomó una muestra constituida por 100 personas, divididas en cuatro grupos de estudio. Grupo 1: 30 pacientes con diagnóstico de depresión. Grupo 2: 30 familiares de primer grado, uno por cada paciente estudiado.

Grupo 3: 20 estudiantes de medicina, cursando el área clínica, tercero a sexto año.

Grupo 4: 20 profesionales de la salud que interactúan con los casos, especialistas en genética clínica, especialistas en psiquiatría, residentes de psiquiatría, masters en asesoramiento genético, especialistas en Medicina General Integral, en lo adelante MGI.

El Grupo 1 fue seleccionado con la colaboración de la psiquiatra del área de salud, realizándose una revisión de las hojas de cargo de la consulta de Psiquiatría del año 2011 y se escogieron todos los pacientes con diagnóstico de depresión, sin limitaciones de edad ni sexo, teniendo en cuenta que algunos habían asistido a la misma más de una vez dentro de ese año. Posteriormente se procedió a visitar cada uno de los casos y de esta forma corroborar su existencia y dirección.

^{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.

Grupo 1

Criterios de inclusión:

Diagnosticados y seguidos por el especialista en psiquiatría del área de salud.

Antecedentes de un cuadro depresivo con una duración superior a un mes.

Criterios de exclusión:

Condiciones de salud mental que no les permitió contestar el cuestionario.

No tenían familiares de primer grado vivos, o estaban residiendo fuera de la provincia o país, o con conocimientos insuficientes para responder el cuestionario (niños).

Grupo 2

Criterios de inclusión:

Familiar de 1er grado del caso índice.

Sin síntomas ni diagnóstico previo de depresión.

Edad mínima 18 años.

Criterios de exclusión:

Condiciones de salud mental que no les permitió contestar el cuestionario.

Grupo 3

Se seleccionó con la colaboración de la vicedirección docente del policlínico, se tomaron estudiantes de tercero, cuarto, quinto y sexto año de la carrera de medicina que estuvieran dispuestos a colaborar en el estudio, sin distinción de sexo.

Se aplicó el cuestionario a 6 estudiantes de tercer año, 7 de cuarto, 5 de quinto y 2 de sexto.

Grupo 4

Se aplicó el cuestionario a profesionales de la salud pertenecientes al Centro Municipal de Genética, al Policlínico Carlos Manuel Portuondo y a otras instituciones de salud del municipio, sin distinción de sexo ni edad.

En general el grupo estuvo formado por un especialista en Genética Clínica, cuatro masters en Asesoramiento Genético, tres Psiquiatras y doce especialistas en MGI.

Criterios de inclusión Grupos 3 y 4:

No presentar síntomas ni diagnóstico previo de depresión.

Operacionalización de las variables

Variable	Definición	Clasificación	Escala
Edad	En años cumplidos	Cuantitativa discreta	Rango
Sexo	Género biológico	Cualitativa dicotómica nominal	Femenino Masculino
Estado civil	Condición civil	Cualitativa politómica nominal	Solitario Casado Conviviendo con pareja Antes convivía con alguien Divorciado Viudo
Cantidad de hijos	Descendientes biológicos	Cuantitativa discreta	0 a 5
Nivel educativo	Enseñanza terminada	Cualitativa ordinal	Primaria Secundaria Técnico medio Preuniversitaria Universitaria Otro
Religión	Creencia o fe	Cualitativa politómica nominal	Católico Protestante Creencia africana Creencias espirituales Judío Musulmán Ateo Otro
Importancia de la religión	Valor de la religión	Cualitativa ordinal	Sumamente importante Muy importante Moderadamente importante Poco importante Nada importante

Variable	Definición	Clasificación	Escala
Antecedente familiar de depresión	Presencia de familiares con diagnóstico de depresión	Cualitativa politémica nominal	Madre Padre Hermanos Hijos Abuelos Tíos paternos/maternos Tías paternas/maternas Nietos Sobrinos Cónyuge
Variable	Definición	Clasificación	Escala
Conocimientos sobre la depresión	Suma de la puntuación obtenida en los ítems 2.1 al 2.17 (excluyendo la pregunta 2.14)	Cuantitativa discreta	2 puntos (respuesta que coincide con los criterios establecidos por la investigación) 1 punto (si respuesta “No se”) 0 punto (en caso contrario)
Aceptación de la depresión	Suma de la puntuación obtenida en los ítems 3.1 al 3.14 (excepto 3.10a, 3.10b, 3.10c y 3.10d)	Cuantitativa discreta	2 puntos (respuesta que coincide con los criterios establecidos por la investigación) 1 punto (si respuesta “No se”) 0 punto (en caso contrario)
Actitudes ante la prueba y la orientación genética	Suma de la puntuación obtenida en los ítems 4.1 al 4.11	Cuantitativa discreta	2 puntos (respuesta que coincide con los criterios establecidos por la investigación) 1 punto (si respuesta “No se”) 0 punto (en caso contrario)
Actitudes hacia la investigación genética	Suma de la puntuación obtenida en los ítems 5.2 al 5.12 (excluyendo el 5.6)	Cuantitativa discreta	2 puntos (respuesta que coincide con los criterios establecidos por la investigación) 1 punto (si respuesta “No se”) 0 punto (en caso contrario)
Presencia de sentimientos de culpa	Suma de la puntuación obtenida en los ítems 7.2 al 7.6	Cuantitativa discreta	2 puntos (respuesta que coincide con los criterios establecidos por la investigación) 1 punto (si respuesta “No se”) 0 punto (en caso contrario)

Se incorporaron los datos obtenidos mediante los cuestionarios en una base de datos para proceder posteriormente a su análisis.

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 relativa en tablas o gráficos.

Las variables cuantitativas fueron evaluadas con el objeto de conocer si seguían una distribución normal mediante el test de Kolmogorov-Smirnoff.

Se calcularon los estadísticos 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 que se considera 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: $\chi^2 = (c - b)^2 / (c + b)$. En todos los análisis se consideró un nivel de significación $\alpha < 0,05$.

Al concluir el análisis de los resultados, se diseñó una estrategia preventiva apoyada metodológicamente en el Asesoramiento Genético a individuos y/o familiares con riesgo de depresión. Para realizarla se tuvieron en cuenta los componentes básicos del asesoramiento genético (diagnóstico, estimación de riesgo, comunicación y soporte o basamento) y los principios generales de la ética médica (autonomía, beneficencia, no maleficencia, proporcionalidad y justicia).

Prevención primaria

Diagnóstico: Se trabajó con la población sana en general y los familiares de los pacientes con riesgo incrementado por historia familiar positiva.

Estimación del riesgo: Una vez confirmado el diagnóstico, obtenidos los detalles familiares necesarios y teniendo en cuenta que el riesgo de incidencia de la depresión en la población general es de un 2%, se realizó la estimación del riesgo de forma empírica por ser esta una enfermedad multifactorial, en estos casos la estimación del riesgo se basa en los datos estadísticos obtenidos de la población, y debe tenerse en cuenta el número de individuos afectados en una familia y su grado de parentesco respecto al caso índice. El riesgo no depende solamente del diagnóstico sino de factores individuales como el sexo, la severidad de la enfermedad y la consanguinidad, entre otros.

Comunicación de la información: Se logró la comprensión del paciente estableciéndose un intercambio de comunicación y opiniones sobre los aspectos fundamentales de la enfermedad. También se trataron las expectativas del paciente en relación con la consulta, para romper las barreras de comunicación que pudieron existir desde el inicio, trasladándole confianza y seguridad.

Se informó sobre la incidencia de la enfermedad, los factores de riesgo que contribuyen a su debut, los aspectos genéticos y ambientales, las características clínicas, su diagnóstico, tratamiento y prevención, con la ayuda de diversos medios de enseñanza como: ilustraciones, fotos, diagramas y gráficos que mejoraron la comprensión del tema.

Se realizó una evaluación psicosocial del paciente teniendo en cuenta la o las religiones que profesaba,

su nivel educacional, su capacidad de percepción y entendimiento que le permitió asimilar de una forma más o menos adecuada las informaciones ofrecidas en el proceso del Asesoramiento Genético.

Se le entregó un material informativo educativo sobre los aspectos ya tratados, posibilitándole su estudio detallado y estimulándolo a la búsqueda de información.

Soporte o basamento: Es la base en la que se sustenta el Asesoramiento Genético, el cual tiene que incluir una clara explicación de lo que puede hacerse en materia de tratamiento, prevención o modificación de los riesgos o la enfermedad, es decir la disponibilidad de recursos existentes, de acuerdo, a las características específicas de cada trastorno y las características familiares. Para ello se le entregó una Hoja Informativa Educativa por escrito (donde se abordaron los diferentes factores de riesgos y las acciones preventivas, para facilitar la discusión en el marco familiar.

Prevención secundaria

Diagnóstico: Estuvo encaminado identificar los pacientes con antecedentes familiares en etapas pre-sintomáticos, para evitar el debut de la enfermedad.

Estimación del riesgo: Estuvo encaminada esencialmente a reducir el riesgo, haciendo todo lo posible para evitar la aparición temprana de las manifestaciones clínicas y favoreciendo el diagnóstico precoz de la enfermedad.

Comunicación de la información: Se evaluó la comprensión de la información y se apoyó psicológicamente a los pacientes en todo momento.

Soporte o basamento: Se entregó una Hoja Informativa Educativa por escrito donde se abordaron los principales aspectos clínicos y genéticos de la enfermedad y acciones preventivas, para facilitar la discusión en el marco familiar.

Se remitieron a interconsulta y evaluación por Psiquiatría los pacientes con síntomas aislados que pudieran debutar en un futuro con la enfermedad.

Prevención terciaria

Diagnóstico: Dirigido a precisar los pacientes enfermos de depresión. Se realizaron acciones encaminadas a rehabilitación física y psíquica, la incorporación social y al trabajo, educación a la familia sobre el manejo de los pacientes, interconsultas con medicina interna para descartar otras enfermedades, con psiquiatría para el seguimiento adecuado y fundamentalmente para evitar complicaciones, incluyendo el suicidio.

Aspectos éticos: En el estudio se respetó la voluntad de los pacientes, familiares, estudiantes y especialistas de participar o no en la investigación, y el derecho

de no continuarla. El consentimiento informado se solicitó a todos los participantes de forma verbal. En el llenado del cuestionario se respetó la decisión de aquellos que no desearon poner su nombre y dirección. 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, solo los datos necesarios para el estudio. Este estudio forma parte de un proyecto de investigación del Centro Nacional de Genética Médica aprobado por su consejo científico y comité de ética.

Resultados y Discusión

La depresión es una de las enfermedades psíquicas que mayor relevancia adquiere en el mundo moderno; aunque las referencias históricas han demostrado que existió siempre, como un padecimiento propio del hombre, todo hace suponer que en las últimas décadas hay un acelerado crecimiento pde casos. Se ha responsabilizado de ello a la forma de vivir del hombre, a la competitividad que la sociedad actual genera o a la sensación cada vez más frecuente de “sentirse solo en medio de la multitud”.

En lugares donde la vida es más sencilla, de tipo rural o en pequeñas ciudades los padecimientos depresivos no son un problema significativo para su población.⁷

Todas las personas participantes en el estudio residían en la capital del país por lo que se encontraban más expuestos a la vida agitada de la sociedad y su nacionalidad era cubana.

En la Tabla 1 están representados los datos generales de los diferentes grupos del estudio con respecto a la edad, el sexo, el nivel educacional y el estado civil. En el primer grupo el promedio de años fue de 57 que se corresponde con la edad media de la vida y aunque en este estudio no se exploró cuántos años tenían los pacientes al debutar con la enfermedad, por lo que no podemos precisar cuando comenzó esta, la presencia de la misma en estos coincide con lo referido por otros autores que consideran que la depresión afecta con más frecuencia a las personas en esas edades.^{1,2} En los familiares el promedio de edad fue de 47 años, 22 años en los estudiantes y 43 en los especialistas. Con respecto al sexo hubo diferencias en este primer grupo con un 60% de mujeres y un 40% de hombres, los pacientes fueron escogidos al azar por lo cual un mayor número de mujeres se corresponde con los resultados obtenidos por Oliver Ferrán M. y por otros autores en sus estudios.^{8,9} Pudiera explicarse por la disposición de las mujeres a buscar ayuda, a ser más abiertas y hablar de sus problemas, mientras que los hombres conservan rasgos que les impiden compartir estas dificultades, ya que las ven como debilidades.

Tabla 1. Datos de interés general sobre los participantes. Marianao 2011- 2012.

	Pacientes (n=30)	Familiares (n=30)	Estudiantes (n=20)	Especialistas (n=20)
Promedio de edad (rango)	57(36-81)	47 (18-79)	22 (21-29)	43 (30-58)
Sexo (%)				
Masculino	40	50	40	20
Femenino	60	50	60	80
Nivel educacional (%)				
Primaria	7	13	0	0
Secundaria	17	17	0	0
Técnico Medio	23	20	0	0
Preuniversitaria	23	20	100	0
Universitario	27	30	0	100
Otro	3	0	0	0
Aun estudiando	7	10	100	35
Estado Civil (%)				
Soltero	10	13	50	15
Casado	24	30	15	45
Conviviendo con pareja	13	17	25	10
Antes convivía con alguien	10	3	5	10
Divorciado	30	13	5	15
Viudo	13	24	0	5

Fuente: Cuestionario

Otros autores refieren además una mayor prevalencia de la enfermedad en las mujeres, relacionada con diversos eventos propios del sexo femenino y de su forma de respuesta a estos.^{1,10}

Entre los familiares participó un 50% de cada sexo. En los estudiantes y especialistas existió un porcentaje mayor de féminas, lo que se corresponde con una mayor matrícula del sexo femenino en estas ramas de la salud.

En lo relacionado con el nivel educacional tanto en los pacientes como en los familiares de estos resaltó el nivel universitario con un 27% y 30% respectivamente. En el caso de los pacientes esto es muestra de que la depresión no afecta solo a personas sin conocimientos ni estudios, estos resultados coincidieron con lo referido por Zarragoitia Alonso sobre las características de esta enfermedad que se presenta con independencia del nivel de escolaridad y no está relacionada con debilidad de carácter o falta de conocimientos.¹ Además en estos dos grupos se apreciaron porcentajes también elevados de técnicos medios y graduados de preuniversitario, cifras que evidenciaron el nivel de preparación de

nuestra población en general. Otro dato de interés fue que solo el 35% de los especialistas refirieron continuar estudiando, cuando en la profesión médica es necesario prepararse cada día para mantenerse a tono con el desarrollo científico.

Al analizar el estado civil se observó en el caso de los pacientes que el 30% de estos se encontraban divorciados, resultado que pudiera relacionarse considerando los conflictos familiares como un factor de riesgo en la enfermedad depresiva y al mismo tiempo esta pudiera comportarse como causa de las separaciones, por lo difícil que resulta la convivencia con un paciente deprimido y que a su vez se corresponde con referencias de otros autores.⁷ Los familiares por el contrario evidenciaron un porcentaje mayor de casados al igual que los especialistas y el 50% de los estudiantes se encontraban solteros.

En la Tabla 2 están representados los datos personales de los diferentes grupos del estudio con respecto a la religión que profesan, la importancia que le conceden a esta, la cantidad de hijos y los que actualmente están esperando hijos.

Tabla 2. Datos de interés general sobre los participantes. Marianao 2011- 2012.

	Pacientes (n=30)	Familiares (n=30)	Estudiantes (n=20)	Especialistas (n=20)
Religión (%)				
Católico	20	20	15	10
Protestante	7	3	0	5
Creencia Africana	23	26	15	5
Creencias Espirituales	17	10	10	5
Judío	0	0	0	0
Musulmán	0	3	0	0
Ateo	26	32	55	60
Otros	7	6	5	15
Importancia de la Religión (%)				
Sumamente importante	37	40	10	10
Muy importante	40	40	15	30
Moderadamente importante	16	13	40	50
Poco importante	7	7	5	5
Nada importante	0	0	30	5
Cantidad de hijos (%)				
0	17	37	90	30
1	30	27	10	40
2	20	27	0	30
3	13	6	0	0
4	17	0	0	0
5	3	3	0	0
Esperando hijos	7	7	10	10

Fuente: Cuestionario

En el tema de la religión el porcentaje de ateos en los pacientes fue de un 26%, en los familiares un 32% y en los estudiantes y especialistas un 55% y 60%, respectivamente. Ninguna de las religiones que se exploraron reportaron un porcentaje mayor que los reflejados anteriormente. Este resultado es explicable en la población cubana por nuestras costumbres, no hay en nuestro país una creencia religiosa predominante, se pudiera decir que las personas tienen una mezcla de creencias: africanas, católicas, espirituales y otras. Muchos refieren ser ateos pero practican diferentes creencias ante situaciones específicas, aunque no estén afiliados a ninguna iglesia o culto. Como es lógico no coinciden con estudios realizados por otros autores en otros países con culturas diferentes.⁹ En la importancia de la religión hubo diferencias entre los tres grupos, los pacientes la calificaron como muy importante en un 40% de los casos, los familiares como sumamente importante 40% y muy importante 40%. Los estudiantes y especialistas la calificaron como moderadamente importante con

un 40% y un 50% respectivamente. Las personas le otorgaron calificaciones de moderadas hasta muy importantes a sus creencias religiosas o a su condición de ateos, aun teniendo en cuenta las características de la religiosidad en nuestro país, resultados que no coinciden con los encontrados por Mett Marri y Ole Mors donde el porcentaje de no religiosos era muy bajo, sin embargo la gran mayoría calificó su creencia religiosa como nada importante.⁹

Con respecto a la cantidad de hijos los valores más elevados se encontraron entre los que no tenían hijos o solo tenían uno y resultaron también pocos los que esperaban hijos con un 7% en pacientes y familiares y un 10% en estudiantes y especialistas. Estos valores se corresponden con las bajas Tasas de natalidad que presenta actualmente el país, donde la mayoría de las familias solo desea tener un hijo o ninguno.

En la Tabla 3 se relacionan las experiencias con la depresión de los integrantes de cada uno de los grupos de estudio.

Tabla 3. Experiencias con la depresión. Marianao 2011- 2012. Resultados expresados en %.

Experiencias con la Depresión	Pacientes (n=30)	Familiares (n=30)	Estudiantes (n=20)	Especialistas (n=20)
No he tenido un episodio depresivo	0	86	70	85
He tenido un episodio depresivo diagnosticado y:				
a) he estado ingresado en una sala de psiquiatría	50	0	0	0
b) nunca he estado ingresado	50	14	30	15
He sido tratado por depresión:				
con medicamentos	26	0	0	5
con psicoterapia	7	6	25	10
con ambos	60	4	5	0
otro tipo de tratamiento	7	4	0	0
Creo que actualmente estoy deprimido				
Si	40	0	0	0
No	40	93	80	95
No sabe	20	7	20	5
No conozco el diagnóstico pero tengo una tendencia a la tristeza	0	0	35	10
He tenido otros problemas psíquicos	10	4	10	5
Familiares con depresión				
Madre	14	37	20	35
Padre	20	24	5	5
Hermanos	10	27	0	10
Hijos	3	27	0	0
Abuelos	7	17	15	5
Tíos paternos/maternos	3	10	5	15
Tías paternas/maternas	3	10	15	5
Nietos	3	3	0	0
Sobrinos	3	0	0	0
Tengo/He tenido un cónyuge con depresión	10	14	15	20

Fuente: Cuestionario

El 50% de los pacientes refirieron haber requerido ingreso, la modalidad de tratamiento más utilizada tanto para los que ingresaron como para los que no necesitaron ingreso, fue la terapia combinada con medicamentos y psicoterapia. En el caso de los familiares solo el 14 % de los encuestados refirieron haber presentado un cuadro depresivo alguna vez, sin necesitar ingreso y el tratamiento más utilizado fue la psicoterapia. El 30% de los estudiantes declararon haber sufrido de depresión, sin requerir ingreso y el 25% recibió tratamiento con psicoterapia. De los especialistas solo el 15% habían presentado un cuadro depresivo sin requerir ingreso y el 10% se trató con psicoterapia. En Cuba generalmente se utilizan terapias de tratamiento combinadas con medicamentos y otras terapias no biológicas o psicoterapias, pues está demostrado que los pacientes para una mejor recuperación además de los medicamentos necesitan del apoyo psicológico que les permite aprender a vivir con la enfermedad.

Un resultado que no debemos pasar por alto es el porcentaje de estudiantes que refirieron haber tenido depresión, aunque esta es una enfermedad que afecta a todas las edades es significativo este valor en personas jóvenes. Puede relacionarse con una interpretación inadecuada del diagnóstico a pesar de las explicaciones y condiciones expuestas en el cuestionario. Teniendo en cuenta que algunos no recibieron tratamiento y otros mejoraron solo con psicoterapia es lógico pensar que la depresión referida por ellos pudiera corresponderse con inconformidad, desaprobación o tristeza por alguna situación personal específica y no con una depresión real.

Estos resultados no coinciden exactamente con los estudios realizados por otros autores donde el porcentaje de pacientes que requirieron ingreso fue menor y la modalidad de tratamiento más frecuente fue el medicamentoso. Al comparar los familiares se encontró un porcentaje bajo que si requirió ingreso y tratamiento medicamentoso. Los resultados en los estudiantes coincidieron con estudios internacionales con respecto a la modalidad de tratamiento.⁹

En relación con estar deprimido en el momento del estudio los valores más frecuentes de los tres últimos grupos se correspondieron con respuestas negativas, el 40% de los pacientes refirieron una respuesta afirmativa e igual número una negativa. El 35% de los estudiantes y 10% de los especialistas refirieron tener una tendencia a la tristeza. La ansiedad fue el problema psíquico más frecuentemente referido por

los encuestados.

En todos los grupos, excepto en los pacientes, fueron las madres los familiares más afectados por depresión, este dato se corresponde con los resultados obtenidos por otros autores que refirieron una mayor incidencia de la enfermedad en el sexo femenino.^{8,11}

En el primer grupo el 20% de los encuestados refirió a los padres como los familiares más afectados por depresión, seguidos por las madres (14%), los hermanos (10%) y los abuelos (7%). En el grupo de los familiares se reportaron los porcentajes más altos, el 37% refirió a las madres, el 27% a los hermanos e hijos, el 24% a los padres, el 17 % a los abuelos y el 10% a los tíos y tías.

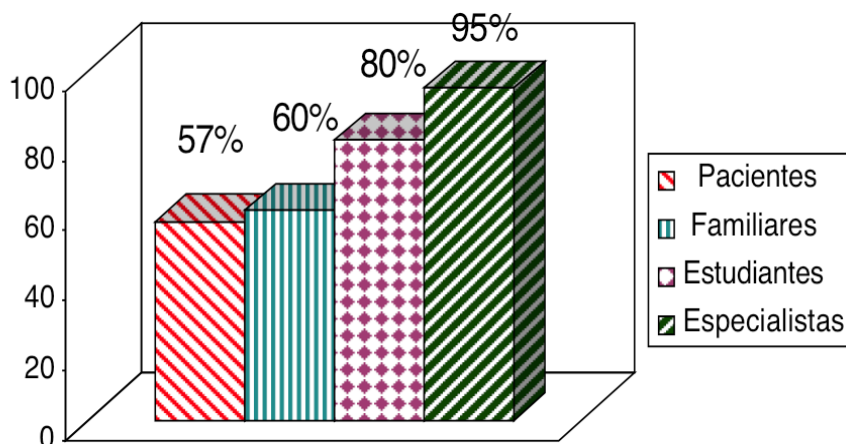
Estas cifras evidencian la validez de las causas genéticas asociadas a esta enfermedad ya que en los grupos de pacientes y familiares el número de personas en la familia con enfermedad depresiva es mucho mayor que en los grupos de estudiantes y especialistas, que proceden aparentemente de familias sin antecedentes importantes de depresión. Coincidiendo con lo encontrado en estudios de otros autores, donde afirman que en familias donde existen casos con depresión, la enfermedad es hasta tres veces más frecuente que en familias donde no hay ningún enfermo, son padecimientos altamente heredables.¹²

En la figura 1 están reflejados los porcentajes de individuos de cada grupo que habían oído hablar de la investigación genética antes de tener el cuestionario. En el primer grupo solo el 57% había oído hablar de la investigación genética pero la mayoría de estos la relacionaba con estudios en embarazadas, no con la enfermedad depresiva. Por otra parte muchos no consideraron que esta enfermedad tuviera un componente hereditario.

Los resultados en los familiares se comportaron de forma semejante, el 60% de estos había escuchado hablar sobre el tema y solo algunos tenían referencias acerca de la investigación genética en enfermedades psiquiátricas, aunque la mayoría coincidió con los pacientes en que la aplicación más conocida de estos estudios era en el embarazo.

Los más familiarizados con estas investigaciones fueron los estudiantes y médicos especialistas, estos últimos mostraron el porcentaje más elevado con un 95%. Actualmente la mayor parte de los profesionales de la salud están relacionados directa o indirectamente con los diferentes programas que se llevan a cabo en el país para el diagnóstico y prevención de las enfermedades de causa genética.

Figura 1: Referencias previas sobre las investigaciones genéticas antes de este cuestionario. Marianao 2011-2012.



Fuente: Cuestionario

En la tabla 4 se recogen los síntomas más frecuentes referidos por los cuatro grupos. La totalidad de los encuestados señaló la tristeza como un síntoma presente en la enfermedad, aunque la persona aquejada de depresión puede no vivenciar tristeza. El desánimo o falta de interés fue escogido por el 100% de los

tres primeros grupos y el 95% del cuarto. Es muy frecuente que el paciente deprimido refiera pérdida de interés e incapacidad para disfrutar las actividades habituales, así como una vivencia poco motivadora y más lenta del transcurso del tiempo.

Tabla 4. Síntomas más frecuentes de depresión identificados por los participantes. Marianao 2011- 2012.

Síntomas típicos de depresión	Pacientes (n=30)	Familiares (n=30)	Estudiantes (n=20)	Especialistas (n=20)
Tristeza.	100	100	100	100
Falta de energía, una mayor tendencia a cansarse	97	93	60	85
Desánimo o pérdida de interés	100	100	100	95
Menos confianza en sí mismo.	67	73	75	75
Autorreproches o sentimientos de culpabilidad	50	47	70	45
Alucinaciones.	17	7	0	0
Mayor agresividad.	7	20	10	0
Pensamientos sobre la muerte y el suicidio	67	80	85	90
Hiperactividad.	13	7	0	0
Problemas de concentración y de pensar	77	77	55	85
Desconfianza hacia los demás.	43	50	25	10
Movimientos físicos más lentos	90	87	55	85
Dificultades para dormir.	97	97	75	95
Cambio de apetito y peso.	100	90	75	85
Evitar el contacto con los demás	33	53	60	50

Fuente: Cuestionario

Los pacientes y familiares también señalaron de forma significativa la falta de energía. Es común encontrar en los pacientes en crisis una pobreza marcada de los movimientos, estos son lentos, como cansados y torpes, suele haber tendencia a las posiciones estáticas.

Las dificultades para dormir fueron escogidas por pacientes, familiares y especialistas con porcentajes de 97%, 97% y 95%. La alteración del sueño más común en la depresión es el despertar precoz, aunque también se puede acompañar de problemas para conciliar el sueño, despertares frecuentes y sueño insatisfactoriamente prolongado. Para el 100% de los entrevistados del primer grupo el cambio de apetito y peso fue muy representativo.

Estos resultados coinciden con los referidos por otros autores con respecto a los síntomas más frecuentes y además señalan la variabilidad de estos entre un paciente y otro, e incluso en el mismo paciente entre un episodio y otro.¹

Resulta significativo que solo el 67% de los pacientes señalara los pensamientos sobre la muerte y el

suicidio, mientras que los otros tres grupos le dieran una valoración de más peso con valores de 80%, 85% y 90% respectivamente. Esto pudiera explicarse porque los pacientes se sintieran cohibidos al tener que reconocer que habían pensado en algún momento en atentar contra su vida. En muchas culturas se considera inmoral la conducta suicida, se valora a las personas que atentan contra su vida como débiles de carácter y debido a esto son estigmatizados.¹³ En la era cristiana se consideraba un pecado y era perseguido y condenado por la iglesia todo individuo de conducta suicida.¹⁴

Estudios de otros autores consideran el suicidio y el intento de suicidio con una frecuencia muy alta entre quienes padecen de depresión y recomiendan evaluar en cada paciente deprimido el riesgo suicida.⁵ Zarragoitia Alonso refiere que la muerte por suicidio es cuatro veces más frecuente en los hombres, aunque las mujeres hacen más intentos de suicidio. El trastorno depresivo mayor es el que guarda más alta relación con el suicidio, incrementando el riesgo hasta unas 20 veces, el trastorno bipolar 15 y la distimia 12.¹

Tabla 5. Motivos de inseguridad respecto a las investigaciones genéticas. Marianao 2011- 2012.

		Pacientes (n=30)	Familiares (n=30)	Estudiantes (n=20)	Especialistas (n=20)
a.	Temo que pueda llevar a pensar que unas vidas valen más que otras (%)	10	10	20	5
b.	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 los rodean, etc (%)	20	24	30	10
c.	Temo que los nuevos conocimientos puedan conducir a ensayos inquietantes y descontrolados (%)	14	14	25	5
d.	No refiere preocupación	64	74	50	85

Fuente: Cuestionario

En la tabla 5 aparecen resumidos los motivos de inseguridad con respecto a las investigaciones genéticas, los porcentajes más elevados que expresaron los participantes según grupos se relacionaron con la ausencia de preocupación con un 64%, 74%, 50% y 85% respectivamente. Esto pudiera explicarse porque cada día las personas adquieren más conocimientos acerca de las investigaciones científicas, además nuestro Sistema de Salud Pública se caracteriza por proteger los intereses de los pacientes, evitando hacerles daño y respetando las normas de la ética médica a la hora de realizar investigaciones en cualquier rama de las ciencias médicas.

En la actualidad los dilemas éticos y bioéticos en la práctica del Asesoramiento Genético y la investigación genética con seres humanos, constituyen un tema de prioridad en la práctica de la Genética Médica

en Cuba. Las investigaciones nacionales realizadas en este campo han aportado elementos de gran utilidad para diseñar y consensuar los principios éticos para el funcionamiento de los servicios de Genética Médica en el país y de todos los estudios científicos relacionados con la Genética Médica, en correspondencia con las características socioculturales de nuestra población, sin apartarse de los principios más universalmente aceptados y recomendados por la Organización Mundial de la Salud.¹⁵ El motivo de inseguridad mayormene referido por todos los grupos fue la discriminación en relación con el trabajo y la vida en la sociedad, con valores de 20%, 24%, 30% y 10% en cada grupo.

Según Zarragoitia Alonso uno de cada tres pacientes que visitaron los centros asistenciales de salud mental en los Estados Unidos reportó ser rechazado para un

trabajo una vez que se conoció su estado de salud mental. Estas personas con el paso del tiempo son valoradas como población no activa y dejan de buscar trabajo.⁸

Tabla 6. ANOVA para evaluar diferencias entre grupos en relación con conocimientos sobre depresión y actitudes hacia pruebas predictivas y asesoría genética. Marianao 2011-2012.

	Pacientes	Familiares	Estudiantes	Especialistas	P	Test de Comparaciones múltiples
Conocimientos sobre la depresión	23,90 ± 3,30	21,67 ± 3,91	24,30 ± 2,92	25,00 ± 3,3	0,004613	G2-4 p=0,0132
Aceptación de la depresión	19,93 ± 4,16	19,50 ± 5,86	17,05 ± 5,38	22,20 ± 3,17	0,0088 ^a	G3-4 p=0,0042
Actitudes ante la prueba y la orientación genética	17,53 ± 5,10	16,47 ± 3,94	16,95 ± 4,25	19,50 ± 3,68	0,106083	
Actitudes hacia la investigación genética	14,80 ± 1,94	15,17 ± 1,78	14,90 ± 1,86	14,50 ± 2,50	0,7656 ^a	
Presencia de sentimientos de culpa	7,73 ± 2,90	6,73 ± 2,89	6,15 ± 3,33	4,70 ± 2,72	0,006189	G1-4 p=0,0075

a: Test no paramétrico: Kruskal-Wallis

Fuente: Cuestionario

En la tabla 6 se aprecia que existieron diferencias estadísticamente significativas respecto al conocimiento sobre la depresión. Siendo inferior el conocimiento entre los familiares respecto al conocimiento entre los especialistas. Pudiera decirse que las respuestas de los familiares estuvieron influenciadas por la presencia del problema en su propia familia, por las dificultades de convivencia que este les genera, sobrevaloraron el papel de los eventos desfavorables en la aparición de la enfermedad, consideraron al paciente capaz de resolver solo su problema, mostraron su desconocimiento con respecto a la influencia de la herencia en estas enfermedades, reflejaron valores muy elevados de incidencia y reincidencia de la enfermedad, así como valores muy bajos de mejoría postratamiento.

Los especialistas respondieron desde un punto de vista más científico, con los conocimientos adquiridos acerca de la enfermedad, que incluyen sus factores de riesgo, sus formas de presentación, sintomatología, incidencia y reincidencia del cuadro depresivo, posibles causas y otros.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas respecto a la aceptación de la depresión. Siendo inferior la aceptación entre los estudiantes respecto a la aceptación entre los especialistas. La mayoría de los estudiantes reconoció que una confirmación de las causas hereditarias en esta enfermedad haría que la sociedad viera de manera menos vergonzosa a los enfermos, evidenciando la

forma en que ellos mismos ven la enfermedad. Por otro lado muchos desearon la posibilidad de tener parejas o amigos que padecieran de depresión y se mostraron muy reservados con respecto a comentar sobre la presencia de un padecimiento de este tipo o de genes causales en sus hermanos si estuviesen afectados. Los especialistas se mostraron más flexibles con respecto a la aceptación de la enfermedad, considerándola como cualquier otro padecimiento. Aunque algunos manifestaron no estar de acuerdo con decir abiertamente que habían padecido de depresión al solicitar un nuevo trabajo, la mayoría estuvo de acuerdo en reconocer su padecimiento sin avergonzarse.

Estas diferencias pueden estar sustentadas por el peso que tiene en la sociedad el estigma alrededor de las enfermedades mentales y entre estas la depresión. Los estudiantes no han rotado por la especialidad de psiquiatría por lo que no conocen el manejo de estas enfermedades, en ellos se percibe un reflejo del comportamiento de la sociedad, y con cuánta discriminación son tratadas en múltiples oportunidades las personas con enfermedades mentales, como si padecieran una enfermedad contagiosa que el compartir con ellos como amigos o parejas los enfermará. Además de ver como algo bochornoso tener un familiar con esta sintomatología.

El estigma es una marca o signo que deshonra, deja diferencias negativas con respecto al grupo, crea y profundiza desigualdades sociales, desventajas y

tratamiento discriminatorio a personas que tienen un desorden mental.¹⁰ Es un verdadero problema para el desarrollo de los programas de salud mental y confirma la necesidad de trabajar por proteger los derechos de los enfermos mentales.^{1,16}

Respecto a la presencia de sentimientos de culpa se observó una media significativamente superior entre los pacientes respecto a lo considerado por los especialistas. Aunque los pacientes del estudio no refirieron sentimientos de culpa como uno de los síntomas más frecuentes y solo la mitad de estos hicieron referencia a los mismos, es evidente por otras respuestas que sí estaban presentes en ellos.

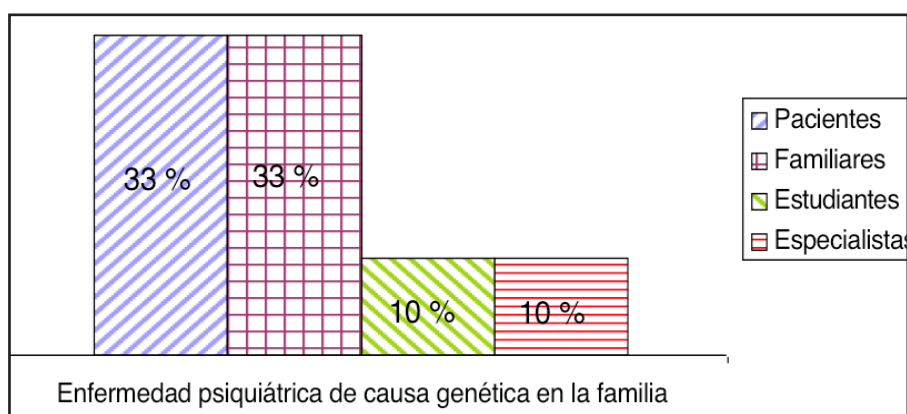
Los pacientes han vivido con la enfermedad y corroborar la posible causa genética de la misma no representa un alivio, significa más bien una culpa mayor por la posibilidad de haberle heredado a sus descendientes los genes causales de la depresión.

En lo relacionado con actitudes ante la prueba

y la orientación genética y las actitudes hacia la investigación genética no hubo diferencias significativas entre los cuatro grupos. En la primera los grupos obtuvieron puntuaciones medias de 16 a 19 puntos de un total de 24, en el segundo caso las medias fueron de 14 a 15 puntos de un total de 20, esto evidencia el conocimiento que los participantes tienen sobre la investigación genética, la importancia que le confieren a la genética como especialidad científica y la confianza hacia los profesionales que realizan estos estudios. De esta forma también demuestran la aceptación de estas investigaciones como vías útiles y necesarias para conocer más sobre la enfermedad y mejorar en un futuro su diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

En la figura 2 están reflejadas las consideraciones de los participantes en el estudio relacionadas con la posible causa genética de la depresión en su familia.

Figura 2: Enfermedad psiquiátrica de causa genética en la familia. Marianao 2012.



Fuente: Cuestionario.

El 33 % de los pacientes y familiares consideraron que la enfermedad psiquiátrica de su familia era de causa genética y el 10 % de los estudiantes y especialistas refirieron lo mismo.

En la tabla 7 están reflejados los datos con respecto a la percepción del conocimiento sobre depresión entre los participantes en el estudio. En general el número de personas que tenían conocimientos sobre la depresión fue mayor que el de las que no lo tenían, 52 personas que respondieron adecuadamente las preguntas y 48 las respondieron de forma incorrecta.

Solo 8 personas de las que no tenían conocimientos sobre depresión, contestaron que si conocían. Por el contrario del total de personas que contestaron adecuadamente las preguntas sobre la enfermedad, 47 de ellas creía no saber.

Estos resultados evidencian que no existe una buena

percepción del conocimiento que se posee, solo el 45 % está consciente del conocimiento que posee.

Las respuestas afirmativas con respecto a poseer conocimientos se concentraron en pacientes y familiares, aunque estos dos grupos no siempre acertaron al responder las preguntas lo que demuestra en realidad su falta de conocimiento, y en el caso de los familiares fue más significativo.

Solo 4 estudiantes afirmaron tener conocimientos, el grupo contestó correctamente muchas preguntas, pero hubo otras donde sus respuestas acertadas fueron casi insignificantes. En el caso de los especialistas pudiera explicarse una respuesta negativa con respecto a poseer suficientes conocimientos como modestia, quizás para no aparentar autosuficiencia, porque es muy significativo que solo tres de ellos contestaran afirmativamente y no fueron residentes ni

especialistas en psiquiatría, que sería lo más lógico, sino especialistas en MGI. Este grupo en general demostró que tenía conocimientos ya que en la

mayoría de las preguntas más del 50% contestaron correctamente.

Tabla 7. Percepción del conocimiento sobre depresión del participante. Marianao 2011-2012.

	Conoce sobre la depresión (Responde SI)	No conoce sobre la depresión (Responde NO o NO SABE)
Conoce sobre depresión (Puntuación mayor de 24 puntos)	5	47
No conoce sobre depresión (Puntuación menor de 24 puntos)	8	40
Chi-Cuadrado de Mc Nemar nivel de significación $\alpha=0.05$ Chi-Cuadrado= 27.6 p=0,0000		

Fuente: Cuestionario

La tabla 8 contiene la valoración que hicieron los participantes del estudio sobre quién debe tener acceso a la información genética. El 97% consideró que todas las personas deberían tener derecho a

conocer su información genética, lo que representa un elevado nivel de decisión y autonomía sobre sus datos personales, además del interés por conocer y saber más sobre el tema.

Tabla 8. Acceso a la información genética. Marianao 2011-2012.

	Si	No	No Sabe
Debe tener acceso a la información genética todas las personas en si mismas	97	3	0
Debe tener acceso a la información genética el Médico de familia	43	54	3
Debe tener acceso a la información genética los Dirigentes laborales	20	79	1
Debe someterse a la prueba los llamados al Servicio Militar	80	16	4
Debe someterse a la prueba los Pilotos u otras grandes responsabilidades	88	9	3
Debe someterse a la prueba los Padres adoptivos	54	38	8
Debe someterse a la prueba los Niños a adoptar	58	35	7
Todo el mundo debe tener derecho a mantener como confidencial sus datos genéticos	95	4	1

Fuente: Cuestionario

Sobre el acceso a la información genética de cada paciente por el Médico de Familia, aún sin el consentimiento del paciente, el 54% consideró que no debía. En opinión de los autores este criterio pudiera deberse a que este profesional no es visto en algunos casos por los pacientes como la persona más preparada o más adecuada para manejar esta información además de que por lo general las personas prefieren que su información personal se conozca solo con su consentimiento. Debe señalarse, sin embargo, que el 43% de los encuestados dio una respuesta afirmativa a esta pregunta lo que evidencia que no hay un criterio unánime con respecto al Médico de Familia, muchas personas confían en la competencia de estos profesionales y se sienten seguros con su atención. El acceso a la información genética por parte de los dirigentes laborales fue rechazado por el 79% de

los entrevistados, poniendo en evidencia quizás las vivencias desfavorables de muchas de estas personas con sus jefes, o directivos a los que le solicitaron trabajo y fueron rechazados o discriminados por su padecimiento. Mientras que el 20% si estuvo de acuerdo con que los dirigentes laborales exigieran a sus empleados estos datos y accedieran a ellos aún sin el consentimiento de los mismos.

El 80% de los participantes en el estudio consideraron que debían ser sometidos a pruebas genéticas los llamados al Servicio Militar y el 88% los pilotos u otro personal con grandes responsabilidades. En el primer caso por la manipulación de armas de fuego que pudiera tener resultados muy desfavorables para ellos mismos y para otros, cuando se colocan en manos de personas afectadas psicológicamente. En el segundo caso porque de su trabajo dependería la seguridad de

muchas vidas y deberían estar plenamente capacitados. En estos dos aspectos los entrevistados manejaron las pruebas genéticas como una confirmación de la enfermedad y no como la posibilidad de conocer si la persona presenta o no genes de riesgo, que como sabemos no es una confirmación de que en algún momento de su vida va a padecer la enfermedad. Si se tomara como regla esta valoración entonces en un futuro las personas con genes de riesgo de enfermedades psiquiátricas estarían privadas de ejercer estas profesiones o responsabilidades solo por la remota posibilidad de que un día pudieran enfermar, sin tomar en consideración sus capacidades intelectuales o laborales. Serían discriminadas por su información genética.

Con respecto a la adopción el 54% consideró que debían someterse a prueba las personas interesadas en adoptar un niño y el 58% los niños a adoptar. Puede ser que desde sus puntos de vista todo niño merece una familia feliz, que sea un ejemplo a seguir, con plenas capacidades mentales, que lo ayude a avanzar en la vida y lo apoye en todo momento. De la misma forma toda familia desea tener un hijo sano, feliz, realizado, que sea capaz de estudiar, trabajar y valerse por sí solo. Este patrón de vida significaría a su vez relegar en todos los sentidos a las personas que tuvieran genes de riesgo de enfermedades, en estas situaciones en particular es negarle a un niño unos padres o a unos padres un hijo, que pudieran ser capaces de lograr una vida armoniosa, en un ambiente estable rodeado de amor y comprensión que sería fundamental para evitar el desarrollo de una enfermedad mental a pesar de que en ellos existan genes de riesgo para las mismas.

En contradicción con algunos de los criterios anteriores el 95% de los entrevistados señaló que todo el mundo debe tener derecho a mantener como confidencial sus datos genéticos, según su criterio ellos tienen derecho pero, ¿las otras personas de las que se habló anteriormente no lo tienen? ¿Por qué?

Otros estudios internacionales como el realizado por Ole Mors y Mett Marri evidenciaron resultados semejantes con respecto al acceso del Médico de Familia a la información del paciente sin su consentimiento, al acceso de los dirigentes laborales con o sin el consentimiento del paciente y al derecho de cada paciente de conservar como confidencial sus datos genéticos.⁹

Es importante considerar las desigualdades en salud como moralmente inquietantes y a los esfuerzos en reducirlas como moralmente justificados, todos los individuos debieran tener igual capacidad de ser saludables. Al respecto, es importante recordar las palabras de Martin Luther King “de todas las formas de discriminación y desigualdad, la injusticia en salud es la más conmovedora e inhumana”.¹⁷

Conclusiones

El análisis realizado permitió observar que el nivel de conocimientos en relación con la depresión fue mayor en los especialistas que en los restantes tres grupos, existiendo diferencias significativas entre los especialistas y familiares.

Las personas que poseen conocimientos sobre la depresión no tienen a su vez una adecuada percepción sobre su nivel de conocimientos, principalmente en el grupo de los especialistas.

Todos los participantes mostraron conocimientos sobre las investigaciones genéticas, aunque los pacientes y sus familiares las relacionan generalmente con estudios prenatales en busca de malformaciones. Se apreció un buen nivel de aceptación hacia los estudios genéticos predictivos y prenatales en pacientes, familiares en riesgo, estudiantes y especialistas.

Se diseñó una estrategia preventiva basada en los conocimientos de depresión y las actitudes ante los estudios de base genética en individuos del Municipio Marianao, aplicable en todos los niveles de prevención en las consultas de Asesoramiento Genético del área de salud.

Referencias bibliográficas

1. Zarragoitia Alonso I. Depresión generalidades y particularidades. Ed. Ciencias Médicas. 2011. La Habana.
2. Acosta Artilles FI, Hernández Fleta JL, Pereira Miragaya J, Mateos Granados A, Díaz González CL, Gutierrez León MA et al. Antidepresivos en el tratamiento de la depresión. Bolcan. 2010 Feb; 2(1).
3. Herrán A, Moreno T, Ayuso Gutiérrez JL, Vázquez-Barquero JL. Uso clínico de los fármacos antidepresivos. En: Vázquez-Barquero JL Psiquiatría en Atención Primaria. Madrid: Aula médica, 2007; 669-682.
4. Zarragoitia Alonso I. La depresión como problema médico- social en el ámbito de la ciencia y tecnología. Rev Hosp. Psiquiátrico de La Habana 2010; 7:2. Visto en: www.revistahph.sld.cu.
5. Lyness JM. Depression: Epidemiology and pathogenesis. In: UpToDate, Basow, DS (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2009.
6. Valladares A, Dilla T, Sacristán JA. La depresión: una hipoteca social. Últimos avances en el conocimiento del coste de la enfermedad. Actas Esp Psiquiatr 2009; 37(1):49- 53.

7. Sisto C. Clínica de la depresión. Primera parte. ALCMEON 2; 1991: 140-160.
8. Oliver Ferrán M. Estrategia preventiva basada en un estudio de agregación familiar de Trastornos Mentales a través de gemelos probando en familias del municipio de Habana del Este, Ciudad de La Habana. Año 2009:13-15.
9. Marri Mett, Mors Ole. Psychiatric Genetic Testing: Attitudes and Intentions Among Future Users and Providers. American Journal of Medical Genetics Part B. (Neuropsychiatry Genetics). 2008; 147B: 375- 384.
10. Zarragoitia Alonso I. La estigmatización en la depresión. ALCMEON 63, año XIX, 16(3), 2010 agosto: 264-268.
11. Lantigua A. La Genética Médica del siglo XXI: su repercusión en los programas docentes de las Ciencias Médicas. Revista Cubana de Genética Comunitaria. enero- abril 2008; 2(1).
12. Gonzáles Ramírez AE, Díaz Martínez A, Díaz-Anzaldúa A. La epigenética y los estudios en gemelos en el campo de la psiquiatría. Salud Mental. 2008; 31: 229-237.
13. Mondragón L, Monroy Z, Ito ME, Medina-Mora ME. Disyuntivas en las concepciones sobre autonomía y beneficencia que afectan la terapéutica del intento suicida. Acta Bioeth. 2010 June; 16(1): 77–86. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2935665/>
14. Alonso J, Garayalde JA. Comportamiento del intento suicida en pacientes atendidos en los Centros de Diagnóstico Integral (CDI) del municipio Araure entre 2007 y 2009. Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana 2010, 7(1)
15. Rojas IA. Ética y genética en Cuba. Revista Cubana de Genética Comunitaria. 2009 enero- abril; 3(1).
16. Thornycroft G, Rose D, Kassam A, Sartorius N: Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? British Journal of Psychiatry. 2007; 190:192-193.
17. Urrutia MT, Cianelli R. Disparidad en Salud: Un Fenómeno Multidimensional. Hisp Health Care Int. 2010 March 1; 8 (1): 23- 35. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3349157>