



201121
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**UN ESTUDIO EXPLORATORIO SOBRE DEPRESION
EN ADOLESCENTES**

Dr. Juan José Sánchez Bossa
Director de la Facultad

Dra. Ma. Isabel Haro R.
Directora de Tesis

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

JUVENAL RAMIREZ YAÑEZ

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

México, D. F.

1988



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	Págs.
INTRODUCCION	1
I. JUSTIFICACION Y OBJETIVOS	4
1.1 Plaznteamiento del problema.	4
1.2 Importancia del Estudio.	9
1.3 Objetivos de la Investigación.	11
II. DEPRESION	13
2.1 Conceptualización de la Depresión.	13
2.2 Clasificación de la Depresión.	15
2.2.1 La Depresión en el DSM III.	16
2.3 Etiología de la Depresión.	20
2.4 Epidemiología de la Depresión.	28
2.5 Psiquiatría y Depresión.	31
.Episodio Maniaco	36
.Episodio Depresivo Mayor ó Grave	38
2.6 Psicoanálisis y Depresión.	43
2.7 Fundamentación para este trabajo	52
III. LA DEPRESION EN RELACION CON LA ESCOLARIDAS SEXO Y PERDIDA FISICA DEL PADRE.	56
3.1 Depresión y Escolaridad.	56
3.2 Depresión y Sexo.	57
3.3 Depresión y Perdida física del padre.	58

	Págs.
IV. LA ESCALA DE "AUTOMEDICION DE LA DEPRESION" DE ZUNG (EAMD).	60
4.1 Antecedentes de la Prueba.	60
4.2 Características de la Escala de Zung (EAMD).	66
V. METODOLOGIA	70
5.1 Planteamiento del Problema.	70
5.2 Objetivos.	71
5.3 Escenario.	71
5.4 Sujetos.	72
5.5 Selección de la Muestra.	72
5.6 Instrumentos.	72
5.7 Procedimiento.	73
5.8 Problemas durante la Aplicación.	74
5.9 Alcances y Limitaciones del Estudio.	74
VI. RESULTADOS Y CONCLUSIONES.	76
6.1 Resultados.	76
6.2 Conclusiones.	89
BIBLIOGRAFIA	91
APENDICE CUESTIONARIO PRUEBA DE ZUNG	98

INTRODUCCION

La literatura sobre la depresión es tan antigua y tan abundante que llenaríamos fácilmente varios estantes de una biblioteca. Sin embargo, considerada la información en su conjunto, es confusa, contradictoria e incompleta. Se encuentran informes de diversas concepciones o enfoques sobre la patología, que hace cada vez más difícil el contar con una clasificación de los trastornos mentales bien elaborada. Los métodos de investigación son múltiples y en no pocas veces opuestos, existen también innumerables instrumentos para investigar una sola patología. La etiología ha tenido grandes avances, sin dejar de lado que aún se sigue discutiendo si los factores culturales son importantes o no, en fin, pareciera que predomina en todo esto una situación caótica.

En la actualidad, hay resultados que si no nos ponen al borde de la satisfacción, si nos permiten apreciar el panorama con cierto optimismo. De los trastornos mentales, que se presentan con mayor frecuencia, en la población hasta ahora estudiada es el de los estados depresivos, incluso, se ha pensado que la depresión es la psicopatología de nuestro tiempo.

Las tasas de prevalencia de la depresión, han justificado la implementación de estudios epidemiológicos con el fin de llegar a nuevos descubrimientos sobre los factores etiológicos, magnitud, distribución, morbilidad, mortalidad, historia natural, farmacología y prevención de la depresión.

La epidemiología de los trastornos psiquiátricos ha destacado la importancia que tiene la detección temprana de estados depresivos y en general de los trastornos mentales. Esta

detección oportuna permitiría la aplicación inmediata de medidas de control, así como a la planeación e implementación de servicios para la atención de la salud mental de la población en general.

En nuestro país se han puesto a prueba diversas metodologías epidemiológicas y se ha trabajado sobre la validación de múltiples instrumentos que son el soporte en la estimulación de la prevalencia de los trastornos mentales.

En el presente estudio se describen los resultados obtenidos en la investigación epidemiológica, de la incidencia de depresión en un grupo de adolescentes que acuden a la escuela secundaria. Se pretende así mismo determinar si la muerte del padre tiene que ver con la incidencia de depresión.

De entre los modelos de investigación epidemiológica y de los instrumentos validados para el diagnóstico de la depresión, en este estudio se consideró el modelo propuesto por Blum y Cols. (1962), y el instrumento usado fue la escala de "Automedición de la Depresión" (EAMD), del Dr. Zung.

Blum plantea un trabajo de investigación en dos etapas. En la primera se pretende determinar casos potenciales y en la segunda se confirma el diagnóstico mediante el trabajo de especialistas en una institución de salud mental.

En el presente estudio se realizó la primera etapa, por responder justamente a las necesidades y características del trabajo, pues, se pretende determinar la incidencia de depresión en un grupo de estudiantes de secundaria y a partir de los resultados considerar si es oportuno implementar algún programa preventivo que auxilie a la población, y por otra parte si hay población que requiera de una atención especial.

lizada, derivarla cumpliendo así la segunda etapa de la investigación planteada por Blum.

Se seleccionó este modelo por las diversas ventajas que reporta, sobre todo en lo que se refiere a costos, pues es factible estudiar grandes muestras, sin contar con personal especializado para su aplicación, y porque es factible su operación en la población general.

La escala EMD fué utilizada por ser una escala de fácil manejo, de aplicación rápida y breve en sus contenidos, que no requiere de personal especializado para su aplicación, ya que es autoaplicable, que puede aplicarse en grupo economizando tiempo y finalmente porque ha sido de gran utilidad en la detección de casos potenciales, con altos índices de confiabilidad en el diagnóstico de depresión.

Este estudio epidemiológico de la depresión permite estimar la incidencia de esta psicopatología en adolescentes a fin de hacer una planeación de programas preventivos y de realizar las derivaciones de los casos que requieran tratamiento en una institución de salud mental, realizando así una labor preventiva con la población que por algún motivo no acude a los servicios de este tipo.

I JUSTIFICACION Y OBJETIVOS.

I.1 Planteamiento del Problema.

La epidemiología de la depresión ha reportado en múltiples estudios que la prevalencia aún cuando varía de una población a otra, la tasa es de las más altas tanto en el Distrito Federal como en la República Mexicana. Campillo y Col. (1979), señala que los trastornos afectivos ocupan un cuarto lugar entre otros diagnósticos psiquiátricos y puntualiza que entre la población general los desordenes depresivos son los que ocupan el primer lugar entre todos los padecimientos mentales.

Padilla y Peláez (1985), al estudiar la detección de los trastornos mentales nos refieren que de las tres instituciones de salud del Distrito Federal, la prevalencia de síndromes depresivos obtuvieron el mayor peso en las tres instancias de salud.

Sería ocioso referir porcentajes de la prevalencia de desórdenes depresivos de la población mexicana, pues los datos con los que se cuenta son limitados y referidos sólo a ciertos sectores de la población que acude a los centros hospitalarios, clínicas de salud pública y de centros de educación superior. Estas investigaciones coinciden en que existe una alta prevalencia de trastornos depresivos en la población que han estudiado, Campillo y Caraveo (1979); Caraveo (1985); Padilla y Peláez (1985); Díaz-Guerrero (1984).

La epidemiología tiene como estrategia estudiar a la comunidad en términos de unidad, equiparándola a un organismo, es por eso que su enfoque conforma uno de los pilares en los que se sostiene la salud pública. Sin embargo, la comunidad

que hasta la fecha se ha estudiado, sobre todo en lo referente a trastornos depresivos, es la que acude a los servicios de salud mental ya sea pública o privada.

Por otra parte, no toda la población que presenta trastornos mentales acude a los servicios de salud mental, qué decir de los casos potenciales que no reciben una atención oportuna y eficaz a nivel de prevención, aspecto que también es de competencia de los epidemiólogos y de todos aquellos que atienden la salud mental del pueblo.

Esta población que no acude a los servicios de salud mental y que comienza a presentar algunos trastornos es la que despierta nuestro interés, pues, si tomamos en cuenta los reportes bibliográficos sobre la incidencia o prevalencia de trastornos mentales como la depresión en la población mexicana, y las características de los problemas por los cuales acuden en busca de ayuda los adolescentes estudiantes de secundaria y que a continuación describiré, se hace apremiante plantear una serie de cuestiones al respecto.

En el desarrollo de mi trabajo como orientador vocacional en escuelas secundarias federales de la Ciudad de Tepic, Estado de Nayarit, a menudo acuden al cubículo de trabajo, alumnos que muestran dificultades en uno o varios aspectos como los siguientes: deficiente rendimiento escolar, dificultades en sus relaciones interpersonales y decaimiento en su

estado de ánimo. Las expresiones más comunes de los alumnos en conflicto son reportadas en las sesiones como: "No sé que me pasa no tengo ganas de nada, todo me cuesta mucho trabajo", "me siento mal, en la familia todo es un desastre, tengo muchos problemas con todos y esto me entristece mucho", "mis estudios se vienen abajo, no me puedo concentrar, me dan muchas ganas de llorar, no puede hacer algo que me saque adelante", etc.

En entrevistas subsiguientes la mayoría de los alumnos reportaron un acontecimiento infantil como la muerte física del padre, éste evento era para ellos el centro de las quejas, pues tanto los sufrimientos como las desventuras por las cuales estaba pasando la familia estaban para ellos relacionadas con la ausencia del padre a raíz de su muerte.

La literatura consultada en relación a estos aspectos y con la finalidad de contextualizar la problemática a tratar, nos dice que, Campillo y Caraveo (1979), por ejemplo, al referirse a los factores causales de la depresión, éstos son divididos didácticamente en factores concomitantes, predisponentes y precipitantes. Entre los factores concomitantes están mencionados el alcoholismo y las enfermedades físicas. Los factores predisponentes están referidos a la carga genética de la familia, al biotipo corporal, a la personalidad premórbida y a la pérdida de uno de los padres durante la primera infancia. De entre los factores precipitantes se encuentran los denominados eventos de la vida, como son la pérdida de un ser querido, el fracaso económico, la pérdida de status, las enfermedades físicas referidas a pequeños cuadros gripales, enfermedades infecciosas, intervenciones quirúrgicas, partos, abortos, etc.

Estudios como el de Hirschfeld y Cross (1982), sobre cuáles son las personas de un riesgo alto a la depresión, nos señala que son las mujeres, la gente joven y aquellos que han experimentado la pérdida de una relación significativa.

Díaz-Guerrero (1984), al estudiar la tristeza y la psicopatología en estudiantes de secundaria del Distrito Federal, refiere que la tristeza es el concepto potencial más significativo encontrado y la fuente de tristeza está referida al divorcio de los padres.

En 1985, Macías V. reporta en un estudio sobre la atención psicoterapéutica de la depresión en niños y adolescentes, que la pérdida de objeto es uno de los factores importantes en la génesis de la sintomatología de la depresión, y refiriéndose al niño, afirma que fundamentalmente es la pérdida real o imaginaria de alguno de los padres.

Toolan (1981), señala que la interrelación entre depresión y "trauma" psíquico originado en una edad temprana es una situación totalmente aceptada. Por su parte Nelson (1982), señala que la depresión severa y los intentos de suicidio tienen una relativa gran incidencia con la muerte temprana de los padres. Para Santiago Ramírez (1975), la infancia es el destino del hombre y al analizar la organización de la familia mexicana llega a la conclusión de que la "ausencia" del padre, la abundancia de la madre y la limitante de las áreas genitales de los progenitores es el problema fundamental de su organización, misma de la que se desprende el futuro del mexicano.

Por su parte, uno de los grandes de la psicología y fundador del psicoanálisis, Freud (1917), apuntaba que la melancolía (ahora denominada depresión), sobreviene a la pérdida

real o simbólica de lo que para una persona es significativo, y que a diferencia del duelo, ésta no se somete al principio de realidad y persiste por más tiempo.

Ahora bien, tomando en cuenta las características de la población atendida en los centros escolares ya referidos y a las investigaciones mencionadas es importante determinar la incidencia que puede presentar la población joven en relación con la depresión. Es decir, las quejas de los sujetos están muy relacionadas con la depresión, además, tenemos una circunstancia infantil que puede resignificarse en la adolescencia como un trastorno depresivo.

Es a través del estudio epidemiológico que obtendremos información sobre la incidencia de depresión que reporten los estudiantes de secundaria, tanto de aquellos que viven con sus padres como de aquellos que lo perdieron en su infancia, para observar si existen diferencias en cuanto a esta variable y principalmente, partir de esta detección para elaborar programas preventivos de atención a la salud mental de los educandos y de remitir a servicios profesionales los casos que por su riesgo así lo ameriten.

En torno al establecimiento de programas preventivos en lo que a salud mental se refiere, Gutierrez y Barilar (1986), apuntan que la epidemiología no ha contribuido totalmente a la planificación de servicios, ni al desarrollo de programas específicos en función de prioridades en virtud de que el ciclo de recolección, análisis y difusión de la información que compone todo un sistema de vigilancia epidemiológica hasta la fecha no se ha integrado en una forma satisfactoria. Por otra parte, las estadísticas de movilidad disponibles del nivel primario, no se examinan desde una perspectiva epidemiológica.

La incidencia epidemiológica de depresión se determina en este trabajo mediante el uso de la "Escala de Automedición de la Depresión" del Dr. Zung (1965).

De esta manera, nos planteamos en base a todo lo anterior las siguientes cuestiones:

¿Presentará incidencia de depresión con la escala del Dr. Zung la muestra de estudiantes de secundaria de la Ciudad de Tepic, Nayarit?

¿Habrá diferencia significativa de incidencia de depresión entre alumnos que perdieron a su padre en la infancia y los que no?

¿Requerirá la población estudiada de algún programa preventivo relacionado con la depresión?

1.2 Importancia del Estudio.

La psiquiatría, la psicología clínica y ramas afines se han planteado recientemente la necesidad de hacer diagnóstico de la salud mental de la población en general (Gutierrez y Barilar, 1986), con la finalidad de determinar lo más preciso posible la prevalencia de psicopatología.

El epidemiólogo tiene como tarea específica detectar en segmentos de la población, la distribución y curso de la enfermedad para finalmente llegar a la comprensión de su etiología, patogénesis y control.

En lo que se refiere a los servicios de salud mental sea esta comunitaria o institucional, la epidemiología tiene al-

cances que repercuten en la planeación de servicios, en la aplicación de estrategias clínicas y en la búsqueda de factores causales (Gutierrez y Barilar, 1986). La epidemiología en relación directa con la práctica clínica, ésta puede auxiliarse de aquella para identificar el origen y modo de transmisión de la enfermedad en los pacientes, así como para determinar la etiología, patología, curso y desarrollo de la enfermedad en el diagnóstico clínico, incluso hasta en la respuesta que se obtiene al aplicar algún tratamiento (Ezquiaga y García, 1986).

En los centros escolares por lo general se carece de material y de una línea técnica y profesional para atender casos de salud mental tal como se llevan a cabo en instituciones destinadas para este fin.

Tomando seriamente la dificultad que representa realizar el estudio de la población general con los criterios operativos y técnicos de las instituciones de salud mental y para la finalidad que se persigue en este estudio, es importante señalar que lo más conveniente es realizarlo mediante pruebas o escalas psicológicas de fácil manejo, tanto para la población a la que se le aplica como para el aplicador mismo, que no represente un gasto desmedido de tiempo, de recursos humanos, de recursos materiales, y que a su vez, nos permita detectar casos que requieren de atención y que no recurren a los especialistas.

Es indispensable que estos instrumentos tengan como requisitos mínimos:

- Que su aplicación sea sencilla.
- Que se puedan responder en corto tiempo.

- Que el lenguaje utilizado sea cotidiano y comprensible para la población a la que se le aplique.
- Que para su codificación no requiera de un proceso complejo, y
- Que cuente con un grado óptimo de validez y confiabilidad.

Ahora bien, en nuestro país contamos con escasas investigaciones epidemiológicas en el campo de la salud mental y sobre todo la referida a una edad escolar. Básicamente las investigaciones epidemiológicas están relacionadas con el medio hospitalario (Gutiérrez y Barilar, 1986; Campillo, 1979; Lara Tapia, 1976; Lara Tapia y Ramírez, 1976). Por tal motivo resulta importante realizar investigaciones en el ámbito en el que se desenvuelve la población y contribuir a la elaboración de conclusiones sobre la incidencia de depresión en poblaciones que reúnan las características que aquí señalamos.

1.3 Objetivos de la Investigación.

Los principales objetivos que se plantean en esta investigación epidemiológica de incidencia de depresión en adolescentes que perdieron al padre durante su infancia y de aquellos que no, están expresados de la siguiente manera:

- Determinar la incidencia de depresión y la relación que guarda con las siguientes variables: sexo y muerte física del padre, usando la escala de "Automedición de la depresión" del Dr. Zung.
- Elaborar programas de atención preventiva si este estudio así nos lo reporta.

-Canalizar a instituciones de servicios de salud mental los casos que requieran del segundo nivel de atención.

II DEPRESION

2.1 Conceptualización de la Depresión.

Sin duda alguna conceptualizar la depresión en el contexto de la psicopatología, es una tarea ardua sobre todo si tomamos en cuenta la cantidad de puntos de vista que se han expuesto sobre este tópico. Muchas investigaciones sólo han contribuido a incrementar la confusión, otras tantas son contradictorias y no faltan las que tratan superficialmente lo que a depresión se refiere.

Las clasificaciones que se han planteado sobre la depresión favorecen el desarrollo de ideas poco precisas al interior de la psicopatología, ya que en muchas ocasiones se le aborda como psicosis, luego como neurosis e incluso se le trata como una simple actitud de la vida.

Al intentar concentrar los puntos comunes que diversos autores manejan en relación con la depresión, Coderch (1979), Mendels (1972), Ey (1980), Castilla del Pino (1970), y Kielholz (1977), entre otros, señalan que la depresión dentro de la psicopatología es un trastorno de la afectividad, y el rasgo nuclear de la depresión es la alteración del estado de ánimo, como es para Coderch (1979), esto nos remite a considerar que la integridad afectiva de la persona está comprometida seriamente, es la persona como tal la que se encuentra en una situación particularmente nueva. Un punto de vista similar sostiene Castilla del Pino (1970), de quien queremos ocuparnos aquí. Castilla del Pino señala que el concepto de depresión puede tener tres connotaciones en el ámbito de la psicopatología y la psiquiatría, tanto Zung (1965), como el señor Mendels (1972), se refieren a la depre

sión en los mismos términos, únicamente, en lo que ha este punto se refiere. Señalan, la depresión es un síntoma, que se presenta ya sea de manera exclusiva o vinculado a otros que pueden o no tener relación con él. Otra interpretación que se le da es el de síndrome. En el síndrome depresivo lo nuclear es la tristeza y tiene un enlace con los demás síntomas que lo constituyen. Como tercera representación está la de enfermedad o cuadro nosológico que se caracteriza por la manifestación habitual del síndrome depresivo.

En otro momento Castilla del Pino, señala en su estudio que la depresión es más bien un estado, ya que este término hace referencia a la persona en su totalidad y que tiene como rasgo nuclear el síntoma tristeza.

La psiquiatría y la psicopatología han hecho de las psicosis dos grandes clasificaciones, en un apartado han colocado a las psicosis esquizofrénicas y paranoides y en otro han colocado a las psicosis afectivas (el D.S.M. III, las denomina trastornos afectivos), en las cuales el rasgo esencial es la alteración del estado de ánimo, desde luego nos referimos a éstas últimas.

Los trastornos de la afectividad pueden presentarse como depresión o como manía. Si se da en el sentido de una depresión, la manifestación de la tristeza viene siendo el rasgo central que la caracteriza. Si de la manía se trata, lo que se presenta como síntoma central es la euforia patológica. La perturbación del afecto puede presentarse con periodos de depresión y manía alternadamente, estableciéndose para ella la categoría de psicosis maniaco-depresiva.

En este trabajo se aborda lo relacionado con la depresión, de tal manera que conceptualizamos a ésta como el estado de ánimo clínico, que tiene como rasgo esencial el síntoma tristeza, derivándose de él todos los demás síntomas que lo constituyen.

Los criterios que como requisito debe cubrir este estado clínico para que sea considerado como tal, se encuentran desglosados en el DSM-III, y son los criterios de intensidad, duración, prevalencia, evolución, etc., que abordaremos con más detalle a continuación.

2.2 Clasificación de la Depresión.

La situación que prevalece sobre la clasificación de la depresión es muy diversa, una forma de clasificar a la depresión es en base a los factores que la causan, así tenemos que la depresión se divide en exógena o reactiva y en endógena. La depresión exógena o reactiva obedece a causas psicológicas o ambientales, en la depresión endógena se encuentra una determinante genética y hereditaria, Coderch (1979); Baldessari (1985); Calderón (1984); Freedman (1980).

Otra de las clasificaciones que es frecuente encontrar es la que se refiere a la psicosis maniaco-depresiva en unipolar y bipolar. Esta clasificación se ha dado más bien por la necesidad de indicar la presencia de uno sólo de los tipos y sobre todo el de depresión, en el caso de la depresión unipolar.

Cuando presenta accesos tanto de manía como de depresión, entonces estamos ante un caso de depresión bipolar.

Comunmente también se encuentra la clasificación que divide a la depresión en psicótica y neurótica, incluso hay que

nes agregan una llamada simple, Calderón (1984), la cual está referida a las causas que la generan. Tenemos que para la depresión psicótica son las mismas causas que hemos señalado en el caso de la depresión endógena. Para la depresión neurótica se menciona que la causa es la no integración adecuada de la personalidad durante la etapa evolutiva, debido a algún problema durante la infancia o en la adolescencia. En la depresión simple las causas son de tipo ecológico y social, y son elementos que no provocan ningún trastorno en la personalidad.

El DSM III nos presenta la siguiente clasificación, que por hoy es vigente, la describimos a continuación.

2.2.1 La Depresión en el DSM III.

.Episodio Depresivo Mayor

La clasificación más reciente de la depresión es la que nos señala el DSM III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1983), ahí se denomina "Episodio Depresivo Mayor", y lo define como: "La sintomatología está configurada por un estado de ánimo disfórico, habitualmente depresión, y por la pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades y pasatiempos habituales".

Esta alteración es procesada, relativamente persistente y va acompañada de otros síntomas del síndrome depresivo. Síntomas como: alteración del apetito, cambios en el peso corporal, alteraciones del sueño, agitación o entecimiento psicomotor, disminución de energía, sentimiento de inutilidad o culpa, dificultades de concentración o pensamiento, ideas de muerte o intentos de suicidio.

Los sujetos que presentan un cuadro depresivo, habitualmente describen su estado de ánimo como deprimido, triste, demasiado. Esta alteración del estado de ánimo que se manifiesta en el sujeto no se expresa como un sinónimo del estado de ánimo deprimido, sino como una queja de que nada importa al sujeto.

La alteración del apetito puede disminuir o aumentar, teniendo como consecuencia una pérdida de peso o aumento del mismo según sea la tendencia corporal del sujeto.

La alteración del sueño puede darse en dos sentidos: en una dificultad para conciliar el sueño (insomnio), ó en una frecuente interrupción del sueño con dificultades para volver a conciliar el sueño.

La agitación psicomotora puede manifestar en diversas formas: como una incapacidad para mantenerse sentado, o para mantenerse una marcha continua, o bien para retorcerse las manos, presenta acceso de quejas o gritos, verbalizaciones continuas, o bien puede manifestarse un entecimiento psicomotor, manifestando el sujeto un lenguaje lento, grandes pausas antes de dar una respuesta, movimientos corporales lentos, lenguaje monótono o disminuido o también mutismo.

El sujeto presenta una disminución del nivel de energía, hay una fatiga continua aun en ausencia de ejercicio físico.

El sujeto tiende a exagerar sus fracasos, se autorreprocha de sus mínimos errores, manifiesta sentimientos de culpa y de inutilidad. Tiene gran dificultad para concentrarse, y son muy comunes las ideas de muerte o de suicidio. El sujeto con síndrome depresivo en ocasiones suele tener también miedo a morir.

.Sintomatología Asociada.

En el cuadro depresivo los síntomas asociados que son más frecuentes están relacionados con: llanto, sentimientos de angustia, irritabilidad, miedo, tristeza, gran preocupación por la salud física, crisis de angustia y fobias. También pueden llegar a presentarse ideas delirantes o alucinaciones.

El DSM III señala que el episodio depresivo mayor es semejante en niños, adolescentes y adultos; pero que existen ciertas diferencias en lo que a síntomas asociados se refiere.

Los niños en edad prepuberal pueden presentar angustia de separación, lo que tiene como consecuencia un gran acercamiento hacia los padres o sus equivalentes.

El niño se niega a ir a la escuela, tiene miedo de morir o de que mueran sus padres y puede llegar a manifestar síntomas de ansiedad intensos.

En el adolescente se presenta una conducta negativa y antisocial, es muy común que se quiera ir de su hogar, se sienta incomprendido, se manifieste agresivo y malhumorado. Puede haber falta de higiene personal, es común que busquen un refugio en el consumo de drogas.

Sintetizando, en el DSM III se afirma la sintomatología esencial de los trastornos afectivos, es la alteración del estado de ánimo y que va acompañado de un síndrome depresivo, maniaco, parcial o total, no causado por ningún otro trastorno físico o mental.

El estado de ánimo alterado se presenta en el sentido de una depresión o de una euforia, estos dos síndromes tienden a presentarse juntos.

La subclasificación que presenta el DSM III en torno a los trastornos afectivos es:

- Trastornos Afectivos Mayores { Trastorno bipolar
Depresión mayor
- Trastornos Afectivos Específicos { Ciclotímico
Distímico
Hipomaniaco Crónico
- Trastornos Afectivos Atípicos.

En los trastornos afectivos mayores se da un síndrome afectivo completo y comprende tanto al trastorno bipolar, que tiene como antecedente un episodio maniaco, como a la depresión mayor, la cual difiere de la anterior por la ausencia del episodio maniaco.

De los trastornos afectivos específicos se dice que es requisito la presencia de un síndrome afectivo parcial de por lo menos una anterioridad de dos años. Estos trastornos afectivos específicos comprenden al trastorno ciclotímico, el cual presenta síntomas característicos de depresión y manía, pero sin la gravedad y duración suficiente para ser catalogado como episodio depresivo o maniaco. Comprende también este trastorno al distímico, el cual se caracteriza por la presencia de síntomas insuficientes para ser clasificado como depresión mayor.

Se incluye también en forma teórica al trastorno hipomaniaco crónico, que para ser considerado como tal, requiere haber presentado síntomas hipomaniacos de por lo menos dos años de duración, sin la presencia de síntomas depresivos.

Los trastornos afectivos atípicos es una categoría que incluye a los trastornos afectivos que no pueden clasificarse en ninguna de las dos subclases específicas.

2.3 Etiología de la Depresión.

Una forma sencilla de plantear didácticamente los factores causales de la depresión es la que ofrecen Campillo y Caraveo (1979), y que coincide con Ezquiaga y García (1986), esquemáticamente los dividen en tres factores:

-CONCOMITANTES:

Señalan como factores importantes a las enfermedades físicas y al alcoholismo.

-PREDISPONENTES:

En el cual se ubican la carga genética familiar, el biotipo corporal, la personalidad premórbida y la pérdida de alguno de los progenitores durante la primera infancia.

-PRECIPITANTES:

Aquí se encuentran los llamados eventos de la vida (pérdida de seres queridos, fracasos económicos, baja de status, etc.) Ezquiaga y García los denominan acontecimientos vitales: las enfermedades físicas (cuadros gripales), intervenciones quirúrgicas, partos y abortos.

Al referirse a la etiología de la depresión, Calderón (1984), nos dice que no existe en ningún tipo de depresión factores etiológicos específicos y obediendo más bien a una claridad didáctica, él los divide en factores genéticos, psicológicos, ecológicos y sociales.

La etiología de los trastornos mentales en general como de la depresión en particular no obedece a factores específicos, más bien se trata de una etiología multifactorial, heterogénea y multimodal. Con la finalidad de dar claridad a la ex-

posición y sólo por este motivo, se dividen los factores etiológicos en psicológicos, genéticos y bioquímicos.

Los factores psicológicos son trabajados en los siguientes apartados, por lo cual remitimos al lector a consultarlos limitándose este espacio a desarrollar los factores genéticos y bioquímicos.

.Genética de la Depresión

Freedman y Col. (1980), al referirse a los estudios genéticos con relación a los trastornos afectivos y específicamente de la psicosis maniaco-depresiva en la población general Europea y Norteamericana, señala que esta población presenta una frecuencia que no supera el 0.4%. Indican también que las frecuencias son mayores con referencia a los padres, hermanos e hijos de casos índices, siendo estos del 10 al 15%.

Estos autores se apoyan en Stendstedt y Kallmann, quienes concluyen que la enfermedad maniaco-depresiva sigue un tipo de herencia dominante con poder penetrante incompleto y expresividad variable de un gen autosómico único. Kallmann al analizar sus estudios con otras investigaciones logró deducir que hay una incidencia del 20 al 25% de la enfermedad maniaco-depresiva en hermanos y gemelos no idénticos, valor que es más elevado que el que se da en la población en general. En los gemelos idénticos encontró que la incidencia va del 66 al 96%. Otra de las aportaciones de Kallmann fue la diferenciación de la enfermedad depresiva de la esquizofrenia al estudiar a las familias de enfermos maniaco-depresivos.

Los factores genéticos que más se han estudiado están relacionados con la enfermedad maniaco-depresiva. Desde Kraepelin tenemos diversos hallazgos, él inició los estudios respec

to de la psicosis maniaco-depresiva y su diferencia con la esquizofrenia.

Estudios genéticos de gemelos han sugerido que la enfermedad afectiva unipolar y bipolar son entidades clínicamente diferentes y con un patrón genético de transmisión diferente. Siguiendo a Freedman, dice de la enfermedad bipolar Zerbini-Rubin, quien en 1969 encontró que en las parejas ambos eran unipolares o bipolares, lo cual le llevó a la conclusión de que algunos de los parientes unipolares de pacientes bipolares tienen el genotipo bipolar. Por su parte Angst y Perris en 1972, encontraron que los pacientes bipolares tenían parientes afectados con enfermedad unipolar y bipolar en tipo, mientras que los pacientes unipolares tienen familiares que padecen sólo de la variedad depresiva.

Jakimow-Venulet (1981), menciona que en la enfermedad bipolar la transmisión genética puede ser de tres tipos: dominante, si está relacionada con el sexo; autosómica dominante con baja penetrancia; y los de tipo poligénico.

En la enfermedad unipolar distingue dos subgrupos; enfermedad depresiva pura y un espectro de enfermedad depresiva con herencia poligénica. Para verificar el carácter distintivo genético entre la enfermedad bipolar y unipolar, señala que los resultados del análisis de correlación genética muestra que estos dos padecimientos dependen de dos diferentes predisposiciones.

La investigadora utilizó para su análisis los métodos de segregación de enfermedades afectivas de la herencia mendeliana simple (modelo monogénico con penetrancia completa; herencia recesiva y dominante), el de monogénicos con penetrancia incompleta y el de umbral multifactorial.

Del modelo de herencia mendeliana simple concluyó, que los valores de riesgo de morbilidad y de parámetro de segregación de los parientes de los sujetos estudiados, señalan que los datos no satisfacen el modelo monogámico con penetrancia completa (herencia recesiva y dominante).

El modelo monogámico con penetrancia incompleta le llevó a concluir que la hipótesis de la enfermedad afectiva bipolar se debe a un gene dominante con penetrancia incompleta, y en la enfermedad unipolar los datos le sugieren que esta condición se hereda de una manera pseudorrecesiva. Señala también, que los valores de penetrancia genotípica sugieren una forma multifactorial en la herencia de enfermedades afectivas.

Finalmente, el análisis genético de enfermedades afectivas a través de modelos de umbral multifactorial, le han reportado, que a pesar de que los factores genéticos son tan importantes (50-60%), los factores ambientales tienen su influencia en la manifestación de la enfermedad, alcanzando un 20% para la enfermedad bipolar y un 28.9% para la unipolar.

Estudios efectuados en familias por Winokur y Clayton (citados por Freedman), mediante los métodos de historias familiares y entrevistas a parientes, encontró que; la enfermedad maniaco-depresiva tiene un riesgo del 34% en padres y 35% en hermanos, con el primer método; con el segundo método el riesgo encontrado es del 41% en padres y 42% en hermanos, en hijos alcanza un 50%. El riesgo es significativamente mayor para enfermos femeninos, los cuales alcanzaron un 48%, mientras que para los masculinos se obtuvo un 30.7%.

Ahí mismo se cita a Mendelewics y Rainer quienes en el año de 1977 al estudiar el grado de psicopatología entre padres genéticos y padres adoptivos de pacientes maniaco-depre-

sivos, encontraron que los padres genéticos mostraron el más alto índice de psicopatología, maniaco-depresiva.

Autores como Price (1970) y Calderón (1984), señalan que en lo referente a los aspectos genéticos de la depresión, lo primero que se debe considerar es el riesgo empírico y la manera en que se transmiten los componentes genéticos.

El riesgo empírico se refiere a la probabilidad de que un pariente de un enfermo deprimido padezca depresión. Estos señalan que si uno de los progenitores sufre depresión grave, hay una probabilidad de 10 a 15% de que su hijo sufra depresión grave. Si el enfermo es un hermano del progenitor, el riesgo sería aproximadamente de la misma magnitud que la del progenitor.

Cuando los dos progenitores sufren depresión grave, sus descendientes tendrán un 50% de probabilidades de padecer el mismo síndrome depresivo.

Los parientes más lejanos como son los tíos, abuelos, presentan un riesgo empírico descendente al 3 o 4%. Esta proporción, no es significativamente más alta que la referida a la población en general, la cual es del 2 o 3%.

La transmisión genética, apunta Price, es un problema que no se ha podido resolver, pero sí se tiene idea de cómo no se transmite. Si se hablara de un carácter dominante, un gen correspondiente a éste rasgo sería suficiente para que se presentara ésta característica en una persona. La incidencia más baja se produciría mediante una unión de un recesivo monócigo con un heterocigoto. El heterocigoto presentaría el carácter, lo mismo que el 50% de los hijos. El caso contrario, el carácter recesivo en los dos progenitores, ninguno de los

dos presentaría ese carácter, pero suponiendo que fueran heterocigotos, tendrán un 25% de probabilidades de engendrar un hijo con esa característica.

En el caso de que uno de los progenitores esté afectado, el riesgo se eleva a 50% de probabilidades. En otros términos, la depresión no es un carácter dominante puro, ni un carácter recesivo puro.

.Bioquímica de la Depresión

Los estudios que han contribuido a considerar una etiología bioquímica de la depresión, están relacionados con el uso de medicamentos para el tratamiento de la hipertensión y de la tuberculosis.

El uso de la reserpina en el tratamiento de la hipertensión, trajo consigo que puede producir depresión en algunos pacientes. El empleo de los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), para el tratamiento de la tuberculosis, resultó ser un eficaz antidepresor en pacientes deprimidos.

Schildkraut (1970), manejó la hipótesis de las catecolaminas, justamente a partir de las pautas de excreción de las aminas biógenas. Menciona que los medicamentos antidepresivos aumentan las aminas biógenas, mientras que los que producen depresión, lo hacen disminuyendo la concentración de aminas biógenas. Estos hallazgos han resultado ser compatibles con las alteraciones en el metabolismo de las aminas biógenas producidas por antidepresivos tricíclicos, estimulantes y preparados eufóricos como la cocaína y la anfetamina; por las terapias electroconvulsivas y por las sales de litio en el tantamiento de los estados maniacos.

El metabolismo de las aminas biógenas es tan sólo un aspecto dentro de la bioquímica de la depresión, quizás el que mayor atención ha recibido. Sin embargo, la etiología bioquímica también se encarga del estudio del metabolismo de los esteroides, también llamados cambios psicoendócrinos y del metabolismo de los electrolitos.

Retomando el estudio de las aminas biógenas, las monoaminas cerebrales más estudiadas son las catecolaminas, específicamente la norepinefrina, dopamina, serotonina y la indolamina.

Estudios efectuados en la excreción urinaria de la norepinefrina y sus metabolitos en enfermos deprimidos, han presentado una disminución de la actividad noradrenérgica central. Se ha observado que a los pacientes deprimidos a los cuales se les ha suministrado medicamento antidepresivo, excretan cantidades mayores de metabolitos de las catecolaminas, mientras que, los pacientes deprimidos no tratados excretan cantidades escasas de metabolitos de la noradrenalina. Contrariamente, los maníacos o hipomaniacos excretan más derivados de las catecolaminas, Schildkraut (1970); Freedman y Col. (1980); Baldessarini (1986).

Tomando como referencia a estos mismos autores, afirman que la otra amina biógena ampliamente estudiada es la indolamina. Algunas de las indolaminas son: serotonina y la triptamina, al estudiarse en pacientes con trastornos afectivos se han encontrado bajas concentraciones de éstas en el líquido cefalorraquídeo y en orina respectivamente.

Otra hipótesis planteada en la bioquímica de los trastornos afectivos es la de la vía indolaminica. Esta hipótesis sugiere que la depresión está relacionada con la disminución de la actividad serotoninérgica del cerebro. Wetterberg

(1987) señala que en los estados depresivos se ha encontrado afectado el eje adrenal-hipotalámico-pituitario, el cual está relacionado con la regulación de la hormona melatonina, la cual además, depende y está regulada por los sistemas noradrenérgicos y serotoninérgicos.

Refiriéndonos al metabolismo de los esteroides, éstos autores nos reportan que el interés por estudiar los esteroides en la depresión proviene de los trastornos afectivos simulados que presentan los pacientes con enfermedad de Addison ó sín-drome de Cushin, sobre todo en depresión y manía.

Muchos enfermos deprimidos presentan un incremento de esteroides en la excreción urinaria, también observada en la pro-ducción de hidrocortisona. Sin embargo, en la actualidad tiende a pensarse que este incremento de esteroides es un factor fisiológico concomitante del síndrome depresivo, más que un factor etiológico del mismo.

Por otra parte, recientes hallazgos sugieren que la admi-nistración concomitante de esteroides con antidepresivos tri-cíclicos, puede potencializar y acelerar los efectos antide-presores de estos medicamentos y por otro lado, cambios en los niveles de esteroides pueden alterar enzimas implicadas en las síntesis y en el metabolismo de una u otra de las ami-nas biógenas, por lo cual no debe excluirse la posibilidad de que los esteroides jueguen un papel importante como factores etiológicos de la depresión.

En el metabolismo de los electrolitos, los estudios ado-lescen de conclusiones firmes debido a que los métodos y las técnicas actuales para determinar la implicación del sodio intracelular, no han sido del todo perfeccionados. Las técnicas radioisotópicas para evaluar el metabolismo del sodio en

los enfermos deprimidos han reportado aumento en los depósitos orgánicos de sodio. Más sin embargo, esto no se ha considerado como un factor etiológico, más bien ha sido señalado como un concomitante fisiopatológico de los trastornos depresivos.

Otros electrolitos estudiados en enfermos con trastornos depresivos son el potasio, magnesio y calcio. Pero se puede afirmar que, aún se requieren de estudios firmes que hablen de la cinética de los electrolitos y del agua en los enfermos deprimidos. Sin duda alguna, los resultados actuales no han ampliado el conocimiento de la etiología de los desórdenes afectivos, más bien, han enriquecido la información fisiopatológica de éstos desórdenes.

2.4 Epidemiología de la Depresión.

La investigación epidemiológica de los trastornos mentales en nuestro país es relativamente reciente. Los pioneros, por señalar algunos se encuentran entre los siguientes nombres: S.S.A. (1960); Cabildo (1976); Aguso y Col. (1968); Perez Toledo (1974); Lara Tapia y Col. (1975), (1980); Campillo y Col. (1981); Tovar y Col. (1984); Gutierrez y Col. (1984); Medina-Mora (1984). Pese a todas estas investigaciones aún no se ha podido estructurar un trabajo epidemiológico a nivel regional, sectorial o zonal de los trastornos mentales en la República Mexicana.

En la actualidad es necesario contar con investigaciones de los trastornos mentales de mayor incidencia, prevalencia o riesgos de morbilidad que conduzcan a la toma de decisiones sobre el tipo de servicios tanto preventivos como de tratamiento que deben implementarse en México para brindar una

atención oportuna y eficiente a la población que se ve agobiada por este tipo de padecimientos.

Circunscribiéndonos a los estudios epidemiológicos sobre depresión, éstos son escasos, debiéndoseles básicamente a Cabillo (1976); Campillo (1976), (1979); Lara Tapia (1976), (1980); Díaz-Guerrero (1984); Padilla (1985); Calderón (1984); Caraveo (1985). Sin embargo, todos estos estudios se han efectuado en centros hospitalarios, clínicas de salud y centros de estudios universitarios, escasos o nulos son los que se han realizado en la población en general.

Estos estudios epidemiológicos parecieran en suma contradictorios, pero más bien, son reflejos de una falta de criterio común en cuanto a la clasificación diagnóstica y a las diferentes metodologías utilizadas para el estudio epidemiológico de la población, motivo que también ha frenado de alguna manera el tener conclusiones generales al respecto.

De la consulta médica general, reportada en estos estudios, se llega a la conclusión de que se pueden considerar que del 10 al 15 por ciento de los pacientes que acuden a la consulta, presentan trastornos mentales. De éstos, se dice que el 90 por ciento padecen depresión, sin embargo, únicamente el 40 por ciento de ellos es detectado.

El médico general trata al 15 por ciento de esta población y canaliza a un servicio especializado a un 5 por ciento.

Padilla y Peláez (1985), reportan que la patología mental se da con más frecuencia en mujeres que en hombres y que a medida que aumenta la edad se da un incremento en la frecuencia de los trastornos mentales. Siguiendo el estudio de estas autoras, apuntan que los trastornos depresivos represen-

tan el mayor peso en la población investigada, resultados que coinciden con los reportados por otros autores como los ya mencionados.

Campillo (1979), afirma que se ha comprobado que la tasa de prevalencia de depresión varía de acuerdo a la población de que se trate. Este juicio nos remite a plantear la necesidad de tener información sobre la incidencia, prevalencia o riesgos de morbilidad de los trastornos mentales ya sea por zonas, regiones o sectores del país, que permitan la toma de decisiones en función del bienestar de la población, ya que cada día se presentan más trastornos mentales.

En los últimos años se ha destacado el problema que representa la depresión en el campo de la salud mental, pues se ha considerado como el trastorno que más problemas acarrea a la humanidad.

Durante las últimas tres décadas se ha registrado con un continuo incremento los estados depresivos entre las personas que viven en grandes comunidades urbanas y sobre todo han afectado a la población de los países más industrializados. Autores como Calderón (1984), señalan que las causas ecológicas son las que han incrementado el problema hoy en día.

A nivel mundial, se señala en infirmos de la OMS, que la depresión en cuanto a su prevalencia alcanza valores de 3 a 4 por ciento de la población en general y que un 10 por ciento de la población mayor de 15 años llega a presentar estados depresivos en alguna época de su vida, estos datos están referidos sobre todo a los países desarrollados.

Así pues, las magnitudes epidemiológicas, el tipo de repercusión psicológica y social en los pacientes, la accesibilidad diagnóstica y la posibilidad terapéutica de prevención

primaria, hacen de la depresión un problema significativo de salud pública que de ninguna manera se puede soslayar.

Es importante pues, contribuir en la multiplicación de la información epidemiológica que se requiere para tener una mayor precisión sobre la prevalencia de los estados depresivos de la población mexicana e implementar medidas oportunas de prevención (Gutierrez y Barilar, 1986).

2.5 Psiquiatría y Depresión.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desordenes Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM III, 1983), presenta en forma periódica los cambios y revisiones que se hacen a los conceptos diagnósticos, definiciones y síndromes de la psiquiatría y la Psicopatología.

Los cambios que se efectúan periódicamente, repercuten en la naturaleza de los psicodiagnósticos, también se han visto afectados los cuadros y categorías nosológicas. Estos cambios se han producido a partir de una celosa investigación y observación científica de todos los agremiados, los cuales pertenecen a diversas naciones.

El DSM III presenta definiciones, diagnósticos manejados descriptivamente, donde se incluyen factores causales y las modificaciones a la nomenclatura diagnóstica y a la estrategia de su planteamiento.

Una de las modificaciones la podemos observar por ejemplo, en la característica dimensional de agudo y crónico, en algunos trastornos es tratada clasificando a los pacientes en grupos diagnósticos en lugar de utilizar una clasificación

dividida en subcategorías, basada en la duración de la perturbación.

Otro cambio que podemos observar con respecto a las posturas tradicionales, se da en la eliminación de la categoría conocida como "Trastorno de la Personalidad Inadecuada", y se ha sustituido por nuevas categorías o entidades nosológicas como la de trastorno de la personalidad narcisista y trastorno de la personalidad límite.

El DSM III ilustra las categorías nosológicas mediante la utilización de ejes. Propone cinco ejes, con la finalidad de representar con independencia la evaluación de cada uno de ellos.

Los dos primeros ejes se utilizan en el diagnóstico de los trastornos mentales, los restantes están planteados con fines de investigación. Los diagnósticos relacionados con los ejes I y II dan como resultado el diagnóstico final.

Al formular un diagnóstico con el DSM III, los trastornos de mayor proporción se especifican en el eje I. En este están incluidas las psicosis, trastornos orgánicos, perturbaciones afectivas, trastornos neuróticos, farmacodependencia, trastornos psicosexuales, problemas de adaptación y alteraciones de la infancia, tales como la deficiencia mental y la deficiencia en la atención.

El eje II se utiliza para formular los trastornos específicos del desarrollo, como son los de la lectura y la categoría de los trastornos de la personalidad. En este eje también se ubican los trastornos de la personalidad específica.

El uso de los números en el DSM III, tienen la finalidad de ser un auxilio en las estadísticas y en la clasificación diagnóstica con cada eje. El análisis de la nomenclatura diagnóstica refleja el uso tradicional de la nosología dividida en neurosis, psicosis y perturbación orgánica.

Las desventajas que presenta el DSM III se encuentra en la contradicción que presentan las revisiones y alteraciones con fines ilustrativos, así como las omitidas. Otra desventaja está relacionada con la metodología utilizada en el manejo de la interrelación de las dimensiones diagnósticas de los ejes, solamente se asegura o se enfatiza la presencia de alteraciones.

La ventaja que presenta el DSM III está relacionada con el orden y la claridad que guarda en la nomenclatura.

.LOS TRASTORNOS AFECTIVOS EN EL DSM III

Los síntomas esenciales que alcanza a este grupo, son la alteración del estado de ánimo, acompañado de un síndrome depresivo o maniaco, el cual puede ser parcial o completo. No debe tener como base ningún trastorno mental o físico. Los síndromes depresivos o maníacos tienden a presentarse juntos.

En el DSM III los trastornos afectivos se subclasifican en:

- Trastornos afectivos mayores o graves, en el cual se exige un síndrome afectivo completo.

- Trastornos afectivos específicos, en el cual se exige un síndrome afectivo parcial con un mínimo de dos años de duración.

-Trastornos afectivos atípicos, incluye a todos los trastornos no clasificados en ninguna de las subclases específicas.

De los trastornos afectivos mayores nos dice: "Los trastornos afectivos mayores comprenden el trastorno bipolar y la depresión mayor, que se distinguen entre sí por la presencia de algún episodio maniaco anterior. La categoría de trastorno maniaco no se incluye en esta clasificación; en cambio se utiliza la categoría de trastorno bipolar, cuando se han presentado uno o más episodios maniacos, con o sin historia de trastorno depresivo mayor.

El trastorno bipolar se subclasifica en el cuarto dígito como mixto, maniaco o depresivo; la depresión mayor se subclasifica en el cuarto dígito como primer episodio o recurrente. El episodio actual se clasifica además en el quinto dígito para reflejar algunas características, como la presencia de síntomas psicóticos y la presencia de melancolía, en caso de episodio depresivo mayor". (pág. 215).

Los trastornos afectivos mayores son el trastorno bipolar y la depresión mayor o psicótica, éstos se distinguen entre sí por un episodio maniaco que se ha presentado con anterioridad. La categoría de trastorno maniaco sale de la clasificación y en su lugar se ubica el trastorno bipolar, esto es cuando se trata de la presencia de uno o más episodios maniacos.

En el cuarto dígito el trastorno bipolar se subclasifica como mixto, maniaco o depresivo. La depresión mayor se subclasifica como primer episodio o recurrente.

En el quinto dígito el episodio actual se clasifica para señalar o indicar síntomas psicóticos y melancolía.

sistente o intermitente y los pueden separar períodos normales de interés y capacidad de amar.

Para el diagnóstico de este trastorno se requieren dos años de duración por lo menos para los adultos y para los adolescentes y niños es suficiente un año. No debe diagnosticarse si el curso crónico se interrumpe en apariencia con un estado normal de un periodo de duración de unos meses.

Descartando los síntomas psicóticos, tales como ideas delirantes, alucinaciones, incoherencias, pérdida de la capacidad asociativa, deben encontrarse en los periodos depresivos por lo menos tres de los siguientes síntomas:

- Insomnio e hipertensión.
- Bajo nivel de energía o cansancio crónico.
- Sentimientos de incapacidad, pérdida de la autoestima, autolamentaciones o desaprobación.
- Disminución de la eficiencia, productividad o capacidad para pensar con claridad.
- Disminución de la atención, concentración y cualidad para pensar claramente.
- Retraimiento social.
- Pérdida de interés o de la capacidad para disfrutar de las actividades placenteras.
- Irritabilidad o cólera excesiva.
- Incapacidad de responder placenteramente a los estímulos.
- Hipoactividad o menos hablador de lo habitual, sensación de lentitud o inquietud.
- Actitud pesimista sobre el futuro, repetición de acontecimientos pasados que fueron negativos.
- Llanto o sollozo.
- Pensamiento repetitivo de muerte o suicidio.

.Episodio Maniaco

Este trastorno está caracterizado por uno o más períodos diferentes, donde el estado de ánimo que predomina es el eufórico, expansivo o irritable. Estos síntomas comprenden hiperactividad, lenguaje verborrético, fuga de ideas, autoestima excesiva, disminución de sueño, distraibilidad y excesiva implicación de actividades de posibles consecuencias nocivas, mismas que el sujeto no logra reconocer.

El paciente maniaco se describe como eufórico, optimista, festivo y contagioso, de estado de ánimo elevado. Lo expansivo radica en el entusiasmo incesante y en los contactos indiscriminados que mantiene con las personas. Una vez que se le contraría se torna irritable.

La hiperactividad se manifiesta en una excesiva participación en actividades laborales, políticas, sexuales, etc., el sujeto se vuelve sociable y desconoce la naturaleza de todos estos actos. Su lenguaje por lo general es de tono alto y tan rápido que difícilmente se le puede interrumpir.

Con demasiada solvencia cambia de un tema a otro, es decir se presenta fuga de ideas. Se observa distraibilidad cuando tiene cambios instantáneos en la actividad y en su lenguaje. En lo que se refiere a su autoestima, ésta raya en lo delirante y con excesiva grandiosidad.

La necesidad de dormir mucho disminuye, con frecuencia se despierta antes de la hora acostumbrada, siendo su despertar colmado de energía. Cuando la alteración del sueño se agudiza, puede estar varios días sin dormir y sin mostrar agotamiento.

Al trastorno maniaco generalmente se asocian síntomas de los cuadros esquizofrenia, esquizofreniformes o paranoides y del trastorno ciclotímico. Para diagnosticar este trastorno se descartan el daño orgánico y la intoxicación por sustancias como las enfetaminas y los esteroides.

Para el diagnóstico del trastorno maniaco se exige uno o más períodos con el estado de ánimo característico, y con una duración mínima de una semana en donde persistan por lo menos tres de los siguientes síntomas:

- Aumento de la actividad laboral, social, sexual o de inquietud física.
- Más hablador de lo habitual o con un lenguaje verborreico.
- Fuga de ideas o sensación subjetiva de que los pensamientos suceden a gran velocidad.
- Incremento de la autoestima (puede llegar a la grandiosidad delirante).
- Disminución de la necesidad de dormir.
- Distraibilidad.
- Se inmiscuye en actividades cuyos resultados son negativos.

En el quinto dígito se subclasifica el período maniaco en remisión y con síntomas psicóticos. El período maniaco en remisión es aquél que cubre todos los criterios del trastorno pero que en la actualidad presenta algunos síntomas sin completar desde luego los criterios del episodio maniaco. La segunda subclasificación debe utilizarse cuando se compruebe un deterioro en los instrumentos administrados y ante la persistencia de ideas delirantes, alucinaciones o conducta extraña.

.Episodio Depresivo Mayor o Grave

La sintomatología que caracteriza a este período es el estado de ánimo disfórico, pérdida de interés o placer en las actividades o pasatiempos que el paciente tiene por costumbre hacer. El estado de ánimo disfórico se caracteriza por: depresión, tristeza, melancolía, desesperanza, apatía, falta de iniciativa e irritabilidad.

Estos síntomas incluyen las alteraciones en el sueño, en el apetito, en el peso, agitación o enlentecimiento psicomotor, disminución de la energía, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultades de concentración e ideas de muerte y de suicidio.

Los pacientes con este síndrome suelen describirse como deprimidos, desanimados, tristes, desesperanzados y desechos. La sintomatología asociada a este episodio se describe como: apariencia depresiva, sentimiento de angustia, miedo, irritabilidad, llanto, tristeza, excesiva preocupación por la salud, crisis de angustia y fobias. Las ideas delirantes se dan en torno al estado de ánimo predominante y el que con mayor frecuencia se presenta es el de persecución, a causa de la enfermedad o insuficiencia que experimenta el paciente.

El DSM III nos dice que la sintomatología asociada a la adolescencia que: "En los adolescentes puede aparecer una conducta negativa o francamente antisocial.

Son comunes los deseos de marchar de casa, el no ser comprendido o aprobado, inquietud, malhumor y agresividad. Son frecuentes el resentimiento, la desgana en cooperar en las cuestiones familiares y retraimiento en las actividades sociales con reclusión en la propia habitación. Son probables

las dificultades escolares. Puede haber falta de cuidado de su aspecto personal y aumento de la emocionalidad, con especial sensibilidad al rechazo en las relaciones amorosas. Puede darse también abuso de sustancias tóxicas". (pág. 222).

El episodio depresivo mayor se diagnostica diferencialmente descartado o excluyendo los siguientes: una etiología orgánica; la demencia degenerativa primaria o la demencia por infarto múltiple; la esquizofrenia; trastorno esquizoafectivo; del trastorno distímico y ciclotímico y de los trastornos mentales tales como; el obsesivo compulsivo o la dependencia del alcohol, el trastorno por angustia de separación y del duelo no complicado.

Con anticipación señalamos el primer criterio de diagnóstico del episodio depresivo mayor o grave, cuando caracterizamos al estado de ánimo disfórico, cuenta también con el criterio de duración y cantidad, el cual nos indica que por lo menos cuatro síntomas de los que a continuación se describen, han estado presentes a diario y con un mínimo de tiempo de dos semanas. Se excluye a los niños menores de seis años, la cual se infiere cuando en su expresión facial muestra la tristeza.

Los síntomas a considerar son:

- Poco apetito o pérdida relevante de peso (sin dieta), o incremento del apetito con un significativo aumento de peso (no se considera el aumento de peso esperado en los menores de seis años).
- Insomnio e hipersomnia.
- Agitación o lentificación psicomotora.
- Pérdida de interés o placer en las actividades habituales o disminución de la motivación sexual al margen de los períodos delirantes o alucinatorios (apatía en los

menores de seis años).

- Pérdida de energía o fatiga.
- Sentimientos de inutilidad, autorreproches, culpa excesiva o inapropiada (puede ser delirante).
- Quejas o muestras de disminución de la capacidad de concentración o de pensar, lentitud progresiva del pensamiento o indecisión, por lo general no se acompaña de incoherencia o pérdida notable de la capacidad asociativa.
- Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida, deseos de muerte o intento de suicidio.

Otro criterio se establece a partir de que no se presente el síndrome afectivo, ni antes, ni después, y no aparezcan ni preocupación por ideas delirantes o alucinatorias incongruentes con el estado de ánimo, ni conducta extraña.

El episodio depresivo mayor o grave al subclasificarse presenta las siguientes manifestaciones:

En remisión:

Los pacientes cumplen los criterios del diagnóstico del episodio depresivo mayor, pero en la actualidad no cumplen todos los criterios, sólo algunos.

Con síntomas psicóticos:

Se encuentra un gran deterioro evidenciado en las pruebas psicológicas, hay ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Se especificará si los síntomas psicóticos son congruentes o incongruentes con el estado de ánimo.

Síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo:

Es decir alucinaciones e ideas delirantes relacionadas con la incapacidad, la culpa, la enfermedad, la muerte, el nihilismo y con el estupor depresivo.

Síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo:
Ideas delirantes y alucinaciones que no incluye a las anteriores pero que están relacionadas con la persecución, inserción y difusión del pensamiento y con el delirio de control.

Con melancolía:

Pérdida de placer en algunas o en todas las actividades y falta de respuesta a los estímulos placenteros.

Para su diagnóstico se exigen como mínimo tres de los siguientes síntomas:

- Inconfundible cualidad de un estado de ánimo deprimido.
- La depresión ocurre con mayor intensidad por la mañana.
- Entecimiento o agitación psicomotora.
- Falta de hambre o pérdida de peso.
- Sentimiento de culpa.

El DSM III señala como factores predisponentes de los trastornos afectivos mayores a la enfermedad física crónica, la dependencia al alcoholismo y a los trastornos específicos como son los distímicos y los ciclotímicos.

La depresión mayor puede iniciarse a cualquier edad. El primer episodio maniaco de un trastorno bipolar se presenta antes de los treinta años. El episodio maniaco puede iniciar se súbitamente y con un avance acelerado de los síntomas en pocos días. Su duración varía desde unos días hasta meses, son más breves y de terminación más sorpresiva que los episodios depresivos maniacos, es decir, trastorno bipolar, puede llegar a presentarse con un episodio depresivo mayor.

En lo que respecta al episodio depresivo mayor, éste, puede aparecer bruscamente, a través de síntomas prodrómicos y

su sintomatología se desarrolla rápidamente en cosa de días o semanas y en el caso de los prodrómicos (ansiedad generalizada, fobias, depresiones leves y crisis de angustia), hasta en meses.

De un primer episodio depresivo mayor, puede aparecer otro episodio depresivo mayor, el cual es diagnosticado ahora como depresión mayor recurrente. Estos tienen un riesgo mayor para desarrollar trastornos bipolares.

Los trastornos afectivos mayores tienen un curso variable, algunos pacientes tienen episodios separados, otros agrupados y en otros se da el incremento de la frecuencia de los episodios. Se ha observado que del 20 al 25% de los pacientes tienen un curso crónico que arrastra síntomas y deterioro social.

En los episodios maníacos se encuentra un deterioro de la actividad social y laboral. En los depresivos mayores el deterioro varía. Si el deterioro es leve, hay interferencia en la actividad laboral y social, si es grave, el paciente puede ser incapaz de realizar actividades laborales o sociales e incluso puede tener dificultades de autocuidado.

Las complicaciones asociadas a estos episodios son: para el maniaco, el abuso de sustancias tóxicas y las que se derivan de sus juicios, los cuales pueden llevarlo a la banca rota. Del depresivo grave el mayor riesgo es el suicidio.

En los estudios realizados en los países industrializados como Europa y los Estados Unidos, se señala que de la población adulta, del 18 al 23% aproximadamente en mujeres y del 8 al 11% en hombres, han sido hospitalizados por padecer un episodio depresivo mayor y de un 0.4 al 1.2% de la población adulta ha tenido un trastorno bipolar. (Freedman y Col. 1980).

2.6 Psicoanálisis y Depresión.

K. Abraham fué el primer psicoanalista que publicó un estudio sobre la depresión en 1911 titulado "Notas Sobre la Investigación y Tratamiento de la locura Maníaco-depresiva y Condiciones Asociadas" y S. Freud en 1917 en "Duelo y Melancolía" hace aportaciones al tema comparando la pena o duelo normal con la melancolía, puntos de vista que siguen teniendo vigencia en nuestros días.

S. Freud señala que el duelo normal sobreviene de la pérdida de un ser amado o su equivalente, ya sea la patria, libertad, ideales, etc., en cambio, la melancolía constituye un estado de ánimo profundamente doloroso, donde cesa el interés por el mundo exterior, pérdida de la capacidad de amar, inhibición de las funciones y autodepreciación y pérdida del amor propio.

La pérdida del amor propio generalmente se traduce en autoreproches y autoacusaciones que inducen en ocasiones a la delirante espera de castigo o que lo orillan al suicidio.

Normalmente se espera que el duelo normal sea superado con el tiempo, en la medida en que el principio de realidad se impone a la pérdida del objeto amado. Esto significa que el yo queda libre de toda inhibición provocada por la pérdida. En la melancolía el paciente sabe que objeto ha perdido, pero ignora lo que con él ha perdido.

En la medida en que ahonda más en la pérdida, se da el autoreproche y la autoacusación, situación que no se da en el duelo normal. Con este mecanismo de autoacusación y autoreproche el yo se hace indigno, necesita de castigo y de humillación frente a los demás.

El melancólico externaliza su culpa sin el menor pudor, tenga o no razón en su crítica, lo real es que describe su estado psicológico, como es el de la pérdida de su propia estimación. Aquí el superyo - instancia moral - se sitúa frente al yo y lo responsabiliza de la pérdida. La pérdida del objeto acontece pues dentro del propio sujeto y sólo él, sabe de su exacta dimensión o significación.

Al respecto S. Freud apunta que para que el objeto perdido sea significativo para el sujeto, el objeto debe estar plenamente identificado con el sujeto. El proceso de identificación es válido tanto para el duelo normal como para el patológico. Lo que ocurre en la melancolía a diferencia del duelo, es que la identificación del yo con el objeto es de tal calidad - merced al carácter primigenio - que la pérdida del objeto equivale a la pérdida del yo.

La persona identificada con el objeto tiene que reprocharse la pérdida de ese objeto, ya sea que la pérdida sea por culpa de la persona o del objeto mismo. Esto explica el por qué muchos autoreproches estén dirigidos a sí mismo, y no al objeto. Una identificación de éste tipo con el objeto se verifica a través del modo de relación que establece el sujeto con las cosas (relaciones objetales), una relación de tipo oral narcisista, plantea una inmadurez del yo, esta inmadurez hace posible que al sobrevenir la pérdida del objeto amado aparezca la melancolía y se exprese así la regresión a los estadios primigenios.

Una persona de estructura narcisista no puede ligarse al objeto amoroso en una relación recíproca, pues su relación va a estar caracterizada por una necesidad de gratificación. De esta manera, cuando el objeto amado no gratifica, en el sujeto aparece la autoagresividad, pero, ésta no se lleva a

cabo sin la concomitante aparición de sentimientos de culpa. De tal suerte que el superyo se reprocha el haber deseado la pérdida del objeto.

En el sujeto depresivo coexisten sentimientos ambivalentes frente al objeto: esto es, lo quiere cuando recibe gratificación de él y lo rechaza cuando no las recibe. Esta ambivalencia señala Abraham confiere una estructura obsesiva a la persona tendiente a la depresión.

En 1924 K. Abraham llamó la atención, al señalar que las ideas de culpabilidad tienden al cumplimiento de un deseo, deseo que ha sido vivido como agresión al objeto, agresión que sucumbe a la represión y la culpa que se reprocha es real en cuanto que con él se cumple el deseo de agredir al objeto. Para el superyo de un sujeto que se autocastiga, importa lo mismo que el deseo se convierta en realidad o que quede como deseo a la hora de reprocharse. Las aportaciones de K. Abraham pueden sintetizarse de la siguiente manera: de la etapa esfinteriana o anal-sádica se desprende la tendencia a hacer del objeto externo al yo, una propiedad del yo. En esta etapa se distinguen dos niveles, el rentitivo y el destructivo. En el fondo lo que se trata es de separar los impulsos procedentes de este estadio, en los meramente posesivos y controladores del objeto, y los destructores si aparece el temor a perderlo.

La reiteración de los sentimientos ambivalentes infantiles, en la que en principio se desarrolla el deseo de aquello que se ama y posteriormente prefiere destruir el objeto amado antes que perderlo, es un factor determinante del desencadenamiento de la depresión.

Otra fuente de investigación psicoanalítica que ha hecho valiosos aportes sobre los estados depresivos relacionados con la primera infancia y fundamentalmente con la pérdida de los objetos amorosos y el duelo concomitante que representa la pérdida, es la de Melanie Klein.

En 1962 M. Klein señala que la "posición depresiva" tiene su inicio en la fase oral del desarrollo. Antes de iniciar la caracterización de esta fase del desarrollo, según Klein es preciso redondear a la fase que le precede, por tal motivo Klein puntualiza que en la "posición esquizo-paranoide" el manejo exitoso de las ansiedades propias, de esa edad, coadyuvan en la organización gradual del universo del bebé, lo hacen ordenando sus percepciones y emociones, en la disociación de lo bueno y lo malo. A través, de los procesos de escisión, proyección e introyección el bebé se enfrenta a dos objetos: un objeto ideal y un objeto malo. En lo que respecta al objeto ideal, lo ama, lo conserva, trata de adueñarse e identificarse con él. En cambio, en el objeto malo proyecta sus impulsos agresivos y lo vive como una amenaza, tanto para sí mismo como para su objeto ideal.

Una elaboración de la "posición esquizo-paranoide" se da cuando el bebé siente fortalecido su objeto ideal y sus impulsos libidinales, cuando se da un debilitamiento del objeto malo y de sus impulsos agresivos.

Es en base a la identificación con el objeto ideal y al crecimiento y desarrollo fisiológico del yo que disminuye la proyección de los impulsos malos, tolera mejor el instinto de muerte y decrecen sus temores paranoides. Así mismo, predomina la integración del yo y del objeto, debilitándose la escisión y la proyección.

El desarrollo se ve caracterizado por dos tendencias: de integración y de escisión, es justamente cuando los procesos integradores de elaboración de la fase esquizo-paranoide se hacen más estables, cuando surge la nueva fase del desarrollo dominada "posición depresiva".

M. Klein define a la "posición depresiva" como la fase del desarrollo en la que el bebé reconoce un objeto total y su relación con él. El primer objeto total que reconoce es la madre, la cual puede ser en ocasiones buena y en otras mala con él, puede estar presente o ausente, a la que puede amar u odiar. Se percata ahora de que sus experiencias buenas o malas, provienen de la madre como fuente de satisfacción.

Este descubrimiento de la madre como objeto total abre un mundo de experiencias nuevas. El reconocer a la madre como objeto total significa reconocerla como individuo con una vida propia y con sus propias relaciones. En la medida que para el bebé se transforma la madre como un objeto total, el yo del bebé se convierte en un objeto total.

En la "posición depresiva" la ambivalencia es la fuente de las ansiedades. El motivo de las ansiedades es el sentimiento de que sus impulsos destructivos destruyan o lleguen a destruir al objeto amado, del cual depende totalmente.

El proceso de introyección se intensifica en la "posición depresiva" debido al debilitamiento de los procesos proyectivos y por otra parte debilitada también por el conocimiento que el bebé tiene de su dependencia del objeto, el cual es independiente y puede alejarse de él abandonándolo. Es con la introyección que se intensifica la necesidad de poseer al objeto, de guardarlo dentro de sí y protegerlo de su propia destructividad.

De la introyección oral surge la ansiedad de que los impulsos destructivos destruyan no sólo al objeto bueno que aparece ante él, sino también al objeto bueno introyectado. El objeto interno bueno forma el núcleo del yo y del mundo interno del bebé, de ahí que aparezca la ansiedad de ser el autor de la destrucción de su mundo interno.

En el caso del bebé bien integrado, es decir que evoca y conserva su amor por el objeto bueno, incluso ante sus sentimientos de odio, está expuesto a nuevos sentimientos como son el duelo, la nostalgia y la culpa, provocada por el sentimiento de perder a su objeto amado, por efectos de su propia destructividad.

El bebé recuerda que ha amado y ama a su madre, pero siente que terminó con ella devorándola o destruyéndola y ya no puede recurrir a ella como objeto externo. También ha efectuado su destrucción interna, como objeto interno, con el cual está identificado y así su mundo se ve despedazado viviendo sentimientos de pérdida, culpa y nostalgia sin esperanza alguna de reponerlo.

Ahora lo que prevalece es un doble sufrimiento; sufre por sí mismo y por su madre a quien ama, introyecta y se identifica constantemente.

Los sentimientos de dolor se acrecientan porque se siente perseguido. La persecución proviene de la regresión a las escenas donde se proyectan los impulsos destructivos y se les identifica con perseguidores internos, por otra parte es factible que vuelva a sentir como perseguidor al objeto bueno, al que hizo pedazos y que ahora le provoca sentimientos de pérdida y culpa.

M. Klein nos refiere que la experiencia de depresión en el bebé desencadena el deseo de reparación del o de los objetos destruidos. Su anhelo es compensar los daños causados con sus fantasías omnipotentes devolviéndoles la vida y la integridad. Cree que la destrucción se debe a sus propios impulsos destructivos, de la misma manera cree que su amor y cuidados destruirán los efectos de su agresión.

La "posición depresiva" tiene la característica de modificar la concepción de la realidad durante el proceso de su elaboración. Se ha señalado que el yo del bebé se integra más, que disminuyen los mecanismos de proyección y que percibe su dependencia de un objeto externo, así como la ambivalencia de sus instintos y las consecuencias que ellos traen, es decir, descubre su realidad psíquica.

El bebé se percató de su existencia y de la de los objetos externos como distintos y separados de él. Advierte sus impulsos y fantasías y comienza a diferenciar la fantasía de la realidad externa. Es así como se establece la ligazón entre el desarrollo del sentido de realidad psíquica y realidad externa.

Otro aspecto importante que se advierte en la elaboración de la "posición depresiva" es el fortalecimiento del yo mediante el crecimiento y asimilación de objetos buenos introyectados en el yo y en el superyo. La relación con los objetos cambia también sustancialmente, así, podemos observar que el bebé adquiere la capacidad de amar y respetar a las personas como seres independientes y diferenciados, adquiere la capacidad de reconocer como suyos los impulsos propios y responsabilizarse de ellos así como de tolerar la culpa.

En lo referente al superyo, éste forma sus primeras raíces durante la "posición esquizo-paranoide", en la fase de la "posición depresiva" el yo quiere o pretende identificarse con el objeto ideal, convirtiéndose en la parte del superyo correspondiente al ideal del yo, mismo que resulta persecutorio con sus elevadas exigencias de perfección.

En la "posición depresiva" el acercamiento entre el objeto ideal y el objeto persecutorio facilita la integración del superyo, y se vivencia como un objeto interno total al cual se ama con sentimientos ambivalentes. Los ataques dirigidos a este objeto total dan origen a sentimientos de culpa y autoreproches. El superyo es vivenciado en las fases tempranas de la "posición depresiva" como severo y persecutorio y en la medida en que se va afirmando la relación de objeto total, el superyo pierde algunas de sus características malignas y se acerca más a una imagen de padres buenos y amados.

El superyo no sólo genera pués, los sentimientos de culpa, sino también sentimientos de amor que lo protegen de los impulsos destructivos.

Klein señala que la "posición depresiva" no llega a elaborarse cabalmente, aún cuando el bebé tenga repetidas experiencias de duelo y reparación, de pérdida y recuperación, y éstas le permitan fortalecer su yo, recreando en su interior los objetos que pasan a formar parte de él. Sin embargo, generalmente se experimentan ansiedades relacionadas con la ambivalencia y la culpa, así como las pérdidas que reavivan experiencias depresivas.

Los objetos buenos de la vida adulta simbolizan y representan aspectos del primer objeto bueno, de modo que cualquier

pérdida posterior reaviva la ansiedad de perder el objeto interno bueno y las ansiedades sentidas durante la "posición depresiva".

Klein afirma que si durante la "posición depresiva" el sujeto establece un objeto interno bueno, suficientemente fuerte, las situaciones de ansiedad depresiva no le conducirán a la enfermedad tan fácilmente, más bien le conducirán a una elaboración fructífera. Si se da el caso de que no se afianza, es posible que el desarrollo posterior sea desfavorable. Finalmente, señala que el elemento de fijación de las psicosis está en la "posición esquizo-paranoide" y en los comienzos de la "posición depresiva"; pero si logró rebasar ésta y la elaboró parcialmente, las dificultades que aparecerán en el desarrollo son las neurosis.

Otra obra de M. Klein que confirma estas observaciones es la de "Psicoanálisis de las Perturbaciones Psicológicas" (1974). De las investigaciones de esta autora y de las de K. Abraham y S. Freud, podemos afirmar que coinciden en señalar que la melancolía, hoy denominada depresión deviene de la pérdida real o fantaseada del objeto amado. Esta pérdida lleva a la instalación del objeto dentro del yo, más, debido al exceso de impulsos canibalísticos en el sujeto, la introyección se malogra y el sujeto sucumbe a la enfermedad. Ya se ha señalado con anterioridad que la introyección tiene que ver sobre todo con las relaciones del sujeto con el objeto total. Otro estímulo que favorece el mecanismo de introyección es la fantasía de que el objeto amado puede conservarse a salvo dentro del sujeto, por lo que los peligros internos son proyectados sobre el mundo exterior. Klein señala que también se da una gran ansiedad por los peligros que puedan representar para el objeto introyectado.

La depresión tiene pues sus fuentes en el desarrollo temprano de la persona, cuando el yo realiza la transición de la incorporación parcial del objeto a la total, es decir cuando se está dando el proceso identificatorio, cuando los procesos internos que llevan a la depresión están determinados por la sensación del sujeto de haber fracasado en salvar su objeto bueno internalizado, ese objeto con el cual se ha identificado.

2.7 Fundamentación para este Trabajo.

A partir de los trabajos de investigación psicoanalítica se plantea en este trabajo la influencia que puede ejercer el acontecimiento de la muerte física del padre durante la infancia de las personas en el desencadenamiento de estados depresivos, mismos que pretendemos detectar durante el período de la adolescencia.

Muchos especialistas en psicología sostienen que la infancia es el enclave o pilote del destino ulterior de toda persona. Al caracterizar la infancia como la etapa de la vida en la que se configura el ser humano como tal, se está señalando que las relaciones que establece el pequeño con la familia y en especial con los padres, son las que lo conectan con lo propio del ser humano, con el mundo de los símbolos y del lenguaje, instrumentos indispensables para su inserción en la cultura, en la sociedad.

La estructuración o configuración del sujeto como persona, se inicia con la relación materna, persona que satisface las necesidades físicas, deseos e impulsos. Es a través de ella que, en un principio los demás llegan a ocupar un lugar en su vida. Las relaciones tempranas adquieren mayor relevancia.

cia cuando se inicia el proceso de identificación. La identificación tiene como función general la de ser un proceso a través del cual el sujeto se socializa globalmente, se conoce y conforma a sí mismo y construye el mundo que lo circunda tomando como modelo al Otro, es decir al representante legal.

En el proceso identificatorio el padre ocupa también un lugar importante, es él, quien en su función de control, defensor, de proveedor, de representante simbólico de la legalidad, de la ley, se convierte en el modelo con el cual se quieren identificar los hijos. Inicialmente esta identificación es total y paulatinamente se va parcializando, considerando un aspecto o atributo del otro.

Freud (1914), ha precisado que la identificación es el primer lazo afectivo que registra el sujeto en su interacción con las figuras paternas o con sus equivalentes. Resulta que, la identificación es el proceso psíquico mediante el cual la persona asimila un aspecto, propiedad o atributo de otro, ya sea en forma parcial o total del que ha tomado como modelo. Y el conjunto de identificaciones constituyen y diferencian la personalidad de un sujeto.

En esta dimensión y bajo las características de la identificación con el padre, es que la muerte física del padre durante la infancia de los sujetos que conlleva a la depresión en la adolescencia o en alguna otra etapa de la vida, más nuestro interés está centrado en la etapa de la adolescencia. La muerte del padre puede ser vivenciada en el seno familiar como una amenaza a su integridad, a la irrupción de la satisfacción de necesidades, a la regulación o control de las exigencias, de las hostilidades, a la falta de un representante legal. Sabemos que, aun cuando la madre o algún otro miem-

bro de la familia suple al padre en sus funciones, la situación no siempre es favorable al proceso de personalización del sujeto en términos de una normalidad. Por tal motivo al caer el objeto de la legalidad, se debilita el modelo y sea ahora objeto del encomio de los impulsos ambivalentes.

Otra característica importante de la identificación es la ambivalencia, y es en este campo donde coexisten los sentimientos amorosos y hostiles, de tal forma que los sentimientos hostiles y las fantasías de destrucción y muerte dirigidos al padre, ya que simbólicamente es él el que cumple la función de prohibir o controlar la realización de deseos del menor, pues depende de él. Si esta muerte fantaseada está asociada a la muerte real del padre, el infante puede vivenciar este acontecimiento como una acción insólita que demanda castigo. Esta situación puede desencadenar una "posición depresiva" o bien una depresión, o bien puede reprimirse y aparecer una vez que se encadena a otros acontecimientos que lo lleven a resignificar la pérdida. En este caso hablamos de la resignificación que tiene la pérdida del padre durante la infancia al asociarse con las dificultades propias del adolescente, el cual enfrenta problemas escolares, familiares y personales ante la debilidad del modelo o de la legalidad.

La adolescencia es la etapa en la que se reactiva la ambivalencia en relación a las figuras paternas, especialmente hacia el padre. La etapa de la adolescencia es el momento en el que el sujeto tiene que asumir definitivamente la identidad personal, en especial el hecho de vivirse como mujer o como hombre, en otras palabras, es remitirse al modelo paterno y afirmarse así mismo definitivamente.

Ahora bien, si consideramos que la muerte del padre ocurre durante la etapa de su vida en la cual se da la identificación, y en ese proceso los sentimientos ambivalentes hacia

la figura paterna se encuentran en su momento más álgido, sobre todo los hostiles, aunado a otro acontecimiento como es el de la amenaza de castración, el cual exige la renuncia a las tentativas de satisfacer los deseos eróticos con alguno de los padres, fantaseando su muerte, todos estos acontecimientos se resignifican con la muerte de la infancia, con la falta de productividad, de aceptación de sí mismos, a través de una sintomatología propia de los estados depresivos.

III LA DEPRESION EN RELACION CON LA ESCOLARIDAD, SEXO Y PERDIDA FISICA DEL PADRE.

La epidemiología de la depresión en nuestro país se encuentra en una fase de desarrollo, sin embargo, existen numerosos reportes que nos permiten hacer una valoración de la magnitud, distribución, morbilidad e historia natural de los estados depresivos.

Campillo y Caraveo (1979), señalan que en México los trastornos afectivos ocupan el cuarto lugar entre los diagnósticos de trastornos mentales de diversos hospitales psiquiátricos. Los cuadros depresivos se distribuyen con mayor frecuencia entre las psicosis maniaco-depresivas y la psicosis reactiva, las cifras alcanzadas en México son similares a las encontradas en otros países.

Diversos estudios muestran la distribución de la población estudiada, relacionando los cuadros depresivos con la raza, sexo, edad, cultura, nivel socioeconómico, etc., (Campillo y Caraveo, 1979; Freedman y col. 1980; Jablensky y col. 1981; Hirschfeld y Cross, 1982; Padilla y Peláez, 1983; Caraveo, 1985).

3.1 Depresión y Escolaridad.

En la demanda de consulta psiquiátrica es más frecuente encontrar que personas adultas o ancianas sufran depresión, sin embargo, cada día es más frecuente encontrarse con que jóvenes estudiantes de enseñanza media y universitarios consultan al especialista en salud mental por problemas depresivos.

La relación que se establece en diferentes investigaciones entre el nivel académico y la depresión es la de una relación inversa entre escolaridad y depresión. Padilla y Peláez (1985), señalan que los pacientes con menor escolaridad muestran una mayor prevalencia que aquellas personas que tienen en su haber entre 13 y 16 años de escolaridad.

Stangler y Printz (1980), al estudiar a una comunidad universitaria encontraron que el diagnóstico de mayor frecuencia era el de los estados depresivos. A su vez, Weissman y col. (1980) reportaron que las personas que presentaron con más frecuencia síntomas depresivos, tenían entre otras características un nivel académico bajo.

3.2 Depresión y Sexo.

Los investigadores por lo general reportan que hay una mayor frecuencia de trastornos mentales en las mujeres que en los hombres. Campillo y Caraveo (1979), apuntan que en el mundo occidental se ha aceptado que se deprimen dos mujeres por cada hombre. Coopen (1970), ha indicado que la proporción esperada en torno a los cuadros depresivos a lo largo de la vida es del 8 por ciento en los hombres y del 16 por ciento en las mujeres, señala que estos porcentajes se deben principalmente al incremento progresivo de la población de edad adulta y avanzada de los países occidentales. Nielsen y Achton (1979) señalan también una mayor incidencia de depresión en mujeres en relación con los hombres.

Algunas explicaciones que se dan sobre esta diferencia radican básicamente en situaciones propias de la mujer, es decir, la menstruación, el nacimiento de los hijos, etc, sin embargo, hay autores que piensan que no hay razones de peso para establecer esta diferencia.

Balderas (1986), señala que hay investigaciones empíricas que sostienen la predisposición de las mujeres a la depresión a partir del rol sexual femenino tradicional y a la estructura de la personalidad de la mujer mexicana. También señala que los roles sexuales asignados conducen a la mujer a asumir el papel que se le asigna, las normas de su sexo, aunque por lo general esas normas son socialmente menos deseables. Por otro lado, Díaz-Guerrero (1984), encontró que las mujeres quedan más ampliamente protegidas de fuentes de tristeza que los hombres, esto es, que se protege más a la mujer de las dificultades de la vida.

3.3 Depresión y Pérdida Física del Padre.

Las investigaciones psicoanalíticas realizadas por Abraham, Freud, Klein, han sentado las bases que explican la dinámica de los estados depresivos (melancolía). Señalan que ésta sobreviene de la pérdida de un ser amado o su equivalente y si esta pérdida como ya se ha apuntado se circunscribe a la etapa de las identificaciones, es viable que la pérdida sea resignificada mediante la sintomatología propia de los estados depresivos durante la adolescencia al enfrentar la identificación con las figuras parentales.

Santiago Ramírez (1975), señala que la infancia es el destino del hombre y al analizar la organización familiar mexicana, para señalar las implicaciones que tiene en la construcción de la personalidad del mexicano, llega a la conclusión de que la ausencia de padre, la abundancia de madre y la limitante que por sistema mantienen los progenitores de sus áreas genitales es el problema fundamental de la organización familiar de los mexicanos.

Estudios como los de Durić (1977), señalan que la pérdida de un objeto significativo o padre idealizado, así como de un objeto ambivalente para el sujeto es considerado como causa de depresión en personas jóvenes.

Por su parte Nelson (1982) apunta que la depresión severa y los intentos de suicidio tienen una relativa gran incidencia con la muerte temprana de los padres.

En este estudio se toma como base las investigaciones señaladas y se pretende determinar la incidencia de trastornos depresivos en una población de jóvenes escolares en relación con la muerte del padre.

IV LA ESCALA DE "AUTOMEDICION DE LA DEPRESION" DE ZUNG (EAMD).

4.1 Antecedentes de la Prueba.

La escala de "Automedición de la Depresión" de Zung fue publicada por primera vez en 1965 con un estudio realizado en 56 pacientes psiquiátricos, separados en dos grupos: aquellos que sólo tenían un desorden depresivo (DD), y aquellos que tenían además de un desorden depresivo algún otro diagnóstico (DO), Zung (1965). Los marcadores en el grupo DD fueron más altos (promedios SDS = 0.73), que aquellos del grupo DO (promedios DSD = 0.33).

Más tarde Zung y colaboradores (1965) mostraron que pacientes no internos con diagnóstico de desorden depresivo psiconeurótico puntuaron mucho más alto que pacientes internos teniendo desórdenes de personalidad, reacción de ansiedad psiconeurótica y desórdenes de situaciones transitorias de la vida adulta, aunque tres grupos de pacientes no internos puntuaron más que los controles normales del primer estudio.

Por otra parte Jacobs y colaboradores (1968), al hacer un estudio comparativo con sujetos clasificados como "Borrachos empedernidos" y otro grupo de pacientes no considerados como tales, mostraron que las puntuaciones promedio en la escala de Zung eran más altas en el primer grupo, esto es importante pues, pacientes con depresión pueden tener quejas somáticas, sin síntomas depresivos. Estos estudios pueden avalar la utilidad que pueden presentar la escala cuando se aplica a poblaciones donde no se sospecha ningún desorden psiquiátrico.

En un estudio realizado por Weingold (1968), con 73 alcohólicos con la categoría de no pacientes, obtuvo un valor promedio de SDS = 0.64, valor que es ligeramente más alto que el obtenido por Zung en el grupo DO. Las puntuaciones de estos sujetos también varían más que los obtenidos por Zung. Estas dos características de altos índices y variabilidad se esperarían en pacientes alcohólicos si la escala tu viera validez crítica, pues, el alcoholismo se asocia comúnmente a la depresión, aunque no todos los alcohólicos son de primidos. En el mismo estudio se reporta que los pacientes mostraron un descenso significativo en el SDS después de recibir tratamiento.

Los estudios que evidencian la validez de esta escala son los del mismo Zung (1967), quien al correlacionar su escala con otros instrumentos de medición de la depresión como el Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI), obtuvo una $r = 0.59$. Al relacionarla con la escala de depresión de Hamilton obtuvo una $r = 0.56$ (Zung, 1969), con la escala de A. Bech encontró una $r = 0.76$, con la escala de Lubin reporta una $r = 0.29$. Así mismo, la correlación del SDS y las evaluaciones de observadores en las mismas dimensiones con una $r = 0.87$, Zung (1972).

La escala ha tenido muchas críticas en cuanto al estudio del espectro de la sintomatología depresiva y en no diferenciar significativamente entre pacientes deprimidos localizados en una práctica general, de los que se encuentran en un ámbito de tratamiento y de los pacientes internos del servicio psiquiátrico (Carrol, 1973). Aún así, la escala muestra una validez considerable, consecuente. El SDS parece ser una buena elección para la asesoría sintomatológica de la depresión en la población general.

El problema metodológico más importante que se tiene que resolver en torno a la escala, al usarla como estudio de de presión en la población general es el de su multidimensional idad. Zung, diseñó la escala para cubrir el rango de síntomas de la depresión al hacer un análisis de factores.

Rickeles (1973), se encontró que la escala de Zung cuenta con cuatro factores: 1) un índice de bienestar; 2) un índice de estado deprimido; 3) un índice de síntomas somáticos y 4) un índice de optimismo.

Lara Tapia y colaboradores (1976), al trabajar la adapta ción y estandarización de la escala de Zung en nuestro país, estudiando cinco grupos de sujetos sanos, enfermos psiquiátricos y no psiquiátricos, concluyó que las normas estándar de la escala original son válidas y se considera su utili dad en la investigación clínica y farmacológica en nuestro país, así como su uso en la clínica como diagnóstico.

Algunos estudios presentan un análisis exhaustivo de los reactivos de la escala, con el objeto de afianzar la confia bilidad de la misma.

Freedman en 1965 utilizó las gamas (medidas de asociación utilizable con datos ordenados) para interrelacionar las res puestas a los reactivos del SDS de Zung. Las matrices gama fueron sometidas al análisis Guttman-Lingoes del mínimo espa cio. Este análisis se distribuyó en tres grupos con tres dimensiones, con un coeficiente de alineación de 0.14 y un Kruskal de stress de 0.12. Los puntos al interior de cada dimensión fueron material de análisis adicionales para de terminar si las relaciones entre los puntos al interior de un grupo, eran similares para una variedad de subgrupos dentro de la población.

El análisis dimensional tiene como principio que dentro de los puntos de una dimensión o grupo debían mostrar consistencias en las relaciones entre los reactivos al interior de los grupos demográficos seleccionados. Si las relaciones eran consistentes, se puede decir que los reactivos son vistos similarmente por esos subgrupos y probablemente en la mayoría de la población. Si las relaciones son inconsistentes es probable que el significado de los reactivos varíe de grupo a grupo. Esta estrategia es usada por Blumenthal (1972).

En el análisis del mínimo espacio se eligieron como subgrupos de unidades de respuesta a los reactivos contenidos en el grupo más grande de "bienestar" que consta de siete de diez reactivos positivos, reportándose los siguientes resultados:

- Tengo la mente tan clara como antes.
- Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro.
- Tengo esperanza en el futuro.
- Me resulta fácil tomar decisiones.
- Siento que soy útil y necesario.
- Mi vida tiene bastante interés.
- Todavía disfruto con las mismas cosas.

Rickels (1973), encontró estos siete reactivos en el primer factor al hacer un análisis factorial de los datos que le reportaron los 831 pacientes deprimidos no internados en el servicio psiquiátrico.

Los contenidos de estos reactivos son tan diversos, como los equivalentes a retardo psicomotor ("me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro"), el cual se encuentra en el mismo grupo que el de confusión ("tengo la mente tan clara

como antes"), y también en el de desesperanza ("tengo esperanza en el futuro"), éstos subrayan la posibilidad de que el en trevistado pueda estar reaccionando al elemento positivo, más que al síntoma específico que el reactivo supone representar.

El análisis de estos reactivos muestran bajas correlaciones entre reactivos (gamas menores a 0.4). Las bajas correlaciones están asociadas a "tengo la mente tan clara como antes" y a "tengo esperanza en el futuro". Cuando estos dos reactivos se retiran, diez y siete de las diez y nueve gamas son menores a 0.30 y ocho de las once gamas se ubican entre 0.29 y 0.35 y se eliminan de tal manera que las relaciones van desde índices moderados hasta los altos.

Los cinco puntos que se interrelacionan consistentemente se combinan en una sola subescala denominada "índice de bienestar". A los reactivos que no se relacionaban consistentemente con los de "bienestar", se correlacionaron sin embargo, consistentemente entre sí a través de todos los subgrupos en un segundo índice que es el de "Optimismo".

Mediante un sistema de Análisis similar, se desarrollaron índices adicionales del SDS de la siguiente manera:

.Índice de Bienestar

- Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro.
- Me resulta fácil tomar decisiones.
- Siento que soy útil y necesario.
- Mi vida tiene bastante interés.
- Todavía disfruto con las mismas cosas.

.Índice de Estado Deprimido

- Me siento abatido y melancólico.
- Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.
- Creo que les haría un favor a los demás muriéndome.

.Índice de Síntomas Somáticos

- El corazón me late más aprisa que de costumbre.
- Me canso sin hacer nada.

.Índice de Optimismo

- Tengo la mente tan clara como antes.
- Tengo esperanza en el futuro.

.Reactivos no Agrupados en un índice

- En la mañana me siento mejor.
- Me cuesta trabajo dormirme en la noche.
- Como igual que antes solía hacerlo.
- Todavía disfruto de las relaciones sexuales.
- Noto que estoy perdiendo peso.
- Tengo molestias de constipación.
- Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.
- Estoy más irritable de lo usual.

Estos y otros diversos estudios que se han realizado sobre la prueba de Zung nos conducen a certificar la validez y confiabilidad que tiene la escala, misma que puede ser de una inmensa utilidad en la investigación epidemiológica y a la par con otras escalas.

4.2 Características de la Escala de Zung (EAMD).

El Dr. Zung elaboró esta escala de "Automedición de la depresión" en 1965, ante la necesidad de evaluar la depresión de una forma sencilla y bajo los criterios de síntoma, afecto o enfermedad psiquiátrica, mismos que ninguna de las escalas existentes satisfacía a plenitud.

La necesidad de correlacionar la presencia y severidad de la depresión con otros parámetros como la respuesta de despertar del sueño y los cambios producidos por el tratamiento hicieron necesario elaborar un instrumento ágil, breve y simple. Las escalas existentes tenían según Zung la desventaja de ser unas escalas muy largas y que consumen mucho tiempo en resolverlas, sobre todo si se considera la poca energía con la que cuentan los deprimidos y las dificultades psicomotoras a las que se enfrentan. Otra desventaja la encuentra en que la mayor parte de las escalas dependen de la interpretación del entrevistador y no son autoadministrables. Con la intención de salvar estos obstáculos se plantea elaborar una escala para evaluar la depresión y que tuviera además la ventaja de cubrir todos los aspectos sintomatológicos de la depresión, ser breve y simple, que fuera de carácter más cuantitativo que cualitativo, que pudiera autoadministrarse y registrar el estado del paciente en el momento de la aplicación.

Zung (1965), al diseñar la escala de "Automedición de la depresión" (EAMD), se basó en el análisis factorial de los síntomas característicos de la depresión trabajados por Grinker, Overall y Freedman, mismos que quedan integrados en tres factores o criterios usados para el diagnóstico clínico. Estos criterios son los siguientes:

- Afecto profundo.
- Equivalentes o concomitantes fisiológicos.
- Concomitantes psicológicos.

Una vez establecido el criterio diagnóstico de los síntomas depresivos, elaboró la escala en base a los registros verbales de pacientes entrevistados y seleccionó los ejemplos más representativos de un síntoma particular, los cuales conformaron la "Escala de Automedición de la Depresión".

La escala consta de veinte ítems, de los cuales diez son expresados en forma positiva y diez en forma negativa. Al aplicarla se solicita clasificar cada uno de los veinte ítems según los cuatro siguientes términos cuantitativos, correspondiendo al momento de aplicar la escala. Los términos cuantitativos son:

- Muy pocas veces.
- Algunas veces.
- Muchas veces.
- Casi siempre.

La escala está construida con la finalidad de que el paciente más deprimido y con más molestias tenga la puntuación más alta, mientras que el paciente menos deprimido y con menos molestias, alcance las puntuaciones más bajas.

El índice de la EAMD se obtuvo de la división de la suma de los valores (puntaje bruto) obtenidos en los veinte ítems por el máximo posible de la marca que es ochenta y expresado en decimales. Zung elaboró una tabla para convertir la calificación básica al índice EAMD.

El siguiente cuadro describe las mediciones de depresión AMD obtenidas bajo controles normales y con pacientes cuyo diagnóstico previo era depresión, reacciones de ansiedad, de sordenes de la personalidad, etc. Estos diagnósticos fueron establecidos por clínicos antes de calificar con AMD. Se obtuvieron mediciones de depresión con prueba psicológicas de norma antes de probar con la escala AMD. En todos los pacientes se observó una íntima correlación entre las mediciones con la EAMD y las calificaciones registradas en otras pruebas.

El índice promedio en pacientes deprimidos hospitalizados y previamente diagnosticados fué de más de 70 y en los pacientes ambulatorios fué de más de 60. Las calificaciones de 40 o menos obtenidas con los controles normales indicaron que no había depresión o que ésta era de poca importancia. Se registraron índices de más de 50 en varios pacientes con desórdenes emocionales que sugirieron considerar el tratamiento de la depresión tratandolo como un diagnóstico primario, secundario o simplemente sintomático, esto debido a que, exceden el promedio de los índices AMD para los controles normales.

DIAGNOSTICO DE LOS GRUPOS DE VALORACION	INDICE MD PROMEDIO	MEDIDA (P-95 %)
Controles Normales	33	25-43
Deprimidos (hospitalizados)	74	63-90
Deprimidos (ambulatorios)	64	50-78
Reacciones de Ansiedad	53	40-68
Desordenes de la personalidad	53	42-68
Reacciones de ajuste de situac ción transitoria	53	38-68

El detalle de los resultados, las correlaciones obtenidas de esta investigación de Zung ya han sido abordados en el punto anterior.

V. METODOLOGIA

5.1 Planteamiento del Problema.

La epidemiología tiene como estrategia estudiar a la comunidad en términos de unidad, con la finalidad de detectar la incidencia, morbilidad, prevalencia y etiología de los trastornos mentales en la sociedad. Por tal motivo, se ha elevado como uno de los pilares de salud mental y ha adquirido importancia en la investigación psiquiátrica de los últimos años.

La planeación de servicios de salud mental van siendo cada día más el resultado de los aportes de la investigación epidemiológica, además, ha sido de enorme utilidad en el estudio de casos que acuden tanto a los centros hospitalarios como de la población en general, con la plena intención de prevenir la aparición de trastornos mentales.

El interés que ha motivado este estudio, está relacionado con la problemática que presentan los estudiantes de secundaria vinculada con la muerte física del padre en la infancia de éstos y los diversos síntomas depresivos que reportan. Se trata también, de una población que no acude a los servicios de salud mental en busca de ayuda.

Por tal motivo, se hace necesario determinar la incidencia de depresión, la relación que guarda con la muerte física del padre y si es conveniente implementar programas preventivos, para atender a la población estudiantil con estas características.

3.2 Objetivos.

En este estudio epidemiológico se plantea detectar la incidencia de depresión, usando la escala del Dr. Zung (1965), en una población de adolescentes que acuden a escuelas secundarias del sector público y privado y que tienen la característica de la pérdida física del padre o la presencia de éste, entendida ésta como que viven con los sujetos.

Se define aquí a los sujetos como:

Sujetos 1 : Sujetos cuyo puntaje alcance en la tabla de clasificación el rango de deprimidos hospitalizados.

Sujetos 2 : Sujetos que presenten un puntaje equivalente al rango de depresión ambulatoria.

Sujetos 3 : Sujetos que caen en los otros rangos y que por no ser de la importancia para este estudio y con el fin de simplificar lo concentramos en un solo rubro "desordenes de la personalidad".

3.3 Escenario.

Este estudio se llevó a cabo en 3 escuelas secundarias federales y 2 secundarias particulares, ubicadas en la Ciudad de Tepic, en el Estado de Nayarit, del turno matutino.

5.4 Sujetos.

Para el presente estudio se utilizó una muestra al azar estratificada de 200 sujetos, distribuidos de la siguiente manera: 100 hombres y 100 mujeres, de los cuales 50 hombres y 50 mujeres tienen la característica de la muerte física del padre durante su infancia y 50 hombres y 50 mujeres tienen a su padre y viven con él. A esta población se le aplicó un cuestionario que informara sobre su situación familiar, es decir si vive el padre o si murió en los primeros 6 años de vida de los sujetos y luego se les aplicó la escala EMD de Zung.

5.5 Selección de la Muestra.

Se utilizó en este estudio una muestra al azar estratificada de 200 sujetos, 100 hombres y 100 mujeres que estuvieron inscritos regularmente y que no fueran menores de 13 años.

5.6 Instrumentos.

Los instrumentos utilizados en este estudio son un cuestionario y la escala de Zung. El cuestionario se utilizó para extraer datos generales de los sujetos, además para saber su situación familiar en torno al padre.

La escala de Zung, es una escala de "Automedición de la depresión", la cual consta de 20 reactivos que engloban los síntomas de la depresión. Para cada reactivo existen cuatro modalidades de respuesta que son:

- 1) Muy pocas veces.
- 2) Algunas veces.
- 3) La mayor parte del tiempo.
- 4) Continuamente, la calificación básica se transforma luego en una calificación índice.

3.7 Procedimiento.

El estudio se realizó en 3 escuelas secundarias públicas y 2 secundarias privadas de la Ciudad de Tepic, Nayarit, con los alumnos de primero a tercer grado de secundaria, que acudían a clases en el período escolar 1980-1981, turno matutino.

Se solicitó la autorización de los directivos y maestros de cada una de las instituciones para realizar la investigación, misma que se les explicó en su mecánica y finalidad.

Se pasó a los diferentes grupos y se le informó de la visita y se les pidió su colaboración para contestar con veracidad el cuestionario, en otra sesión se les solicitó a los sujetos que reunían las características del estudio, que contestaran la escala E.M.D, misma que fué aplicada en grupo.

Las indicaciones para la aplicación del cuestionario fueron en los siguientes términos: "Por favor conteste este cuestionario, sin dejar ninguna respuesta en blanco y conteste con la mayor veracidad que le sea posible". Para la aplicación de la E.M.D se les indicó: "Esta prueba consta de 20 preguntas que debe contestar, al lado derecho y en la parte superior se encuentran cuatro posibles respuestas que son: muy pocas veces; algunas veces; la mayor parte del tiempo;

continuamente. Debe contestar todas las preguntas, si no hay una respuesta específica debe anotar la más próxima a su situación actual".

5.8 Problemas Durante la Aplicación.

La dificultad que se presentó con mayor frecuencia durante la aplicación en la escala EMD está relacionada con la comprensión de la palabra "constipación" y la dificultad de responder ante el reactivo "Todavía disfruto de las relaciones sexuales", señalando que no tenían relaciones sexuales y que tenían duda para contestar esta pregunta. Se les indicó que consideraran las relaciones afectivas con los del sexo opuesto.

5.9 Alcances y Limitaciones del Estudio.

ALCANCES : Los alcances que se señalan como importantes en este estudio son cuatro :

- La información que se pueda obtener de la incidencia de depresión en adolescentes ya que este tipo de estudios son escasos en nuestro país.
- Detectar casos que requieran ser canalizados a instituciones especializadas en salud mental para su atención.
- Elaborar programas de apoyo y orientación para la población que no requiere de atención especializada, pero que sí requiere de un programa preventivo.
- Que sean datos que coadyuben a una generalización y a la elaboración de una epidemiología de la depresión en el país.

LIMITACIONES : Las limitaciones más relevantes de este estudio son fundamentalmente dos:

- Sólo se reporta la incidencia de depresión en una población de adolescentes de características específicas.
- Las que impone el instrumento en sí mismo, ya que no es suficiente para detectar cuadros depresivos.

VI. RESULTADOS Y CONCLUSIONES

6.1 Resultados.

Para iniciar la presentación de los resultados tenemos que: se expondrán en primer término las características de la población estudiada y su distribución con respecto a las variables estudiadas, así tenemos que, en el cuadro 1, se encuentran distribuidos los sujetos estudiados en relación con la edad y sexo, así como el porcentaje correspondiente.

En el cuadro 2, se presenta la distribución de la población en relación con la variable muerte física del padre por edad y sexo, con su respectivo porcentaje.

En el cuadro 3 se distribuye a la población con padre vivo por edad y sexo, así como su respectivo porcentaje.

El cuadro 4 se registran los porcentajes de los índices de cada criterio de diagnóstico en la escala E.W.D. Con la finalidad de simplificar y en virtud del objetivo de este estudio se concentró aquí con el rubro de "Desórdenes de la personalidad" a los criterios diagnosticados como "reacciones de ansiedad", "Desórdenes de la personalidad", y "Reacciones de ajuste de situaciones transitorias", pues todos tienen en común un índice promedio de 53.

De esta manera tenemos que de la población total, el mayor porcentaje de la población reportó puntajes que se ubican en la clasificación que tiene el rubro de "Desórdenes transitorios de la personalidad", 129 sujetos caen en este rubro alcanzado un porcentaje de 64.5%.

La siguiente categoría es la de "Depresión Ambulatoria" la cual concentra a 52 sujetos, los cuáles hacen un 26%.

Los sujetos que reportaron puntajes dentro de los "Controles Normales" fueron 17 y registran un 8.9% en relación con la población total.

Dos sujetos, esto es el 1% reportaron puntajes que coinciden con el criterio diagnóstico de "Deprimidos Hospitalizados".

En el cuadro 5 se registran los porcentajes obtenidos por la población, relacionando las variables; criterio diagnóstico, sexo, padre vivo y padre muerto. En este cuadro podemos observar los porcentajes más altos en hombres, seguido por el de las mujeres, cuya diferencia no es muy relevante, en la categoría de "Desórdenes transitorios de la Personalidad". Llama la atención, la diferencia tan estrecha entre hombres con padre vivo y hombres con padre muerto, haciendo la trilogía con las mujeres de padre vivo. El menor porcentaje lo reportan las mujeres de padre muerto.

Bajo el criterio de "Depresión Ambulatoria", encontramos que una octava parte de la población cae en este rubro y de éstos, son las mujeres de padre muerto las que mayor tendencia tienen a presentar puntajes relacionados con esta categoría de diagnóstico, mientras que hombres y mujeres con padre vivo y hombres con padre muerto presentan casi la misma tendencia de porcentajes.

En la categoría de "Depresivos Hospitalizados" encontramos que hombres con padre vivo y mujeres con padre muerto son los que se ubican en esta categoría.

Al observar las diferencias en los porcentajes del grupo de sujetos con padre vivo en relación con los sujetos de padre muerto, nos planteamos ahora determinar, si la diferencia de incidencia reportada es probabilísticamente significativa, tanto para la categoría diagnósticada como "Depresión ambulatoria" como para la de "Desórdenes transitorios de la personalidad", ya que fueron las categorías que marcaron los más altos porcentajes.

La operación realizada fué, someter los datos a un manejo estadístico mediante la prueba "U" de Mann-Whitney para muestras independientes, de los cuales obtuvimos los siguientes resultados, con el planteamiento de sus hipótesis respectivas:

"Desórdenes transitorios de la personalidad"

- Ho. La incidencia de "Desórdenes transitorios de la personalidad" es igual en el grupo de padre muerto que en el de padre vivo.

- Hi. El grupo de padre muerto presenta una incidencia más alta a los "Desórdenes transitorios de la personalidad", que el grupo de padre vivo.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Nivel de Significancia : $\alpha = 0.05$

$n_1 = 60$

$n_2 = 69$

$$U = \frac{n_1 n_2}{Z}$$

(1)

$$Z = \frac{U}{\sqrt{\left(\frac{n_1 n_2}{N(N-1)}\right) \left(\frac{N^3 - N}{12} - \sum d^2\right)}}$$

U = 1864.5

Z = - 0.97

"Depresión Ambulatoria".

H₀. La incidencia de "depresión ambulatoria" es igual en el grupo de padre muerto que en el de padre vivo.

H₁. El grupo de padre muerto presenta una incidencia más alta a la "Depresión Ambulatoria" que el de padre vivo.

Nivel de significancia : $\alpha = 0.05$.

$n_1 = 20$

$n_2 = 32$

Usó la fórmula (1),

U = 274.5

Z = - 0.87

REGLA DE DECISION :

$$Z_o \geq Z_{\alpha} \longrightarrow \text{Rechazo } H_o.$$

Si la Z_o (Z observada) es mayor o igual a la Z (Z del nivel de significancia), entonces rechazo la hipótesis nula.

En base a los datos obtenidos tengo que:

$$- 0.97 \not\geq 1.65 \longrightarrow \text{Acepto } H_o.$$

$$- 0.87 \not\geq 1.65 \longrightarrow \text{Acepto } H_o.$$

Por lo tanto, no hay una diferencia probabilísticamente significativa de incidencia a los "Desórdenes transitorios de la personalidad" y de "Depresión Ambulatoria" entre el grupo de padre vivo y padre muerto. Lo que sí podemos observar es que el grupo de padre muerto tiene valores más pequeños.

CUADRO I

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION ESTUDIADA POR EDAD Y SEXO.

SEXO	EDAD (AÑOS)				TOTAL
	13	14	15	16	
MASCULINO	11%	14%	11%	14%	50%
FEMENINO	8%	16%	13.5%	12.5%	50%
TOTALES	19%	30%	24.5%	26.5%	100%

CUADRO 2**DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL GRUPO PADRE MUERTO
POR SEXO Y EDAD.**

SEXO	EDAD (AÑOS)				TOTAL
	13	14	15	16	
MASCULINO	3%	8%	6%	8%	25%
FEMENINO	1.5%	10%	6.5%	7%	25%
TOTALES	4.5%	18%	12.5%	15%	50%

CUADRO 3**DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL GRUPO PADRE VIVO
POR EDAD Y SEXO.**

SEXO	EDAD (AÑOS)				TOTAL
	13	14	15	16	
MASCULINO	8%	6%	5%	6%	25%
FEMENINO	6.5%	6%	7%	5.5%	25%
TOTALES	14.5%	12%	12%	11.5%	50%

CUADRO 4**PORCENTAJES OBTENIDOS POR LA MUESTRA EN CADA CRITERIO DE DIAGNOSTICO DE LA EAMD.**

DIAGNOSTICO	SUJETOS	PORCENTAJE
CONTROLES NORMALES	17	8.5%
DESORDENES TRANSITORIOS DE LA PERSONALIDAD	129	64.5%
DEPRESIVOS (AMBULATORIOS)	52	26%
DEPRESIVOS (HOSPITALIZADOS)	2	1%
TOTALES	200	100%

C U A D R O 5

PORCENTAJES REPORTADOS POR LA POBLACION EN RELACION AL DIAGNOSTICO, SEXO, PADRE VIVO Y PADRE MUERTO.

DIAGNOSTICO	SEXO	PADRE VIVO	PADRE MUERTO
CONTROLES NORMALES	MASC.	2%	2%
	FEM.	3%	1.5%
DESORDENES TRANSITORIOS DE LA PERSONALIDAD	MASC.	18.5%	17%
	FEM.	16%	13%
DEPRESIVOS (AMBULATORIOS)	MASC.	4%	6%
	FEM.	6%	10%
DEPRESIVOS (HOSPITALIZADOS)	MASC.	0.5%	0%
	FEM.	0%	0.5%
TOTALES		50%	50%

CUADRO 6

PORCENTAJES DE LOS GRUPOS DE PADRE VIVO Y PADRE MUERTO EN RELACION CON EL DIAGNOSTICO CORRESPONDIENTE.

DIAGNOSTICO	PADRE VIVO	PADRE MUERTO	TOTAL
CONTROLES NORMALES	5%	3.5%	8.5%
DESORDENES TRANSITORIOS DE LA PERSONALIDAD	34.5%	30%	64.5%
DEPRESIVO (AMBULATORIOS)	10%	16%	26%
DEPRESIVOS (HOSPITALIZADOS)	0.5%	0.5%	1%
TOTALES	50%	50%	100%

C U A D R O 7

DISTRIBUCION DE LOS PORCENTAJES RELACIONANDO EL DIAGNOSTICO Y LA EDAD DE LOS SUJETOS.

DIAGNOSTICO	EDAD (AÑOS)				TOTAL
	13	14	15	16	
CONTROLES NORMALES	1%	2%	1%	4.5%	8.5%
DESORDENES TRANSITORIOS DE LA PERSONALIDAD	13.5	18.5%	17%	15.5%	65.5%
DEPRESIVOS (AMBULAT.)	4%	9.5%	6%	6.5%	26%
DEPRESIVOS (HOSPITALIZADOS)	0.5%	0%	0.5%	0%	1%
TOTALES	19%	30%	24.5%	26.5%	100%

CUADRO 8

**DISTRIBUCION DE LOS PORCENTAJES EN RELACION CON DIAGNOSTICO, EDAD, SEXO,
PADRE VIVO Y PADRE MUERTO**

DIAGNOSTICO	SEXO	PADRE VIVO				PADRE MUERTO			
		EDAD (AÑOS)							
		13	14	15	16	13	14	15	16
CONTROLES NORMALES	MASC.	0.5%	1%	0.5%	0%	0.5%	0%	0.5%	1%
	FEM.	0%	0.5%	0%	2.5%	0%	0.5%	0%	1%
DESORDENES TRANSITORIOS DE LA PERSONALIDAD	MASC.	5.5%	3.5%	3.5%	6%	2%	5.5%	5%	4.5%
	FEM.	5.5%	3%	5.5%	2%	0.5%	6.5%	3%	3%
DEPRESIVOS (AMBULAT.)	MASC.	1.5%	1.5%	1%	0%	0.5%	2.5%	0.5%	2.5%
	FEM.	1%	2.5%	1.5%	1%	1%	3%	3%	3%
DEPRESIVOS (HOSPIT.)	MASC.	0.5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	FEM.	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0.5%	0%
TOTALES		14.5%	12%	12%	11.5%	4.5%	18%	12.5%	15%

6.2 Conclusiones

De los resultados arrojados por esta investigación, tenemos que la incidencia de depresión es para tomarse en cuenta ya que el tipo de "Depresión Ambulatoria" representa más de un cuarto de la población estudiada, esto solamente en lo que se refiere a la depresión, pues, más del cincuenta por ciento reporta entre "Reacciones de Ansiedad", "Trastornos de la personalidad" y "Reacciones de ajuste transitorias", indicador suficiente para considerar la elaboración y ejecución de programas preventivos que auxilien oportunamente a la población estudiada el que reúne estas características.

En cuanto a la depresión en hombres y mujeres, se observa una tendencia mayor en las mujeres que en los hombres a presentar resultados compatibles con esta psicopatología, y aún cuando no existe una diferencia probabilísticamente significativa entre el grupo de padre muerto y padre vivo, son las mujeres las que tienden a registrar puntajes más altos en el presente estudio.

Otros estudios realizados en México, como el de Salgado (1985), investigando sobre el autoconcepto en los adolescentes en relación con la familia integrada, encontró que la depresión se presenta con mayor frecuencia en los individuos que carecieron de la figura paterna debido a su muerte.

Perez (1987), al estudiar a los niños de familia integradas y desintegradas, llega a la conclusión de que el proceso de identificación se ve alterado por la carencia de una figura paterna. Chanona (1984), estudiando la agresión en niños con padres y sin padre, no encontró diferencia significativa entre un grupo y otro sobre la expresión de la agresión, pe-

ro sí encontró que los niños tienden a vertir la agresión hacia sí mismos como un mecanismo de autocastigo que es propio del depresivo.

En estos estudios se destaca la importancia que representa la figura paterna en el proceso de construcción de la personalidad, a través de la identificación y de la resolución del edipo o de las amenazas de castración en personas jóvenes que en su trayectoria se han visto afectadas por la pérdida paterna.

En este estudio no se ha encontrado una diferencia significativa que nos indique que la figura paterna es determinante en el desencadenamiento de psicopatología relacionada con la depresión en adolescentes que perdieron a sus padres durante su infancia. Esto sin embargo no invalida los resultados obtenidos en otras investigaciones, más bien, se considera que la muestra trabajada en este estudio no es suficiente, requiriéndose de nuevas investigaciones en este aspecto.

Este estudio también nos revela que la prueba de Zung es de una gran utilidad en la detección de casos potenciales y en el diagnóstico de trastornos relacionados con la depresión.

Finalmente, se requiere caracterizar más detalladamente a la población, con el fin de tener información más precisa sobre su patología, diferenciando así, si hablamos de un estado característico de esta etapa de la vida o si en relación a ella se ressignifica la pérdida del padre.

BIBLIOGRAFIA

- ABRAHAM, K. "Contribuciones a la teoría de la libido". Ed. Hormé, Buenos Aires, 1973.
- ABRAHAM, K. "Estudios sobre psicoanálisis y psiquiatría". Ed. Hormé, Buenos Aires, 1961.
- BALDESSARINI, R.J. "Las bases biomédicas de la depresión y su tratamiento". Ed. Prensa Médica Mexicana, 1986.
- BLUM, R.H. "Case identification in psychiatric epidemiology: methods and problems". Milbank men Freud, 1962, 40:253-287.
- BOYD, J.H., "Epidemiology of affective disorders: a examinations and future Arch. Gen. Psych., 1981, 38(9); 1039-1046.
- BRUSSEL, J.A. "Diccionario de psiquiatría". Ed. Continental, México, 1972.
- CAMPILLO, S.C.; Caraveo, A.J. "Epidemiología de la Depresión". Salud Mental, México, 1979, 2(4): 40-44.

- CALDERON, N.G. "Depresión: causas, manifestaciones y tratamiento". Ed. Trillas, México, 1984.
- CARAVEO, J. "La vigilancia epidemiológica en el campo de la psiquiatría y la salud mental". Salud Mental, México, 1983, 8(2): 29-30.
- CASTILLA DEL PINO, C. "Un estudio sobre la depresión: fundamentos de antropología dialéctica". Ed. Península, Barcelona, 1979 (3ª ed.).
- CODERCH, J. "Psiquiatría dinámica". Ed. Herder, Barcelona, 1979.
- CHANONA, D.R.M. "Estudio comparativo con dos grupos de niños y niñas con ausencia física del padre". Tesis de Licenciatura, Psicología UNAM, 1984.
- DIÁZ/GUERRERO, R. "Tristeza y psicopatología en México". Salud Mental, México, 1984. 7(2): 3-9.
- DURIC, T.; Stajanovic, L. "Depressive state in adolescence". Psihijatrija Donas, 1977, 9(2-3): 327-330.
- EASTWOOD, M.R. "Epidemiology and depression". Psychological Medicine, 1981, 11: 229-236.

- ESCAMILLA, A. "Reacciones depresivas en niños ante la pérdida de las figuras paternas ya sea por muerte o por divorcio". *Neurología, Neurocirugía, Psiquiatría*, 1977, 18(4): 211-221.
- EZQUIAGA, T.R.; García, L.A. "Factores psicosociales y respuesta terapéutica en la depresión". *Psiquis*, 1986, 7(6): 52-55.
- FREEDMAN, A.M.; Kaplan, H.I.; et. Al. "Comprehensive textbook of psychiatry". Tomo: I, II y III. Williams and Wilkins, U.S.A., 1980.
- FREUD, S. "OBRAS COMPLETAS". Tomo: 13, 14 y 18. Ed. Amorrorty, Argentina, 1976.
- GUTIERREZ, J.M.; Barilar, R.E. "Morbilidad psiquiátrica en el primer nivel de atención de la ciudad de México". *Boletín de la Of. Sanit. Panamericana*, 1986, 101(6) 648-657.
- GUTIERREZ, J.M.; Tovar, H. "La vigilancia epidemiológica de las alteraciones mentales". *Cuadernos de Salud Pública*. México, 1984. 26: 464-483.
- HIRSCHFELD, R.; Cross, C. "Epidemiology of affective disorders". *Arch. Gen. Psychiatry*, 1982. 39 : 35-46.

JABLENSKY, A.;
Sartorius, N.; et al.:

"Characteristics of depressive
patients contacting psychiatric
services in four cultures".
Acta Psychiatrica Scandinavica,
1981, 63, 367-383.

JAKIMOW-VENULET, B.

"Hereditary factors in the
pathogenesis of affective
illnesses".
Brit. J. Psychiatry, 1981,
139; 450-456.

KLEIN, M.

"Obras Completas".
Tomo: II, VI.
Ed. Hormé, Buenos Aires,
1974.

LAPLANCHE, J.;
Pontalis, J.B.:

"Diccionario de Psicoanálisis".
Ed. Labor,
Barcelona, 1971.

LARA, TAPIA H.;
RAMIREZ, T.L.;
L.T. Luis:

"Algunas Normas para la medi-
ción de la Depresión".
Neurología-Neurocirugía-Psiquia-
tría.
Vol. 17 Nº 1.
México, 1976.

LARA, TAPIA H;
Ramírez de L.L.:

"La epidemiología neurológica
en México: Un estudio comple-
to".
Salud Pública de México 22 (5):
501-511
Sep.-Oct. 1980.

MACIAS, V.G.:

"Psicoterapia del niño y del
adolescente deprimidos".
Salud Mental, 1985,
8 (4): 3-7.

MATRAJT, K.M.:

"Las enfermedades mentales en
la República Mexicana".
Ed. Taller abierto,
México, 1987.

MEDCOM.

"Depression".
Medcom inc.,
New York, 1970.

MEDINA-MORA, ME. Y COL.

"Prevalencia de trastornos mentales y factores de riesgo en una población de práctica médica general".
Acta Psic. Psicol.,
Amer. Lat., 1984.

NELSON, G.

"Parental death during childhood and depression: some additional data".
17 (1); 37-42.

PADILLA, P.; Peláez O.

"Detección de trastornos mentales en el primer nivel de atención médica".
Salud Mental,
México, 1985,
8(3); 66-72.

PARKER, G.; Tennat, C.;
Blignault, J.

"Predicting improvement in patient with non-endogenous-depression".
Brit. J. Psych., 1985,
146; 132-139.

PEREZ, V.G.C.

"Estudio comparativo entre niños de familias integradas y niños de madres solteras".
Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM., 1987.

RAMIREZ, S.

"Infancia es destino".
Ed. Siglo XXI,
México, 1974.

- SALGADO, D.R.M.** "Estudio sobre la formación del autoconcepto entre adolescentes procedentes de familias integradas y adolescentes procedentes de familias donde falta la figura paterna". Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM., 1985.
- SHEPARD, M.** "The contributions of epidemiology to clinical psychiatry". Am. J. Psych., 1984, 141(1); 1574-1576.
- TOOLAN, J.** "Depression and suicide in children; an overview". Am. J. Psych., 1981, 35(3) :311-322.
- VALDES, M. Y COL.** "DSM III: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales". Ed, Masson, Barcelona, 1986, (2ª ed.).
- VAN-PRAAG, H.M.; et al.** "Experimental and clinical Psychiatry". Handbook of biological psychiatry. Marcel Dekker, New York, 1981. T.I.
- ZUNG, W.W.K.; Richards, C.B.; Short, M.J.:** "Self-rating depression scale, in an out patient clinic". Arch. Gen. Psych., 1965, 13; 508-515.
- ZUNG, W.W.K.** "A self depression scale". Arch.Gen. Psych., 1965, 12; 63-70.

- ZUNG, W.W.K. "Factors influencing the self-rating depression scale". Arch. Gen. Psych., 1967, 16 543-547.
- ZUNG, W.W.K. "Depression in the normal aged". Psychosomatics, 1967, 8 : 287-292.
- ZUNG, W.W.K. "The depressive status inventory: and adjust to the self rating depression scale". J. Clin. Psychology, 1972, 28 : 539-543.
- ZUNG, W.W.K. "A cross cultural survey of depressive symptomatology in normal adults". J. Cross Cult. Psychology, 1972, 3 : 177-183.

A P E N D I C E

**CUESTIONARIO.
PRUEBA DE ZUNO.**

CUESTIONARIO

Se solicita tu colaboración para contestar el presente cuestionario con toda veracidad. Se te pide anotar con toda claridad la información sobre tu situación personal, misma que será manejada confidencialmente.

Si tienes alguna duda consulta al aplicador.

1) Nombre.

Apellido paterno apellido materno nombre (s)

2) Edad.

años meses Fecha de Nacimiento: año mes día

3) Mi padre:

_____ vive _____ murió.

Si la respuesta es murió, contesta la siguiente

4) Murió cuando yo tenía la edad:

_____ menos de 6 años _____ más de 6 años

5) Grado escolar: _____ Grupo: _____

6) Nombre de la Escuela: _____

	Muy pocas veces.	Algunas veces.	La mayor parte del tiempo.	Continuamente.
1. Me siento abatido y melancólico.				
2. En la mañana me siento mejor				
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.				
4. Mé cuesta trabajo dormirme en la noche.				
5. Como igual que antes solía hacerlo.				
6. Todavía disfruto de las relaciones sexuales.				
7. Noto que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo molestias de constipación.				
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre.				
10. Me canso sin hacer nada				
11. Tengo la mente tan clara como antes.				
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro.				
13. Me siento intranquillo y no puedo mantenerme quieto.				
14. Tengo esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo usual.				
16. Me resulta fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y necesario.				
18. Mi vida tiene bastante interés.				
19. Creo que les haría un favor a los demás muriéndome.				
20. Todavía disfruto con las mismas cosas.				