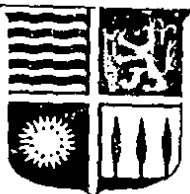


L
22

UNIVERSIDAD INTERCONTINENTAL

Eseuela de Psicología
Con Estudios Incorporados a la Universidad Nacional Autónoma
de México



"AUTOCONCEPTO Y DEPRESION EN PACIENTES
ADULTOS CON PADECIMIENTO DEL CORAZON"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
AGUIRRE SILVA MARIA DEL CARMEN
TORRES AYALA GABRIELA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

CONTENIDO	PAG.
<i>Resumen</i>	1
<i>Introducción</i>	2
 CAPITULO I	
MARCO TEORICO	
<i>I Autoconcepto</i>	3
<i>II Depresión</i>	10
<i>III La cirugía del corazón y la fiebre reumática</i>	23
<i>IV ¿Qué es la fiebre reumática?</i>	29
 CAPITULO II	
ASPECTOS METODOLOGICOS	
<i>I Objetivos</i>	35
<i>II Problema</i>	35
<i>III Hipótesis</i>	36
<i>IV Definición de variables</i>	36
<i>V Método:</i>	
<i>a) Muestreo</i>	39
<i>b) Diseño de Investigación</i>	39
<i>c) Instrumentos</i>	40
<i>d) Procedimiento</i>	48
<i>e) Análisis estadístico</i>	49
 CAPITULO III	
RESULTADOS	
<i>I Resultados</i>	50
<i>II Análisis de resultados</i>	57
<i>III Interpretación de los resultados</i>	58
<i>IV Conclusiones</i>	60
<i>V Sugerencias</i>	61
<i>VI Alcances y limitaciones</i>	62
 <i>Notas bibliográficas</i>	63
<i>Bibliografía</i>	71
<i>Anexos</i>	78

RESUMEN

El objetivo de este estudio, fue investigar la existencia de las diferencias en cuanto al autoconcepto e índices depresivos en un grupo de 30 adultos hospitalizados próximos a una intervención quirúrgica del corazón, valvulopatía, provocada por una fiebre reumática y en un grupo de 30 adultos no hospitalizados enfermos del corazón como secuela de fiebre reumática controlada, por lo que no requieren intervención quirúrgica. Así como investigar la correlación entre índices de depresión y autoconcepto en este tipo de pacientes. Para ello se aplicaron la Escala de Autoconcepto de la Rosa y el inventario para la Depresión de Beck. El análisis de los datos se llevó a cabo a través de la "t" de Student y el coeficiente de correlación de Pearson. Los resultados obtenidos señalaron que no existen diferencias en cuanto al autoconcepto e índices depresivos, sin embargo, sí existe una correlación entre estas variables.

INTRODUCCION

El objetivo de la siguiente investigación es estudiar la presencia o no de depresión y baja de autoconcepto en pacientes próximos a una cirugía cardíaca.

El bajo autoconcepto y la depresión son factores a los que puede estar expuesto cualquier sujeto hospitalizado, principalmente cuando se trata de padecimientos cardíacos, ya que este órgano se considera el centro de las emociones, habiendo en sentido figurado. Esto se puede ver acentuado en los casos en donde se llevará a cabo una intervención quirúrgica, por el hecho de que para el paciente, además de ser una experiencia nueva y única, generalmente va ligado al miedo, miedo a lo extraño, a lo desconocido y a la muerte.

Para poder tener una mejor visión sobre el tema, se incluyó en el capítulo de Marco Teórico los conceptos de Depresión, autoconcepto, Cirugía del corazón y Fiebre reumática.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1 AUTOCONCEPTO

Se revisaron algunos puntos de vista de diferentes autores tratando de este modo de ofrecer una breve revisión histórica sobre este tema.

Se ha encontrado que el origen del concepto del self se ubica en los escritos de los griegos antiguos, con la aparición del término alma o espíritu, que se refería a la parte más importante del funcionamiento mental. Con ello se vislumbra ya antecedentes de teorías posteriores del self.

Ya desde Sócrates, encontramos la necesidad del hombre por enfrentarse con -- honradez y franqueza al conocimiento propio y se ve claramente representado por la máxima socrática: "conócete a ti mismo". (1)

Con el advenimiento del cristianismo, el concepto del alma pasa a ser propiedad de la Teología, reduciéndose considerablemente su relevancia científica. Posteriormente Descartes, retomando a Aristóteles, habla del dualismo mente-cuerpo, con ello propone el razonamiento y la existencia del pensador y del Yo. Esta noción del Yo constituye un antecedente directo del self. Así, problemas como la distinción mente y cuerpo, el entendimiento de la existencia de la mente y la -- naturaleza de uno mismo, empiezan a ser temas centrales para filósofos como -- Berkeley, Hobbes, Hume, James, John Stuart-Mill. (2)

Ante tal perspectiva, el campo de la psicología ha enfocado su atención hacia la autoestima como un apoyo para estudiar la personalidad global. (3). Cabe aclarar que este término ha sido utilizado como sinónimo de otros conceptos como: autoimagen, autopercepción, autoconcepto, autoevaluación, autodescripción -- (4), autoconciencia, concepto del Yo, esquema corporal, self, concepto de sí -- mismo, etc. (5)

Los antecedentes contemporáneos sobre el tema del concepto del sí mismo, según Hall y Lindzey, deben buscarse en los escritos de William James (1968), -- quien considera que el sí mismo de un individuo es la suma del todo que se puede

llamar lo suyo (yo-mí), incluyendo su cuerpo, su familia, sus posesiones, estados de conciencia y reconocimiento social. Es un fenómeno consciente. (6)

Karen Horney (1937-1939) afirma que para poder alcanzar una realización plena, - el hombre debe tener un self idealizado que funcione como modelo a seguir y, de esta manera, hacer frente a la ansiedad con la formulación de una imagen idealizada de sus capacidades, lo que le permite estimular su autoestima. Sin embargo, el individuo puede caer en un estado de insatisfacción cuando sus metas no se llevan a cabo. (7)

Newcomb y Sherwood (1965, 1967) desde su punto de vista de la teoría del rol, enfatizan que el sí mismo y la ocurrencia de autoevaluaciones, son el resultado de -- procesos sociales que involucran apreciaciones reflejadas, provenientes de otras -- personas significantes; resultando también el desempeño de los roles sociales. (8)

Sarbin (1952) concibe el sí mismo como una estructura cognitiva constituida por - las ideas del individuo acerca de diversos aspectos de su ser, es decir, que pueden poseer concepciones del propio cuerpo "el sí mismo somático", de los propios órganos sensoriales y la propia musculatura "sí mismo receptor" y de la propia conducta social "sí mismo social". Tales sí mismos son adquiridos mediante la experiencia y por esta razón Sarbin los considera "sí mismos empírico" que emergen de la ordenada secuencia evolutiva, el sí mismo corporal en primer término y mucho -- más tarde el sí mismo social. (9)

Allport (1955) propone que el desarrollo del sí mismo se da en siete aspectos que - en su conjunto, componen el yo tal como es sentido y conocido, y propone el concepto de "proprium" para definirlo, siendo éste consciente. Estos aspectos son:

- *sentido del cuerpo: compuesta por sensaciones que proceden del interior del organismo y forman un fundamento necesario para el surgimiento -- del sentido de identidad.*
- *sentido de identidad: se forma gradualmente, la interacción social juega un papel importante.*

- sentido de amor propio: incluye emociones de satisfacción de uno mismo y de orgullo. Amor propio y egoísmo son sus componentes.
- extensión de la persona: a lo largo del desarrollo y ayudado de procesos de aprendizaje, el niño empieza a tener una alta consideración por posesiones, objetos de amor y más tarde, por causas ideales, lealtades, etc.
- pensamiento racional: mantiene al organismo en contacto con la realidad, procura elegir el mejor camino para eludir las asechanzas del ello, super yo el mundo externo.
- autoimagen: está formada por la manera en que la persona juzga sus presentes habilidades, status y roles; y lo que le gustaría llegar a ser, aspiraciones.
- esfuerzo orientado: son los objetivos definidos, un camino que se dirige a lo que se anhela. No es necesario que el individuo se oriente a los objetivos rígidamente fijados; basta que exista un tema central en los esfuerzos realizados. (10)

En 1959, 1967 S. Coopersmith, define la autoestima como "un juicio personal sobre la dignidad de uno expresado en las actitudes que el individuo mantiene hacia sí mismo" y también es "la extensión en que la persona cree ser capaz, significativa, exitosa y digna".

Según el autor, la autoestima es un concepto complejo que involucra evaluación de sí mismo y reacciones defensivas; contiene además de la actitud de evaluación, una connotación afectiva que la acompaña.

Distingue dos aspectos en la autoestima: la expresión subjetiva (autodescripción y autopercepción individual), y la expresión comportamental de la autoestima que el individuo pone a disposición de otros observadores.

Postula cuatro grupos de variables importante para la determinación de la autoes-

tima: valores, éxitos, aspiraciones y defensas. (11) (12)

Para Erikson (1959) el yo es el concepto de identidad del ser humano que persiste como entidad ontológica a través de su vida; el autoconcepto forma parte de este yo y consiste en lo que la persona sabe de su propio yo; la identidad debe ser considerada como un proceso ubicado en el núcleo del individuo y en el núcleo de la cultura; ésto es, el yo involucra identidad, el autoconcepto se basa en la identidad el autoconcepto forma parte del yo, es entonces lo que la persona sabe sobre un propio yo. (13)

Cooley (1968) reconoce que el sí mismo está influenciado por el medio social de donde procede un individuo. Es conocido por su proposición del "sí mismo reflejado", según la cual, la concepción que un individuo tiene de sí mismo es determinada por la percepción de las reacciones que otras personas manifiestan hacia él. (14)

Para Wells y Marwell (1976) el autoconcepto es generalmente descrito en términos de actitudes reflexivas, las cuales son usualmente consideradas como teniendo tres aspectos fundamentales: el cognitivo (contenido psicológico de la actitud), el afectivo (evaluación relacional con el contenido) y el conativo (respuestas comportamentales a la actitud). La autoestima es comunmente identificada con el segundo aspecto, la cual es considerado como principalmente motivacional. (15)

Hamachek (1981) define al yo como aquella parte de la individualidad de la que se tiene conciencia; al concepto de sí mismo como el conjunto de ideas y actitudes que son conscientes en un momento determinado, es una estructura cognoscitiva organizada que deriva de las experiencias del yo, define la autoestima como una dimensión afectiva e indica el grado de valor que se le concede al yo. En resumen, el yo es aquello que conocemos de nosotros mismos, lo que pensamos de nuestra persona y la autoestima, lo que sentimos hacia nosotros. (16)

Byrna (1984) considera al autoconcepto como la percepción de nosotros mismos; son nuestras actitudes, sentimientos y conocimientos respecto a nuestras capacidades y aceptabilidad social. (17)

Carl Rogers (1950, 1951, 1972, 1980) ha hecho contribuciones importantes al estudio del sí mismo.

Propuso el concepto de sí mismo como factor primordial en la determinación de la conducta, lo concibió como una imagen fenoménica de uno mismo y lo dotó de una capacidad para reorganizarse. Lo considera una configuración Gestáltica entre -- las percepciones del sí mismo y del sí mismo en relación con los otros, con su -- ambiente y con las experiencias.

El autor distingue tres aspectos en las actitudes hacia uno mismo: el contenido específico de la actitud (dimensión cognitiva), un juicio respecto al contenido de la actitud de acuerdo a ciertos patrones (aspecto evaluativo) y un sentimiento relacionado al juicio evaluativo que constituye la dimensión afectiva. La autoestima que se refiere a la aceptación de uno mismo, conforme a Rogers, está relacionado con el último aspecto.

Según Rogers, el concepto de sí mismo dicta la modalidad de la búsqueda, es decir, cuando el organismo lucha por satisfacer sus necesidades en el mundo tal y como lo experimenta, la modalidad que asume, la lucha, debe ser compatible con el concepto de sí mismo. Los únicos canales por los que puede satisfacer las necesidades son aquellos coherentes con el concepto organizado del sí mismo.

Rogers (1951) menciona que "El ajuste psicológico existe cuando el concepto del -- self es tal, que todas las experiencias cognitivas y viscerales del organismo son o pueden ser asimiladas en un nivel simbólico dentro de una relación consistente con el concepto del self. Así, el adecuado funcionamiento de la persona surge cuando las experiencias del self son simbolizadas correctamente y se incluye en el autocócepto, proporcionando un estado de congruencia."

Definí el autoestima como "el concepto de sí mismo o la estructura del sí mismo -- que puede considerarse como una configuración organizada de percepciones del sí mismo, admisible para la conciencia". Está integrado por elementos tales como -- las percepciones de las propias características y capacidades; los preceptos y conceptos de sí mismo en relación con los demás y el ambiente; las cualidades valiosas que se perciben y se asocian con estas cualidades y relaciones, tal y como se percibe que existen en el presente, pasado y futuro.

Cuando todos los casos en que el individuo se percibe a sí mismo, en la totalidad de su experiencia, sin distorsiones, son aceptados dentro del organizado y consciente "concepto de sí mismo", entonces éste va acompañado por sentimientos de confort y liberación de la tensión, las experimentan como adaptación psicológica. (18)

J. Beane y R. Lipka (1980), realizaron un estudio teórico, en donde diferencian el concepto de la autoestima y el de concepto de sí mismo. Concluyeron lo siguiente: concepto de sí mismo, es la percepción (es) que uno tiene de sí mismo en términos de atributos personales y los varios roles que se juegan o cumplen individualmente. Autoestima por otro lado, es definido como los juicios de valor que uno hace en lo concerniente a las satisfacciones personales con un rol (es) y/o la calidad del -- -- desempeño. (19)

Según Lorson et al (1984), el sentido común sugiere que cuando las personas son sometidas a grandes cambios en su apariencia física y su capacidad funcional, poseen menos autoconceptos positivos.

La relación entre edad y autoconcepto no es clara debido a resultados contradictorios obtenidos con diferentes métodos. Thompson (1972) usando la Escala de Tettee cite dos estudios sobre autoconcepto y edad, indicando que los sujetos de mayor edad fueron más defensivos y tienen meros autoconcepto físico positivo, pero -- tienen una alta autoestima, altos conceptos morales-éticos y sociales. Grant (1977) también encontró que la gente de mayor edad es más defensiva en su autoconcepto. (20)

P. Nurius (1986) a través de una reevaluación histórica del autoconcepto, concluye que este es un sistema poderoso de estructuras cognitivas, que es muy probable que influyan en la interpretación y la respuesta a eventos y a la conducta directa. Esto proporciona un importante esquema interpretativo para la próxima estimulación, y como contiene representaciones de motivos, metas y normas, el autoconcepto forma un puente conceptual entre el self presente y el self futuro. (21)

Como se puede observar a lo largo de esta breve revisión histórica, el término de -- autoconcepto posee un sin número de definiciones y términos. A pesar de ello, la-

mayoría de los autores coinciden en la idea de que el autoconcepto es un juicio personal de valor, que se expresa en las actitudes del individuo respecto a sí mismo, de acuerdo a los valores que adquiere en sus interacciones con las demás personas para participar eficazmente en la sociedad y que incluye atributos físicos, necesidades biológicas, rasgos y actitudes de la personalidad y roles familiares y sociales.

II DEPRESION

ANTECEDENTES HISTORICOS.

La depresión es una enfermedad tan antigua como la humanidad; Hipócrates habló de ella por primera vez, viendo una afección de los humores. (Bleuler, 1971).

La antigüedad griega reconoció la existencia de fenómenos depresivos a los cuales los médicos les dieron el nombre de melancolía, en referencia a la bilis negra, la "tristeza moral" parece ligada a perturbaciones de la bilis que, decían, oscurecía los espíritus animales (Esquiron). (22)

Durante la Edad Media, filósofos destacados como Santo Tomás de Aquino, sostenían que la melancolía era producida por demonios e influencias astrales. Esta creencia se comenzó a abandonar en 1630, cuando Robert Burton, publicó su famoso tratado "Anatomía de la Melancolía", obra que facilitó en mucho la identificación de los estados depresivos. (23)

A principios del siglo XIX, Philippe Pinel indicó que el pensamiento de los melancólicos, estaba completamente concentrado en un objeto, (obsesivamente) y que la memoria y la asociación de ideas estaban frecuentemente perturbadas, pudiendo en ocasiones conducir al suicidio. Como causa posible de la melancolía señaló en primer lugar las psicológicas (miedo, desengaños amorosos, etc.), y en segundo lugar las físicas (la amenorrea y el puerperio). (24).

En 1866, Kraepeling estableció la diferencia entre psicosis maniaco-depresiva y demencia precoz, llamada posteriormente esquizofrenia. Después los estudios genéticos en psiquiatría llevaron a considerar a los síndromes depresivos como parte de la psicosis maniaco-depresiva, situación que prevaleció durante las tres primeras décadas de este siglo. En consecuencia, el deprimido era calificado de psicótico aunque sus síntomas fueran muy leves. (25)

El estudio de la intimidad del paciente a través del diálogo médico-paciente (Char-

cot, Janet, Bernheim, Freud), fue el punto de partida para iniciar la comprensión de enfermedades en las cuales el esquema clásico era inadecuado.

La perspectiva clínica descriptiva es abandonada en provecho de perspectivas psicopatológicas más interpretativas. La especialización objetiva de los trastornos es minimizada en provecho de consideraciones ontogénicas y teóricas, interpretativas más aleatorias. La noción de depresión hace entonces su aparición, sin hacer a un lado por ello al concepto de melancolía. (26)

De este modo, la patología psicosomática emerge del estudio de la neurósis humana ante la imposibilidad de encontrar en ella una lesión anatómica primera determinante de la evaluación patológica.

En 1917, Freud publicó "Duelo y Melancolía" en donde señala que la depresión es el modo de reaccionar a la pérdida de un objeto ambivalente y su introyección.

Según Freud, el duelo normal sobreviene por la pérdida de un ser amado o su equivalente abstracto (ej. patria). La melancolía constituye un estado de ánimo profundamente doloroso, en el que cesa el interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la autodepreciación, la pérdida de amor propio. Traduciéndose ésta última en autorreproches y autoacusaciones que inducen a veces al sujeto a la delirante espera del castigo y suicidio.

Freud (1955), había formulado la explicación psicoanalítica básica de la depresión. Comparaba la melancolía con el proceso normal de duelo, esperando que la comparación permitiera explicar a la melancolía como una patología. Cuando se pierde el objeto amado, la realidad muestra al doliente que debe eliminar sus vínculos libidinales del objeto, como normalmente dichos vínculos son muy fuertes el ego solo puede aceptar la realidad muy lentamente, pero eventualmente se libera del objeto.

La melancolía a veces ocurre cuando aparentemente no hay objeto perdido, por lo tanto, parece relacionada con una pérdida inconsciente. Freud encontraba extraño

Que el doliente creyera que había perdido un objeto externo, mientras que el melancólico localizaba la pérdida dentro de sí mismo. Posteriormente, notó que en todos los casos las recriminaciones que se hacían los melancólicos describían mejor al objeto amado potencial que al propio sujeto. A la pérdida del objeto amado la libido liberada es conducida al ego, en lugar de dirigirse a otro objeto, es usada para establecer una identificación del ego con el objeto perdido por medio de la introyección y de esta manera el ego queda capacitado para criticarse como un objeto. Al sustituir al objeto amado por la identificación, el paciente regresa a la etapa oral de la libido, en donde el infante es incapaz de diferenciarse a sí mismo del ambiente y muchas relaciones objetales son ambivalentes. Debido a esta ambivalencia parte de la libido liberada, de la catexia del objeto, estimula un sadismo dirigido al yo. (27).

El primer estudio sobre la depresión desde un ángulo psicoanalítico, fue hecho por Abraham en 1916. Concluye que los deprimidos han llegado de una manera regresiva a la primera escala del desarrollo y considera que la motilidad del melancólico se dirige en contra de la madre. El contenido de los autoreproches son una crítica despiadada contra la figura materna, como resultado del destete.

En 1911 Karl Abraham decía que el odio es el sentimiento dominante en la etapa previa a la depresión, pero como este sentimiento resulta inaceptable para la persona es reprimido y proyectado. Este autor encontró evidencias de hospitalidad reprimida en sueños depresivos de criminalidad e intentos de venganza. Por otro lado debido a que no pueden formar un vínculo libidinal duradero, los pacientes se vuelven autocríticos, su conducta es inhibida y de esa manera satisfacen su tendencia inconsciente hacia una "negación de la vida" (28).

Según Otto Fenichel (1966) los acontecimientos que precipitan una depresión representan o bien una pérdida de autoestima o una pérdida de suministros que el paciente confiaba, que hablan de asegurar o acaso elevar la autoestima.

En la fenomenología de la depresión, hallamos en primer plano una pérdida más o menos grande de autoestima. La fórmula subjetiva es: "lo he perdido todo; ahora el mundo está vacío", si la pérdida de autoestima se debe principalmente a una pèr-

dida de suministros externos. Si se debe en primer lugar a una pérdida de suministros internos del super yo, la fórmula de esta otra es: "lo he perdido todo porque no soy merecedor de nada". Los pacientes tratan de influir sobre personas de su contorno para que les devuelvan su pérdida autoestima. (29)

Cuando los psiquiatras hablan de depresión no se refieren a los estados pasajeros de tristeza que suelen afectar a toda persona normal. Se considera que sentir algo de ansiedad, melancolía y desesperación, son únicamente cambios anímicos que no implican anormalidad, pero el médico se preocupa cuando estos sentimientos se vuelven tan intensos que perturban los actos de la vida diaria.

Caso A. (1979) define la depresión como un síndrome que se caracteriza por los siguientes síntomas primarios:

- a) humor esencialmente depresivo.
- b) dificultad para pensar (inhibición de la ideación).
- c) retardo psicomotor (inhibición de la iniciativa) o angustia y agitación.
- d) trastornos somáticos diversos, pero los principales son los trastornos del sueño y el apetito. También son frecuentes las cefaleas, sentimientos de soledad, llanto fácil, pérdida de interés y entusiasmo, dificultad de concentración y cansancio.

Distingue diversas modalidades del síndrome depresivo:

- a) depresión neurótica o neurosis depresiva.
- b) psicosis maniaco-depresivas tipo depresivo.
- c) melancolía involutiva.
- d) reacción depresiva psicótica.
- e) otros tipos de depresión: ejemplo postquirúrgica, de los enfermos del corazón, de los ancianos, etc. (30)

Para Henry Hey (1965) en psiquiatría el término depresión puede referirse a un síntoma, a un síndrome o a una entidad nosológica. El elemento semiológico elemental es un aspecto fenomenológico caracterizado por un trastorno, un descenso de humor (timia) que termina siendo triste, una inhibición o entretimiento de proce-

sos psíquicos de la Ideación paralelo a un enlentecimiento de la actividad motriz y el dolor moral, que se expresa en su forma más elemental por una autodepreciación y un sentimiento de culpabilidad.

Clasifica la depresión en:

I. Crisis de Melancolía que se subdivide en:

- a. Depresión melancólica simple*
- b. Melancolía estuporosa*
- c. Melancolía ansiosa*
- d. Melancolía delirante*

II. Crisis de depresión neurótica

- a. Depresión reactiva*
- b. Depresión de agotamiento*
- c. Depresión neurótica reactiva latente*

III. Estados depresivos sintomáticos

IV. Depresiones crónicas

Para Henry Ey, hay que referirse a las estructuras profundas de la personalidad del deprimido: estructura psicótica o estructura neurótica, que condicionaria, por mecanismos depresivos propios, modelos sintomáticos, una posición noseográfica y actitudes terapéuticas particulares para cada estructura. (31)

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III, en su apartado de trastornos afectivos incluye a la depresión. Define un trastorno afectivo como: "las alteraciones del estado de ánimo que se acompañan de un síndrome depresivo o maniaco parcial o completo, no debido a ningún otro trastorno mental o físico. El estado de ánimo corresponde a un estado emocional permanente que colorea por completo la vida psíquica, tanto en el sentido de la depresión, como de la euforia". Según su clasificación, tales trastornos se dividen en:

I. **Trastornos Afectivos Mayores:**

1.- **Trastorno bipolar:**

- a) *mixto*
- b) *maníaco*
- c) *depresivo*

2.- **Depresión Mayor:**

- a) *primer episodio*
- b) *recurrente*

II. **Trastornos Afectivos Específicos:**

- a) *trastorno ciclotímico*
- b) *trastorno distímico (neurósis depresiva)*

III. **Trastornos Afectivos Atípicos:**

- a) *Trastorno bipolar atípico*
- b) *Depresión Atípica (32)*

Para los intereses de la presente investigación se realizará una revisión general sobre la depresión en el enfermo médico.

El diagnóstico de depresión en pacientes internos médicos persiste en ser un problema. La confusión nosológica se ve reflejada en la imprecisión del diagnóstico, donde son comúnmente usadas los términos "reacción depresiva" y "depresión reactiva". El término depresión es un concepto extenso, por lo que se debe desarrollar una formulación en base a la observación de pacientes médicos y no de pacientes psiquiátricos. (33)

Casi todas las pacientes medicamente enfermas con serias consecuencias, ya sea -- que su vida se vea amenazada o la incapacite, están acompañadas por algunos síntomas depresivos que a menudo alcanzan el criterio de Desorden Depresivo Mayor, según el DSM-III. Es frecuente observar que casi todas las personas, medicamente-enfermas, experimentan momentánea o transitoriamente, pero de manera definible, episodios depresivos. Las condiciones depresivas que acompañan a una enfermedad aguda o crónica, son usualmente interpretados como reactivos a la amenaza de -- muerte, cambios en la imagen corporal y autoestima, reduciendo la capacidad para la actividad, el funcionamiento sexual y las relaciones interpersonales.

Klerman (1981) considera importante distinguir:

- 1) *Los síntomas depresivos como parte de una reacción normal a una enfermedad aguda y crónica.*
- 2) *El síndrome depresivo.*
- 3) *Los problemas diagnósticos para una depresión secundaria a una enfermedad médica.*
- 1) *Síntomas depresivos como parte de una reacción normal a una enfermedad aguda y crónica. La discusión de la depresión como un problema médico y psiquiátrico es fácil que se presente simultáneamente en ambos, pero la dificultad parte del hecho de que como parte normal, la depresión es parte de la experiencia humana.*

Los desórdenes afectivos clínicos, abarcan una acentuación en la intensidad o duración que en otras emociones normales.

Porque casi todos los seres humanos experimentan desdicha, tristeza, depresión y estados de desaliento, tales aflicciones son fácilmente deducibles por el entendimiento empático del médico y por los miembros de la familia. Sin embargo, esta familiaridad algunas veces produce una valoración clínica y un diagnóstico diferencial difícil, ya que oscurece el límite entre normalidad y anormalidad; la familia y los amigos tienden a minimizar la severidad de las dificultades del paciente, ya que las manifestaciones emocionales pueden parecerse al humor normal. Al mismo tiempo, esta familiaridad puede permitir una tendencia a inestimar la magnitud del disturbio del humor y si esto ocurre en el contexto de una enfermedad seria, posiblemente se descarta su importancia porque aparece tan "comprensible" como parte de una reacción conjunta a la enfermedad.

En una forma estricta, los estados clínicos son claramente juzgados patológicos en virtud de su intensidad, persistencia y su interferencia con el funcionamiento social y fisiológico. Las dificultades surgen en los casos ligeros o moderados.

Un número de características distinguen al paciente clínicamente enfermo de aquellos con un estado de ánimo normal. Además de los disturbios del humor, el estado

psicopatológico incluye una combinación de las siguientes características:

- 1) Deterioro del funcionamiento corporal indicados por disturbios en el sueño, apetito, interés sexual, en el sistema nervioso autónomo y en la actividad-gastrointestinal.*
- 2) Reducción del deseo y habilidad para efectuar lo cotidiano, roles sociales-esperados en la familia, el trabajo, matrimonio o la escuela.*
- 3) Ideas o actos suicidas.*
- 4) Disturbios en la prueba de realidad manifestados con ilusiones, alucinaciones o confusión.*

Los síntomas depresivos ocurren en una amplia variedad de estados médicos. La variedad de síntomas que pueden acompañar a la depresión son:

- 1. Estado de ánimo depresivo caracterizado por sentimientos de tristeza, menosprecio, desánimo, desesperanza, abatimiento.*
- 2. Anhedonia.*
- 3. Cambios en el apetito, usualmente hay pérdida de peso.*
- 4. Disturbios en el sueño, generalmente hay insomnio.*
- 5. Pérdida de energía, fatiga, letargo.*
- 6. Agitación (aumenta la actividad motora experimentando intranquilidad.)*
- 7. Entorpecimiento del discurso, pensamiento y movimiento.*
- 8. Disminución en el interés y la actividad sexual.*
- 9. Pérdida del interés en el trabajo y en las actividades diarias.*
- 10. Sentimiento de inutilidad, autoreproches, culpa y vergüenza.*
- 11. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, con quejas de pensamiento retardado o confusión de pensamientos.*
- 12. Baja autoestima.*
- 13. Sentimientos de desamparo o impotencia.*
- 14. Pesimismo y desesperanza.*
- 15. Ideas de muerte o atentados suicidas.*
- 16. Ansiedad.*
- 17. Quejas corporales.*

Casi todas las enfermedades crónicas y los estados agudos que amenazan la vida ó -

que imposibilitan seriamente, son acompañados por algunos síntomas depresivos. Esto puede ser transitorio y de relativa poca importancia o puede persistir y alcanzar el nivel de síndrome.

- 2) *Síndrome depresivo.* Aunque un gran número de pacientes presentan uno u otro de los síntomas depresivos mencionados anteriormente, sólo una parte tendrá una combinación de síntomas con una intensidad y duración que satisfaga los criterios del desorden.

No existe un sólo síndrome depresivo. El criterio del DSM-III, hace mención de los puntos de referencia para una subclasificación. (34)

- 3) *Problemas diagnósticos para una depresión secundaria a una enfermedad médica.* Klerman et al. (1973) y Cossem (1978) han notado que los desórdenes afectivos son frecuentemente asociadas con enfermedades médicas o reacciones a drogas. El concepto de desorden afectivo secundario, debería extenderse para incluir no solo estados afectivos secundarios en tiempo, sino a síndromes psiquiátricos bien definidos pero también secundarios o asociados con concomitantes padecimientos médicos o reacciones a drogas. (35) (36)

Los desórdenes depresivos interactúan de diferente manera con las enfermedades físicas. Los pacientes pueden volverse depresivos en respuesta a la amenaza de pérdidas que trae consigo la enfermedad física: pérdida de funciones corporales, de roles sociales, fuentes de gratificación o de mecanismos de defensa acostumbrados. El dolor y el desconfort pueden crear desesperación. (37)

Cavanaugh (1984) después de comparar 309 pacientes, medicamente enfermos, con 101 pacientes depresivos medicamente sanos, ofrece una guía útil para el diagnóstico de desórdenes depresivos en pacientes enfermos: los síntomas somáticos generalmente se asocian con depresión (disturbios en el sueño, anorexia, fatiga, problemas gastrointestinales, dolor y preocupación somática), discriminados pobremente entre desórdenes depresivos y una desmoralización asociada con una enfermedad médica severa. Los síntomas afectivos y cognitivos, asociados con desórdenes depresivos son muy útiles como indicadores para el diagnóstico. La indiferencia al -

médico (físico) o al apoyo social, sugiere un desorden depresivo, preferentemente a una desmoralización, particularmente si es acompañada de llanto constante. Ane- donia, manifestada como una pérdida de interés o placer en las actividades usuales o en los procesos del cuidado médico, sugieren un desorden depresivo, como tam- bién ideas suicidas, severas indecisiones y pérdida de la autoestima. Ligeras inde- cisiones son comunes en los pacientes enfermos y, no es discriminativa. La pérdi- da de autoestima, puede manifestarse en autoreproches, culpa y estados de fraca- so o frustraciones o en sentimientos de ser castigados por la enfermedad. Ningun- o de estos síntomas es patognómico a los desórdenes depresivos, pero cuando va- rios de estos síntomas aparecen juntos se debe suponer un desorden depresivo. (38)

El abatimiento en enfermedades serias aparece como una respuesta natural respec- to a una damnificación o daño causado por la enfermedad o la autoestima del pa- ciente. Dando una breve definición de depresión según Cramer (1971): "la depre- sión es una respuesta a un daño narcisístico". (39)

Cuando la enfermedad es seria existe alteración en el estado de ánimo y un daño a uno mismo; por ejemplo, en un infarto del miocardio se produce un infarto al ego. Aún cuando la recuperación del órgano enfermo es completa, la recuperación de- la autoestima tiende a ser más lenta. (40)

Una combinación de miedo, amargura, se presenta en el abatimiento, el self está - rato y arruinado. El trabajo y las relaciones se ven arruinados. Para el paciente - parece ser que es demasiado tarde para realizar una carrera o aspiraciones perso- nales. Se siente viejo y fracasado, la petición de consulta se da aproximadamen- te al segundo o tercer día de hospitalización. (41)

El paciente médico deprimido, tiene o un disturbio en el desarrollo de aún menor - magnitud o una aflicción previa como enfermedades psicoso-áticas. La cualidad- de esta depresión difiere de la melancolía, es menos óptico, es un activo busca- dor de ayuda y en lugar de abandonar las relaciones objetables se apega al mundo- externo. Cuando los efectos de las circunstancias adversas se conjuntan con la - disposición del desarrollo, la balanza pesa contra él y sufre su autoestima. Estas

circunstancias son fácilmente tangibles: pérdida del objeto, privaciones o una reacción a una enfermedad médica.

El síndrome depresivo puede ser considerado como un acompañamiento natural de la enfermedad física, pasa desapercibida debido a que no está configurada tan claramente como la típica melancolía. El paciente médico expresa algunos de los síntomas convencionales de la depresión, la mayoría de los cuales son el resultado de la enfermedad médica o de la experiencia de la hospitalización. Algunas de estos síntomas (culpa, llanto, soledad y anorexia) son particularmente característicos de la depresión. En adición a estos disturbios afectivos, estos pacientes exhiben generalizada sintomatología somática. La depresión puede ser encontrada en pacientes médicos con muchos tipos de enfermedad física. (42)

Moffic y Paykel (1975) encontraron que igualando la severidad de la depresión, los depresivos médicos muestran diferentes características de los depresivos psiquiátricos, reprimiendo menos sentimientos suicidas, más sentimientos de pesimismo, - desamparo y ansiedad, entumecimiento, agitación y lástima de sí mismos. (43)

Emmons et al. (1987) concluyeron a partir de sus investigaciones que la depresión en pacientes psiquiátricos se caracteriza por ideas suicidas, pérdida de interés, - sentimientos de castigo, sentimientos de carga hacia los demás y pérdida de la autoestima; por otro lado, los pacientes médicos son más propensos a sentir preocupación y culpabilidad y a experimentar síntomas somáticos (falta de energía, insomnio y pérdida del apetito y peso). (44)

Con la entrada de psiquiatras a Hospitales Generales, ha habido un mayor conocimiento de la alta prevalencia de depresión en pacientes médicos internos, un porcentaje estimado es de 28%. (45)

Simpson G.M. et al. (1976) revelan que la depresión es comúnmente vista en la práctica de la medicina general, encontrando un 24% de depresión moderada. (46)

Moffic y Paykel (1975) utilizando el Inventario de Depresión de Beck (BDI) encontraron depresión en un 24% en 150 pacientes, y desarrollándose otra 5%, si son se-

guidas durante su estancia en el hospital. En términos de un juicio clínico, tomando en cuenta todo lo que se sepa del caso, existieron dos grupos principales dentro de los depresivos médicos. En un 65% del grupo, la depresión aparece como causada por la enfermedad médica y en un 35% la causa fue en base a otras direcciones relacionadas con otros stresses y una historia previa. (47)

Schwab (1967) realizó una investigación con 153 pacientes médicos internos, dentro de los cuales un 21% eran enfermos cardiovasculares, encontrando con el BDI que un 22% de la muestra presentaba depresión y del 21% de enfermos cardiovasculares, 12% presentaban depresión. Examinando la relación entre depresión y clase social, el BDI indicó que la depresión es más frecuente en la clase baja, esto es debido posiblemente a que esta clase presenta más enfermedades médicas severas. Con respecto a la edad, en un rango de 10 a más de 71 años, se encontró que la depresión ocurre en todos los grupos de edades, notándose que los hombres fueron más frecuentemente depresivos que las mujeres entre los 41 y 51 años, y los 71 ó más. (46)

W.K. Zung et al. (1983) encuentran que la presencia de depresión en el ambiente médico general es de un 13%, utilizando una muestra de 1086 pacientes de consulta externa de medicina familiar. (49)

Rucker, Frye y Cygan (1986) en una muestra de 375 pacientes médicos externos, se obtuvo un 32% de depresión moderada o severa, utilizando el BDI. (50)

Fauman (1961) en un cuestionario proporcionado a 206 médicos internistas y cirujanos, estimaron que el 14% de sus pacientes tienen problemas psiquiátricos significativos, en donde el más frecuente fue la depresión. (51)

Salkin (1969) estudiando a 80 pacientes consecutivos encontró un 25% de pacientes deprimidos mediante el BDI. (52)

Nielsen et al. (1980) evaluando a 576 pacientes de una clínica de adultos realizada con el BDI, encontraron un 12.2% con depresión leve y un 5.5% con depresión moderada. (53)

Cavanaugh (1986) descubrió un 36% con depresión utilizando el BDI en 335 pacientes hospitalizados. (54)

Como hemos visto los síntomas y síndromes depresivos son comunes en los pacientes medicamente enfermos, sin embargo, no son frecuentemente reconocidas ni — tratadas.

Según Nielsen (1980) las razones abarcan desde la gran diversidad de medidas y definiciones de depresión, hasta la misma ignorancia del fenómeno clínico. (55)

Para el "Annual Review" (1986) las razones del por qué los desórdenes depresivos — son tan frecuentemente olvidados, se debe a: 1) factores relacionados con la enfermedad, 2) factores relacionados con el enfermo, y 3) factores relacionados con el médico. (56)

Con respecto a lo relacionado con la enfermedad, Schwab et al. (1967) y Cavanaugh (1984) observaron que algunos signos y síntomas, son comunes en pacientes depresivos y en aquellos que simplemente están medicamente enfermos. (57) (58)

Lo relacionado con el paciente incluye factores personales o culturales que inducen a una renuencia a percibir o a hablar sobre sus aflicciones emocionales, aunado a — una desconfianza hacia figuras de autoridad. Lo relacionado con el médico incluye un diagnóstico valorativo incompleto y una aceptación de posibles pero peligrosas hipótesis. Un diagnóstico valorativo de este tipo puede darse por una falta de interés y concentración, falta de tiempo en la visita, o una falta de experiencia en — el diagnóstico, o por una renuencia a diagnosticar depresión debido a una falta de conocimiento en lo que respecta a su manejo. Posibles pero peligrosas hipótesis — incluyen: la hipótesis de que el paciente no desea hablar de su depresión; la enfermedad física esta siempre causando síntomas somáticos comunes en la depresión — y en la enfermedad médica; el fracaso de los quejas del paciente sobre su depresión puede significar que no está deprimido y la hipótesis de que la demencia — siempre indica demencia, la depresión mayor también puede presentarse con una pseudodemencia, la cual es completamente reversible. (59)

III LA CIRUGIA DEL CORAZON Y LA FIEBRE REUMATICA

"En el curso de la evolución del ser humano, se estructuran sistemas defensivos que con frecuencia tratan de encubrir el modelo fundamental, el cual, sin embargo, — emergerá ante cualquier situación de peligro que pongan en movimiento el modelo más estable y primitivo."

Las intervenciones quirúrgicas son un ejemplo de estas situaciones de peligro. (60)

Se considera que mucho antes y mucho después de la operación, mientras que se espera el acto quirúrgico y después de recuperarse de él, el paciente está sometido a una intensa experiencia emocional. Antes y después, el paciente quirúrgico es exquisitamente sensible en todos los grados a todas las vacilaciones mayores y menores de sus relaciones con el médico, el cirujano y las enfermeras. (61)

"El acto quirúrgico va a incidir sobre una personalidad que tiene su forma de reacción específica, estructurada en el curso de su historia, esta forma de reacción — específica va a matizar tanto las reacciones estrictamente subjetivas como la calidad y matiz emocional de las molestias orgánicas". (62)

"Las intervenciones quirúrgicas pueden acompañarse de traumas, no solo del cuerpo, sino también de la personalidad. Los factores psicológicos también pueden — actuar y producir angustias y ocasionalmente neurosis". (63)

Bellak (1980) presenta una manera esquemática cinco tipos de respuestas ante la enfermedad o una incapacidad.

- 1. Una reacción normal a una angustia o depresión que, sin embargo, pronto se disminuye y se convierte en una preocupación aproximadamente proporcionada al grado real de la enfermedad o la incapacidad.*
- 2. Una reacción evasiva que se expresa en una negación de la enfermedad, una actitud de imperturbabilidad que suele acompañarse*

por un exceso de actividad y alegría falsa. Esta actividad con frecuencia se convierte en una depresión con angustia, y se manifiesta en una desobediencia a seguir instrucciones del médico.

3. Una depresión reactiva que puede prolongarse y que implica hipocondría.
4. Una canalización de todas las ansiedades ya existentes al nuevo foco de preocupación. Algunas veces estos pacientes que por lo general son personas perturbadas, abandonan sus manifestaciones anteriores de perturbación que eran más difusas y por lo tanto parecen ser más dóciles.
5. La invalidez psicológica, por ejemplo: cuando un paciente que físicamente es capaz de funcionar, tanto social como ocupacionalmente, desarrolla temores, síntomas o actitudes que lo incapacitan.

Tales manifestaciones aparecen en su expresión máxima en aquellos pacientes que han padecido enfermedades orgánicas graves, entre las que están el cáncer, padecimientos cardíacos, tuberculosis, amputaciones, etc. (64)

La profundidad y calidad de las reacciones depende: 1) de la forma de las defensas psicológicas y de la flexibilidad de la personalidad del paciente, anteriores a la experiencia quirúrgica, 2) de la significación personal de la enfermedad, de los procedimientos operatorios, del grado de sufrimiento, de incomodidad y de peligro encontrados durante la experiencia quirúrgica y 3) de la eficacia de la recuperación física y del resultado del tratamiento quirúrgico. (65)

La cirugía siempre provoca cambios psicológicos en grados variables, en ausencia de un sistema adaptativo ideal, este stress provoca una regresión. Frente a la enfermedad física, el dolor, el malestar, la separación del hogar y de la familia y el ingreso en un hospital frío y extraño, en donde la persona está confinada a la cama y se le deja sola para enfrentarse a la perspectiva de la anestesia y una intervención, el paciente tiende a retroceder a formas más primitivas de enfrentamiento-

con los stress ambientales y los conflictos internos. En algunos esta regresión — pueden movilizar fuerzas personales, pero también puede reactivar antiguos miedos y conflictos.

Algunos pacientes luchan intensamente con la ansiedad y la depresión provocada por la experiencia quirúrgica a través de los mecanismos de defensa de la supresión, represión, negación o formación reactiva.

Defensas frágiles como la negación y la formación reactiva, pueden producir una regresión más rápida y profunda. (66)

Cualquiera que sea el mecanismo de defensa al que se recurra, el efecto de la enfermedad y del tratamiento quirúrgico sobre la organización de las ideas, los recuerdos y las fantasías que forman parte de nuestra propia opinión acerca de nosotros mismos, puede variar desde el sentido desagradable de que el yo se vea expuesto y desnudo en el escenario médico, hasta el temor drástico de verse desfigurado, fragmentado y aún la destrucción de la idea del yo.

Muchos pacientes piensan que su enfermedad y los signos y síntomas de ellas constituyen un estigma, estas sospechas sólo son en parte conscientes, generalmente — irracionales, pero pueden ser muy intensas. La incapacidad de poder seguir trabajando o de seguir manteniendo a la familia y el hogar, contribuye a la pérdida de la autoestima y aumenta la supuesta discrepancia entre la sencilla apreciación del yo y el cuadro ideal de lo que este yo debería ser.

La mayor parte de los pacientes que esperan intervenciones quirúrgicas, emplean — cierta parte de su tiempo en considerar los cambios que se efectuarán en la imagen del yo después de la intervención quirúrgica. Los factores que intervienen en la idea anticipada de la imagen del yo después de una operación, comprenden la claridad y resistencia de las ideas previas que se tienen del yo, como del tipo de cambios corporales que la persona espera que se presenten, el pesimismo o el optimismo que tenga a propósito de la recuperación y del sentimiento global que el individuo tenga acerca de la experiencia quirúrgica, inclusive de sus relaciones con — el médico.

Llega el momento durante casi todos los casos de la experiencia quirúrgica en que los pacientes tratan de imaginarse como quedarán después de que todo haya terminado, y en que tratan de formarse la idea anticipada del grado de seguridad que sentirán a propósito de sí mismos, especialmente si sabe que habrá cierto grado de limitaciones o de incapacidad como resultado del tratamiento quirúrgico. La claridad y realidad de esta imagen después de que la experiencia quirúrgica ha terminado, puede quedar explicadas por el grado de ansiedad que el paciente ha sufrido antes de la operación y después de ella. (67)

La forma en que estos hechos se enlazan con la intervención quirúrgica, está relacionada con la vida anterior o experiencias anteriores que trae el sujeto en el momento de ser intervenido quirúrgicamente; lo que se puede evidenciar es que la intervención quirúrgica influye negativamente combinándose con las vivencias anteriores.

En los casos en las que el paciente posee un sentido estable de la realidad y la idea anticipada de una imagen del yo, los cambios susceptibles de presentarse son tomadas por ellos y hacen los ajustes correspondientes, aceptan las posibles limitaciones, y el tratamiento quirúrgico es considerado como un esfuerzo hacia el alivio o el mejoramiento de un estado patológico. (68)

El órgano que duele o alguna que se sabe que está enfermo atrae la atención, si la enfermedad es crónica y de gran importancia, la parte enferma se trata como si fuera un ente separado, de una manera casi antropomorfizada, se toman medidas especiales para con este órgano, se le cuida y se establece una actitud que corresponde en mucho a la de una madre con su hijo. Esto trae consigo cambios en la autoimagen del cuerpo y en la imagen de los órganos. (69)

Bellak (1983) afirma que los pacientes cardíacos, se sienten con frecuencia deprimidos y temerosos con su cercanía con la muerte, ya que las enfermedades cardíacas se experimentan primero como una grave amenaza a la vida, relacionada como es, con una muerte súbita. (70)

Al respecto Schiller (1920) recalca el simbolismo que se da a las diferentes partes -

del cuerpo y, el rol que juega el sistema nervioso vegetativo en la formación de la imagen corporal. Murphy G. (1947) asegura que el aspecto afectivo de la imagen corporal es más importante que el cognoscitivo.

Sota Tait y Archur (1955) estudian el concepto normal del adulto en los aspectos funcionales y el de la anatomía humana. Concluyen que es necesaria más información en cuanto el efecto sobre la inteligencia, educación, enfermedades físicas y - desórdenes mentales sobre la concepción interna del cuerpo.

Gellert 1962, hizo hincapié en las funciones del corazón como la base de la salud, como una "bomba dadora de energía". Schneider (1954) recalco la importancia - del corazón en la concepción que se tiene de uno mismo. (71)

Al respecto de la importancia que se le da al corazón, I. Kaminer, et al. (1978) - realizaron una investigación donde concluyen que los atributos más comunes que se le dan a la imagen del corazón son los siguientes:

1. El corazón es situado en el lado izquierdo.
2. El corazón es un órgano elástico.
3. El corazón es un órgano expandible con movimientos bidireccionales.
4. La función del corazón es de una bomba que provee de sangre al - cuerpo para activarlo.
5. El corazón es escuchado o sentido de vez en cuando.
6. El corazón es el órgano más importante del cuerpo.
7. El corazón es concebido como algo simbólico y anatómico. (72)

La presencia de depresión debe prevenirse como un incremento de riesgo en la operación, casi siempre un desorden depresivo podría ser reconocido en una sola intervención. Preguntando sobre sus expectativas a los pacientes a cirugía pueden revelar desinterés o un franco desaliento importante ante la cirugía que se aproxima. El desaliento es importante guía de depresión ante la ausencia de otros signos o - síntomas. Una historia de depresión es para el diagnóstico evaluativo, un riesgo - para que se de una depresión postoperatoria, aún en ausencia de disturbios emocionales en el período inmediato a la operación. En enfermedades maniaco-depresivas, se sabe que una cirugía puede precipitar una depresión (73).

Si la depresión es severa, la cirugía deber ser pospuesta el mayor tiempo posible. Tufo y Ostfeld (1970) reportan una alarmante alta mortalidad postoperatoria entre pacientes con cirugía de corazón abierta, que fueron clínicamente diagnosticados depresivos antes de la operación. (74)

Una depresión preoperatoria puede estar relacionada con las perspectivas hacia la operación. Dichas perspectivas pueden estar basadas en malas interpretaciones. Una investigación cuidadosa puede revelar secretos de temor a desenterrar algunos miedos subyacentes de temor como el cáncer por ejemplo. Las fantasías preoperatorias pueden contribuir al desarrollo de una depresión. (75)

Kimball (1969) investigó en 54 pacientes que iban a cirugía del corazón. La incidencia más alta de mortalidad y morbilidad fue entre aquellos que tuvieron un alto nivel de depresión preoperatoria. Pacientes que expresaron una moderada inquietud y demostraron capacidad para hacer frente al stress de la vida, salieron mejor (76). El pronóstico valuativo de Kimball, en su estudio a pacientes preoperatorios fue confirmada en un subsecuente estudio con 180 pacientes cardíacos para cirugía. Kimball et al. (1972) estudiaron a 180 pacientes cardíacos para cirugía, en contrando que los grupos con una ansiedad negada y depresión tuvieron un incremento de complicaciones después de poco tiempo de la operación y un incremento postoperatorio en mortalidad. (77)

La razón por la cual seleccionamos a personas que serán sometidas a cirugía del corazón y personas con padecimiento del corazón, se debe a que en general, como hemos visto, el corazón es la estructura del organismo considerada como la más importante, las personas asientan sus emociones en éste y la idea de muerte repentina suele asociarse con él, por consiguiente, posee un significado especial en la vida real y afectiva del ser humano.

Suponemos que en general, antes de una intervención quirúrgica inminente, se presentan angustia, baja de autoconcepto y depresión.

IV ¿ QUE ES LA FIEBRE REUMÁTICA ?

Se trata de un padecimiento inflamatorio, difuso, que ataca principalmente al corazón, articulaciones y tejido subcutáneo, de curso agudo y subagudo y que es capaz de producir daño tisular con secuelas cicatriciales en el miocardio específico (tras tornos de la conducción), inespecífico (focos de fibrosis que en ocasiones se manifiestan como de automatismo ectópico) y con más frecuencia en el endocardio — (valvulopatías reumáticas).

ETIOLOGIA

El estreptococo B Hemolítico del grupo A, está involucrado en la génesis de la fiebre reumática.

EPIDEMIOLOGIA

Los brotes clínicamente reconocidos de fiebre reumática, aparecen preferentemente entre los 5 y 15 años de edad.

En México, se ha calculado alrededor de 3000 muertes al año, debidas a este padecimiento.

La fiebre reumática predomina en países con clima frío o templado; entre los países en donde se encuentra la mayor frecuencia están Israel, Grecia, y la parte central de México. Se ha observado cierta predisposición genética para adquirir la enfermedad.

La infección faríngea por el estreptococo B hemolítico del grupo A de Lancefield, parece ser el primer paso en la génesis de la fiebre reumática.

CUADRO CLINICO

Síntomas generales: astenia, adinamia, hiporexia y fiebre que nunca es muy alta —

(38 a 38.5 °C). El severo ataque al estado general con gran postración es un signo de mal pronóstico.

El criterio de Jones para el diagnóstico de la fiebre reumática es el siguiente:

Signos mayores:

- I. Carditis
- II. Artritis
- III. Corea
- IV. Nódulos de Meynet
- V. Eritema marginado

Signos menores:

- I. Antecedentes de brote reumático
- II. Artralgias
- III. Fiebre
- IV. Bloqueo AV de primer grado (ECG)
- V. Leucocitosis, eritrosedimentación acelerada, hipergamaglobulinemia

Cuando coinciden dos signos mayores con dos signos menores, es posible establecer el diagnóstico de fiebre reumática. (78)

La enfermedad cardíaca es la manifestación más grave de la fiebre reumática. Es error considerar la participación cardíaca como simple complicación de la enfermedad, ya que es casi tan frecuente como cualquier otro de los síntomas, el corazón rara vez escapa de enfermarse en el curso crónico de una fiebre reumática.

Incluso cuando no hay participación cardíaca en las primeras fases, el diagnóstico de fiebre reumática establecida es un aviso de cardiopatía potencial.

La cardiopatía reumática se considera activa o inactiva, según persista o desaparezca la inflamación reumática aguda. Esta distinción es importante para el tratamiento y el pronóstico, cardiopatía reumática inactiva, no es sinónimo de curación, ya que hay gran tendencia a la recidiva en enfermedad activa. Los síntomas cardiopatía reumática activa son los correspondientes a las lesiones inflamatorias

del corazón, con la toxemia acompañante. Los síntomas de cardiopatía inactiva dependen de las cicatrices y deformidades que dejan las lesiones inflamatorias - al curar, y de los cambios químicos asociados que se producen en el miocardio. - Durante largos intervalos de inactividad, estas alteraciones pueden no tener intensidad bastante para producir síntomas clínicos. (19)

Los brotes de actividad reumática en los adultos no se expresan en la clínica con - sus manifestaciones floridas, razón por la que es muy frecuente pasar inadvertidos brotes de actividad reumática de evolución subclínica.

Ataque reumático al corazón (carditis reumática).

Cuando el proceso inflamatorio alcanza el corazón, involucra al miocardio, endocardio y pericardio.

- A) Miocardio: la inflamación miocárdica afecta tanto al músculo inespecífico como al sistema específico de conducción.*
- B) Endocarditis: El ataque endocárdico se lleva a cabo, especialmente a nivel de los aparatos valvulares (válvula mitral, aórtica, tricúspide y pulmonar), tanto en el borde las valvas como en sus comisuras y aún en las estructuras subvalvulares, produciendo en el bráste agudo inflamación valvular Vg. valvulitis.*

La válvula mitral es la más frecuente afectada y su inflamación se manifiesta clínicamente por un soplo de insuficiencia mitral que usualmente se acompaña de un rumbido funcional de hiperflujo (soplo de Carey-Coombs).

La válvula aórtica se ataca con menos frecuencia que la mitral y sigue un mecanismo fisiopatológico semejante: es decir, en la fase aguda aparece insuficiencia aórtica y la cicatrización va fusionando las comisuras hasta constituir una estenosis o doble lesión aórtica en la lesión tardía.

El seguimiento de pacientes con carditis reumática por más de 20 años en el Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez", ha demostrado que la valvulopatía

mitral puede quedar como insuficiencia mitral pura (19%), doble lesión mitral (53%) ó estenosis mitral pura (23%); una pequeña proporción de casos (5%) quedaron sin secuela, ya que no fue posible demostrar valvulopatía orgánica después de haber padecido carditis reumática.

Con respecto a la valvulopatía aórtica, se encontró que el 12% de los enfermos presentó esta afección durante la fase de carditis; es decir, que apareció en una frecuencia mucho menor que la afección mitral; sin embargo, como secuela definitiva se encontró en el 33% del grupo lo cual quiere decir que la enfermedad valvular aórtica se instaló posteriormente al primer brote. En ninguno de ellos se encontró estenosis aórtica pura. En la mayoría de los casos, la valvulopatía aórtica se asoció con la mitral, sin embargo, hubo enfermedad valvular aórtica aislada en el 2%.

Es conveniente hacer notar que en cada brote sucesivo de actividad reumática, se agrava el daño estructural de la válvula atacada y aumenta la posibilidad de que otras válvulas sean lesionadas.

C) **Pericardio:** La pericarditis, usualmente acompaña a la miocarditis y endocarditis reumática, se manifiesta por dolor de tipo epicárdico, frote pericárdico y discreta cantidad de derrame. (80)

PRONOSTICO

Después del restablecimiento de una crisis aguda, el pronóstico depende de: a) la tendencia a las recidivas de fiebre reumática, y b) la lesión cardíaca causada por la primera crisis o las siguientes. Ambos factores guardan estrecha relación latente con la edad en la cual se produjo la crisis inicial.

TRATAMIENTO

Para la fiebre reumática aguda se recomienda:

1. **Reposo en cama**
2. **Dieta**
3. **Terapéutico farmacológico**

El tratamiento de la fase inactiva crónica de la cardiopatía reumática depende del tipo de lesión que se produce. En caso de ser necesaria la intervención quirúrgica, el peligro en los reumáticos guarda estrecha relación con el estado funcional del corazón. Prácticamente el reumático cardiópata bien compensado tolera las intervenciones quirúrgicas igual que una persona normal. El peligro aumenta substancialmente en los que han sufrido una crisis de insuficiencia cardíaca o la están pasando al tiempo de la operación. La mortalidad es mayor en los casos de insuficiencia cardíaca o la grave o la avanzada.

Los pacientes con estenosis aórtica calcificada, tienen peligro de muerte súbita que pueden aumentar por la anestesia general o la intervención quirúrgica. El peligro es máximo en los pacientes que han sufrido vértigo, síncope o angina de pecho. La mortalidad quirúrgica también aumenta en caso de cardiopatía reumática cuando el paciente tiene más de 35 años, ya que el desarrollo de aterosclerosis coronaria muchas veces dificulta el aporte de sangre, necesario para mantener la compensación de un corazón agrandado. Los cardiópatas reumáticos, en caso de intervención quirúrgica no sólo tiene mayor peligro en general, sino también en el de complicación por endocarditis bacteriana. Esta última tiene mucha tendencia a producirse con facilidad después de intervenciones dentales y en las realizadas en las vías genitourinarias.

En el Instituto Nacional de Cardiología "Dr. Ignacio Chávez", la forma de clasificar la gravedad de los pacientes se hace en base a la Asociación de Nueva York — del Corazón, la cual ha establecido una clasificación para pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva, que ha resultado útil para estimar el estado funcional y el pronóstico de tales enfermos.

Esta clasificación se basa fundamentalmente en los síntomas que presenta el paciente durante las diversas fases de actividad. Por lo tanto, su valor es limitado por depender de la reacción subjetiva del interesado. Pueden modificar tal reacción la inactividad, obligada por el médico o adaptada por el propio paciente, factores psíquicos diversos y el estado del corazón.

CLASE I: Pacientes con enfermedad cardíaca, pero sin limitación de actividad

física. La actividad física ordinaria no les produce disnea, dolor anginoso, fatiga ni palpitaciones.

CLASE II: *Pacientes con ligera limitación de la actividad física. Se encuentran bien en reposo y con ejercicio ligero. Solo presentan síntomas con los grados intensos de actividad ordinaria.*

CLASE III: *Pacientes con limitación intensa de la actividad física. Se encuentran bien en reposo, pero presentan síntomas incluso con la actividad ordinaria más ligera.*

CLASE IV: *Pacientes incapaces de toda actividad física sin molestia. Incluso en reposo pueden presentar síntomas de insuficiencia cardíaca o anginosa que se intensifican con la enfermedad. (81)*

Dado la alta incidencia de fiebre reumática en México, la cual ataca principalmente al corazón, dejando lesiones en éste, con más frecuencia en la válvula mitral y aórtica, éstos serán las características a tomar en cuenta para la elección de población en la presente investigación.

CAPITULO II

ASPECTO METODOLOGICO

ASPECTO METODOLÓGICO

OBJETIVO GENERAL:

Comparar si existe diferencia en el autoconcepto e índices depresivos en adultos hospitalizados próximos a una intervención quirúrgica del corazón, valvulopatía, provocada por fiebre reumática y en adultos no hospitalizados con padecimiento del corazón, como secuela de una fiebre reumática controlada, por lo que no requieren una intervención quirúrgica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- *Evaluar autoconcepto en ambos grupos.*
- *Evaluar índices depresivos en ambos grupos.*
- *Encontrar si existe correlación entre autoconcepto e índices de depresión en este tipo de pacientes.*

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Podemos decir que de una manera simbólica, durante una cardiografía el cirujano incide en el corazón del paciente, en lugar de sus emociones, además de todas las implicaciones reales que presenta la cirugía, como lo es la posibilidad de muerte. Por consiguiente es de esperarse que una intervención quirúrgica del corazón provoque alteraciones en el autoconcepto y la presencia de índices de depresión.

¿ Existe diferencia respecto al autoconcepto e índices depresivos en adultos hospitalizados próximos a una intervención quirúrgica del corazón (valvulopatía provocada por fiebre reumática) y en adultos no hospitalizados con padecimiento del corazón, como secuela de una fiebre reumática controlada por lo que no requiere intervención quirúrgica ?

Así mismo se busca encontrar:

¿ Existe correlación entre autoconcepto e índices de depresión en este tipo de pacientes ?

HIPOTESIS DE INVESTIGACION

Hi. Existe diferencia estadísticamente significativa en el autoconcepto de adultos hospitalizados próximos a una intervención quirúrgica del corazón, valvulopatía, y adultos no hospitalizados con padecimiento del corazón como secuela de una fiebre reumática controlada, por lo que no requieren una intervención quirúrgica.

Hi. Existe diferencia estadísticamente significativa respecto a los índices depresivos en adultos hospitalizados próximos a una intervención quirúrgica del corazón, valvulopatía, y en adultos no hospitalizados con padecimiento del corazón como secuela de fiebre reumática controlada, por lo que requieren una intervención quirúrgica.

Hi. Existe correlación estadísticamente significativa entre autoconcepto e índices de depresión en este tipo de pacientes.

SUBHIPOTESIS

Hi. Existe diferencia estadísticamente significativa en la dimensión social, ocupacional, ética, emocional y de iniciativa del autoconcepto en adultos hospitalizados próximos a una intervención quirúrgica del corazón, valvulopatía provocada por fiebre reumática y en adultos no hospitalizados con padecimiento del corazón, como secuela de fiebre reumática controlada, por lo que no requieren intervención quirúrgica.

DEFINICION DE VARIABLES

VARIABLES DEPENDIENTES:

- Depresión.
- Autoconcepto (dimensión social, emocional, ocupacional, ética e iniciativa).

DEFINICION CONCEPTUAL

AUTOCONCEPTO : Es la percepción que un individuo tiene de si mismo; específicamente son las actitudes, sentimientos y conocimientos respecto a las propias capacidades, habilidades apariencia y aceptabilidad social, el cual será medido -- por el test de autoconcepto de Jorge la Rosa.

DEPRESION : Disturbio general o una retirada de algunas funciones del pensamiento, sentimientos, experiencias y emociones., ésta será medida por el inventario para la medición de la depresión de Beck.

VARIABLES INDEPENDIENTES

- Adultos hospitalizados próximos a una intervención quirúrgica del corazón por valvulopatía reumática.
- Adultos con padecimiento del corazón con secuelas de fiebre reumática controlada que no requirieren intervención quirúrgica.

VARIABLES CONTROLADAS

- Edad : 20 a 60 años.
- Padecimiento: fiebre reumática controlada y valvulopatía reumática.
- En caso de cirugía: no reoperados.
- Gravedad de la enfermedad: I y II
- Tiempo anterior (preparación) a la intervención quirúrgica: máximo 15 días.
- Nivel de escolaridad: conocimiento de la lecto-escritura.
- Lugar de aplicación: Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez".

- **Antecedentes no psiquiátricos.**
- **Nivel socioeconómico: bajo-medio.**

Medio de control: constancia de condiciones.

VARIABLES EXTRAÑAS

- **Religión.**
- **Hora de aplicación: la más apropiada para el paciente.**
- **Sexo.**
- **Estado Civil.**

Método de control: Aleatorización.

M E T O D O

MUESTRA

GRUPO 1

- *sujetos adultos entre 20 y 60 años*
- *hospitalizados, con un tiempo de preparación máxima de 15 días*
- *clase funcional: II*
- *sin antecedentes psiquiátricos*
- *nivel de escolaridad: conocimiento de la lecto-escritura*
- *padecimiento: valvulopatía reumática que requiere intervención (con lesión en la válvula mitral y/o aórtica)*
- *no reoperados*
- *nivel socio-económico: baja - media*

GRUPO 2

- *sujetos adultos entre 20 y 60 años*
- *no hospitalizados*
- *padecimiento del corazón como secuela de fiebre reumática controlada, pero que no requiere intervención quirúrgica*
- *clase funcional: I*
- *sin antecedentes psiquiátricos*
- *nivel de escolaridad: conocimiento de la lecto-escritura*
- *nivel socio-económico: baja - media*

Se trata de un muestreo no probabilístico de tipo intencional. La muestra consiste en dos grupos de treinta sujetos.

DISERIO DE INVESTIGACION

- *Estudio de campo *expost-facto**

TIPO DE INVESTIGACION

- *Investigación de campo*
- *Nivel de investigación: confirmatorio*

INSTRUMENTO DE RECOLECCION

· INVENTARIO PARA LA MEDICION DE LA DEPRESION DE BECK

A. CONSTRUCCION DEL INVENTARIO

Los ítems en este inventario fueron derivadas u obtenidas primero clínicamente. En el curso de la psicoterapia psicoanalítica de pacientes depresivos, Beck realizó observaciones sistemáticas y registros de actitudes, características y síntomas del paciente depresivo. Escogió un grupo de estas actitudes y síntomas que aparecen como las más específicas en estos pacientes depresivos, compatibles con la descripción de la depresión, contenida en la literatura psiquiátrica. En base a este procedimiento, construyó un inventario compuesto de 21 categorías de síntomas y actitudes. Cada categoría describe una manifestación conductual específica de la depresión y consiste en unas series graduadas de cuatro a cinco estados-auto-evaluativos. Dichos estados están graduados para reflejar un rango de severidad del síntoma desde neutral hasta máxima severidad. Valores numéricos desde 0 a 3 fueron asignados a cada enunciado para indicar el grado de severidad.

En varias categorías, dos alternativas son presentadas, las cuales son asignadas con el mismo peso; estas equivalencias son nombradas a y b -- (por ejemplo: 2a ó 2b), para indicar que están en el mismo nivel. Los ítems son escogidos sobre la base de su relación de una evidente manifestación conductual de depresión y no un reflejo de ninguna teoría con respecto a su etiología o proceso psicológico subyacente de la depresión. Las categorías y síntomas son las siguientes:

- a) Animo
- b) Pesimismo
- c) Sensación de fracaso
- d) Insatisfacción
- e) Sentimiento de culpa
- f) Sentido de castigo
- g) Descontento
- h) Auto-acusaciones
- i) Deseos auto-punitivos

- j) Llanto
- k) Irritabilidad
- l) Aislamiento
- m) Indecisiones
- n) Inhibición en el trabajo
- o) Imagen corporal
- p) Disturbios en el sueño
- q) Fatiga
- r) Pérdida del apetito
- s) Pérdida de peso
- t) Preocupaciones somáticos
- u) Pérdida de la libido (82)

Los primeros catorce reactivos, se han conocido como evaluadores de síntomas afectivo-cognitivos, y los siete restantes de síntomas a vegetativos-somáticos; el menor porcentaje de éstos últimos hacen a la escala especialmente útil en el paciente medio, ya que los equivalentes depresivos de tipo somático, que se usan regularmente para el diagnóstico de la depresión, pueden también resultar de la propia enfermedad física. (83)

B. FORMA DE ADMINISTRACION

Se administra por medio de un entrevistador que lee en alto cada enunciado de la categoría y pregunta al paciente que elija un enunciado que se ajuste más a su estado actual.

Tanto entrevistado como entrevistador deben de tener una copia. El entrevistador marcará la respuesta indicado por el paciente.

C. DESCRIPCION DE LA POBLACION

Los pacientes fueron tomados de las admisiones del departamento de psiquiatría de consulta externa del Hospital de la Universidad de Pensilvania, y de los pacientes externos e internos del Departamento de Psicología del Hospital General de Filadelfia.

Este instrumento fué aplicado por un entrevistador a 226 pacientes, para reo-

firmarlo se volvió a aplicar a 183 pacientes siguiendo el mismo procedimiento.

Los aspectos más sobresalientes de la población fueron: predominancia de gente blanca a negra, la edad promedio de 15 a 44 años, y la mayoría de los pacientes de nivel socio-económico bajo.

D. CONFIABILIDAD DE INVENTARIO

Los métodos para evaluar la consistencia interna del instrumento fueron usados. Primero los protocolos de 200 casos consecutivos fueron analizados. El puntaje para cada una de las 21 categorías se comparó con el puntaje total del IDB para cada individuo. Con el uso del Análisis de Varianza de una vía de Kruskal-Wallis, se encontró que todas las categorías tenían una relación significativa con el puntaje para el inventario. La significancia fue más allá del 0.001 nivel de significancia para todas las categorías, menos para la categoría 5 (pérdida de peso), cuyo nivel de significancia fue de 0.01.

La segunda evaluación para la consistencia interna de la confiabilidad fue la siguiente: 97 casos de la primera muestra fueron escogidos para el análisis. Se usó la r de Pearson entre las categorías pares y nones, dando un coeficiente de confiabilidad de 0.86; con el error standar de Spearman Brown, este coeficiente rozó el 0.98.

E. VALIDACION DEL INSTRUMENTO

El inventario fue administrado a un grupo de 38 pacientes en dos diferentes tiempos, al mismo tiempo una estimación clínica de el Depth Of Depression, fue hecha por psiquiatras. El intervalo de tiempo fue de dos a seis semanas. Se encontró que los cambios en los puntajes del inventario, tendieron a ser paralelos en los cambios de la estimación clínica del Depth Of Depression. Con el Análisis de Varianza de una vía de Kruskal-Wallis, para evaluar las diferencias estadísticamente, se encontró para los dos grupos un valor p de estas diferencias de 0.001.

El Mann-Whitney u test, fue usado para estimar el poder del inventario - - -

para discriminar entre las categorías específicas del Depth of Depression. Se encontró que todas las diferencias entre las categorías adyacente (neutra, sugve, moderada y severa), en los dos estudios hubo una significancia mayor de 0.0004 con excepción de las diferencias entre las categorías de moderada y severa que tuvieron un valor-p de 0.1 antes y 0.02 después.

El inventario puede discriminar efectivamente entre grupos de pacientes con una variedad de grados de depresión. Así como reflejar cambios en la intensidad de la depresión en un intervalo de tiempo. (84)

Las escalas de medición psiquiátrica para la depresión, son frecuentemente usadas en estudios de pacientes médicos, pocas de estas escalas fueron validadas en una población de pacientes médicos. (85)

Existen algunas razones conceptuales para sospechar que las escalas psiquiátricas de la depresión pueden ser inapropiadas para evaluar la depresión en pacientes médicos. Una razón concierne a la inclusión de ítems somáticos que también; fácilmente diagnosticados en la población psiquiátrica, tienden a ser confundidos con los síntomas somáticos propios de la enfermedad médica del paciente. La segunda razón, es que la mayoría de las escalas fueron originalmente validadas en pacientes psiquiátricos que experimentan un extenso rango de afecto del que se encuentra en los pacientes médicos. Por consiguiente estas medidas no son lo suficientemente sensibles para diferenciar entre una pequeña o extrema alteración del estado de ánimo. (86)

Esta sugerencia es respaldada por resultados encontrados, que dicen que la depresión en pacientes médicos es menos severa que la encontrada en pacientes psiquiátricos depresivos. (87) (88). La tercera razón, puede ser que los rasgos característicos de la depresión en los pacientes enfermos son diferentes de aquellos asociados entre los pacientes psiquiátricos. Estas diferencias pueden relacionarse a las demandas especiales por ser un enfermo médico y llevar un tratamiento médico. (89)

En la presente investigación el Inventario para la Depresión de Beck (IDB), fue

elegido, ya que es la escala más usada dentro de la literatura de depresión en pacientes médicos, teniendo en cuenta, dentro de esta literatura, las hipótesis de las diferencias entre la depresión en pacientes médicos y psiquiátricos, así como su incidencia.

Específicamente se utilizará la traducción al castellano del Inventario de Depresión de Beck, traducido, validado y confiabilizado por el Dr. Hernández Rodríguez Mulpica y el Dr. Torres Castillo, en el Instituto Nacional de Cardiología "Dr. Ignacio Chávez", de la ciudad de México en 1987.

A. CONFIABILIDAD

Para comprobar la confiabilidad de la traducción al castellano del Inventario de Depresión de Beck, el Dr. Hernández R., estudió a 96 pacientes de ambos sexos, de 17 años en adelante, con cualquier tipo de enfermedad cardiovascular, que se encontraban hospitalizados en el Instituto Nacional de Cardiología "Dr. Ignacio Chávez".

La confiabilidad se realizó evaluando prueba contra prueba aplicando el IDB, a los mismos pacientes en dos ocasiones diferentes en un periodo de tiempo de 48 horas.

Se encontró un r de Pearson de 0.89, el coeficiente de correlación por rangos de Spearman fué de 0.88, en tanto que el coeficiente de Spearman Brown de 0.87 y finalmente, el coeficiente de confiabilidad intraclass, que es el más estricto fué de 0.77. (90). Estos índices son similares a los reportados por Beck y colaboradores en 1961 ($r=0.86$ y $r_{tt} SB=0.93$). (91)

B. VALIDEZ

En el estudio de validez de la traducción al castellano del IDB, llevado a cabo por el Dr. Torres Castillo, se estudiaron 56 pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez", hombres y mujeres, con un rango de edad de 18 a 67 años, con conocimientos de la lecto-escritura con cualquier tipo de enfermedad cardiovascular.

La validez se realizó buscando la correlación entre las puntuaciones totales -

del IDB y la escala de ansiedad y depresión de Hamilton para Hospital General, aplicadas a los mismos pacientes. Se obtuvo una correlación entre las puntuaciones totales del IDB y el HAD (depresión) de $r = 0.078$ con una $p = 0.001$.

Con respecto a la sensibilidad (S) y especificidad (E) para 8 diferentes puntos de corte, encontrándose los valores mayores en el punto de corte 13 (S=.90, E=.60), y en el punto de corte de 14 (S=.86, E=.860). (92) Por lo cual se utilizará el punto de corte 13 en la presente investigación.

ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE JORGE LA ROSA, 1986

El objetivo de esta escala es medir el autoconcepto, fue desarrollado en la cultura mexicana y para la cultura mexicana, respetando el énfasis que hace Díaz - Guerrero (1971) (1972) (1976) y (1982) respecto a la importancia de la cultura en la evaluación de la personalidad.

- *La escala de autoconcepto es el resultado de 5 estudios piloto y una aplicación final involucrando a 2626 sujetos mexicanos de ambos sexos.*

El instrumento consiste en 72 pares de adjetivos, en los cuales uno es antónimo - del otro y se refieren a 5 dimensiones:

***DIMENSION SOCIAL:** Se refiere al comportamiento del individuo en la interacción con sus semejantes y goza de una gran universalidad porque abarca tanto - las relaciones con sus familiares y amigos como la manera en que una persona - realiza sus interacciones con sus jefes y subordinados conocidos o no. Está constituido por: Factor Social 1: sociabilidad afiliativa, especifica el estilo afiliativo - de relacionarse con los demás. Factor Social 2: sociabilidad expresiva, la cual - se refiere a la comunicación o expresión del individuo en el medio social. Factor Social 3: define la accesibilidad de la persona es decir, la confianza con la - cual se aproximan los demás a ella porque podrán contar con su comprensión.*

***DIMENSION EMOCIONAL:** Abarca los sentimientos y emociones del individuo, considerados desde un punto de vista intraindividual e interindividual y desde un punto de vista de su sanidad o no.*

Estado de ánimo: Caracteriza la vida emocional intraindividual, o sea, los estados de ánimo experimentados en la subjetividad. Sentimientos Interindividuales: considera "otro" como objeto de los sentimientos personales. Salud Mental: enfoca los aspectos intraindividual e interindividual desde el punto de vista de su sanidad o no, si son o no productores de salud mental.

DIMENSION OCUPACIONAL: se refiere al funcionamiento y habilidades del individuo, ocupación o profesión y se extiende tanto a la situación del estudiante, como a la del trabajador, funcionario, profesionalista, etc.

DIMENSION ETICA: concierne al aspecto de congruencia o no con los valores personales y que son, en general, un reflejo de los valores culturales más amplios, o de grupos particulares en una cultura dada.

DIMENSION INICIATIVA: verifica la iniciativa del individuo en situaciones sociales. Desde otro punto de vista la iniciativa pueda referirse también a una característica de personalidad que se aplica al estilo como el individuo desempeña sus actividades y ocupación.

La técnica utilizada fué la de "Diferencial Semántico", con siete intervalos entre los adjetivos bipolares. Cada par de adjetivos bipolares y sus respectivos intervalos constituyen una escala, las cuales están mezcladas en forma aleatoria tanto en lo que se refiere a las dimensiones del autoconcepto como en lo concerniente a la direccionalidad de los adjetivos, es decir, el extremo positivo y el negativo están tanto en el lado derecho como en el izquierdo.

Calificación:

Las puntuaciones de los intervalos comprenden números del 1 al 7, asignados de la siguiente manera:

Positivo	7	6	5	4	3	2	1	Negativo
Negativo	1	2	3	4	5	6	7	Positivo

Tabular los resultados del grupo total:

1.- Tabular los resultados para cada una de las escalas de las cinco dimensiones del autoconcepto.

- Sumar el número de sujetos por grupos de cada intervalo en cada escala.
- Multiplicar el número de sujetos de cada intervalo por el valor del intervalo.
- Sumar los resultados del paso anterior y dividir entre el número de sujetos, (promedio de cada dimensión).

2.- Para tener la calificación factorial del grupo habrá que sumar el promedio de las cinco dimensiones y dividir ésto entre 5 (número de dimensiones del autoconcepto) (93)

PROCEDIMIENTO

Se eligió el Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez" para llevar a cabo la investigación.

Los trámites fueron los siguientes: entrega de una carta oficial de la Universidad Intercontinental, en donde se respalda la investigación y se pide autorización para llevar a cabo el estudio.

La investigación dentro del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez" será asesorada por el Dr. Ricardo Secin Diep, Jefe de Psiquiatría de dicha Institución.

Los instrumentos serán aplicados por las investigadoras, dando las siguientes instrucciones:

- Saludo.
- Estamos haciendo una investigación sobre la enfermedad que usted padece con fines médicos. Se trata de contestar dos cuestionarios. ¿Podría usted colaborar con nosotros?
- Se llenará primero una hoja con registro de datos previos del paciente, posteriormente se entregará el cuestionario de Autoconcepto de la Rosa, dando las siguientes instrucciones: (anexo).
- El cuestionario es anónimo, individual y confidencial.
Por favor lea las instrucciones y si tiene alguna duda pregúnteme.
- Le recuerdo que debe contestar como es y no como le gustaría ser.
- Por favor conteste todas las preguntas.
Posteriormente se entregará el inventario de Depresión de Beck (traducción al castellano), indicando lo siguiente: (anexo).
- Es cuestionario es confidencial, individual y anónimo.
- Voy a leer en alto las preguntas conjuntamente con usted.

- Por favor me va dando sus respuestas, en base a su estado actual, para que yo vaya registrándola.
- Si tiene alguna duda pregúnteme.
- Gracias por su vallosa cooperación.

ANALISIS ESTADISTICO

Se utilizaron los siguientes análisis :

- 1.- Análisis de frecuencias.
- 2.- Prueba "t" de Student.
- 3.- Coeficiente de Correlación (r) de Pearson.

CAPITULO III

RESULTADOS

Tabla 1.

ANALISIS DE FRECUENCIA DE AUTOCONCEPTO

Autoconcepto	Consulta interna		Consulta externa	
	Valor absoluto	Porcentaje	Valor absoluto	Porcentaje
Alto autoconcepto	13	43.33%	13	43.33%
Bajo autoconcepto	17	56.66%	17	56.66%
Media	$\bar{x} = 356$		$\bar{x} = 370$	

Tabla 2.

ANALISIS DE FRECUENCIA DE DEPRESION

Depresión	Consulta interna		Consulta externa	
	Valor Absoluto	Porcentaje	Valor Absoluto	Porcentaje
Depresivos	20	66.66%	11	36.66%
No Depresivos	10	33.34%	19	63.34%
	Punto de corte = 13			

Tabla 3.

AUTOCONCEPTO (ANALISIS POR AREA)

Area	Sub-área	Consulta Interna		Consulta Externa		
		V. Abs.	Porcentaje	V. Abs.	Porcentaje	
S O C I A L	Afiliativa	Alta	14	46.66%	18	60.00%
		Baja	16	53.33%	12	40.00%
		\bar{x}	$\bar{x} = 54$		$\bar{x} = 57$	
	expresiva	Alta	9	30.00%	13	43.33%
		Baja	21	70.00%	17	56.66%
		\bar{x}	$\bar{x} = 35$		$\bar{x} = 36$	
	Accesibilidad	Alta	17	56.66%	16	53.33%
		Baja	13	43.33%	14	46.66%
		\bar{x}	$\bar{x} = 21$		$\bar{x} = 22$	

Tabla #.

CONTINUA ANALISIS DE FRECUENCIA POR AREA

AREA	Sub-area		Consulta Interna		Consulta Externa	
			V. Abs.	Porcentaje	V. Abs.	Porcentaje
EMOCIONAL	Estado de ánimo	Alta	14	46.66%	15	50.00%
		Baja	16	53.33%	15	50.00%
		\bar{x}	37		39	
	Efectividad	Alta	16	53.33%	17	56.66%
		Baja	14	46.66%	13	43.33%
		\bar{x}	33		34	
	Salud Mental	Alta	12	40.00%	13	43.33%
		Baja	18	60.00%	17	56.66%
		\bar{x}	41		41	

Tablas 5, 6 y 7

CONTINUA ANALISIS DE FRECUENCIA POR AREAS

Area	Sub Area	Consulta Interna		Consulta Externa	
		V. Abs.	Porcentaje	V. Abs.	Porcentaje
OCUPACIONAL	Alta	14	46.66%	14	46.66%
	Baja	16	53.33%	16	53.33%
	$\bar{x} =$	42		45	
ETICA	Alta	14	46.66%	14	46.66%
	Baja	16	53.33%	13	43.33%
	$\bar{x} =$	34		36	
INICIATIVA	Alta	14	46.66%	14	46.66%
	Baja	16	53.33%	16	53.33%
	$\bar{x} =$	22		24	

Tabla 8.

t DE STUDENT AUTOCONCEPTO

<i>t*</i> Calculada	<i>t*</i> Tablas	G.L.	α	Decisión Estadística
1.030507	2.000	58	.05	Se acepta Ho

Tabla 9.

t DE STUDENT DEPRESION

<i>t*</i> Calculada	<i>t*</i> Tablas	G.L.	α	
.790118	2.000	58	.05	Se acepta Ho

Tabla 10.

1º DE STUDENT POR DIMENSIONES Y FACTORES DEL AUTOCONCEPTO

AREAS	SUBAREAS	1º Calculada	1º Tablas	g.f.	&	Decisión
Social	Afiliativa	1.2745628	2.000	58	.05	Se acepta Ho
	Expresiva	.44094491	2.000	58	.05	Se acepta Ho
	Accesibilidad.	.9939603	2.000	58	.05	Se acepta Ho
Emocional	Estado de ánimo	.7734721	2.000	58	.05	Se acepta Ho
	Efectividad	.66515004	2.000	58	.05	Se acepta Ho
	Salud Mental	0	2.000	58	.05	Se acepta Ho
Ocupacional		1.471018	2.000	58	.05	Se acepta Ho
Etica		1.6820363	2.000	58	.05	Se acepta Ho
Iniciativa		1.5630278	2.000	58	.05	Se acepta Ho

Tabla 11

COEFICIENTE DE CORRELACION r DE PEARSON ENTRE
AUTOCONCEPTO Y DEPRESION EN PACIENTES DE
CONSULTA EXTERNA

<i>r Calculada</i>	<i>r Tabla</i>	<i>Correlación</i>	<i>N</i>	<i>Decisión Estadística</i>
- .560759	- .50	- Moderna	30	Se acepta H_0

Tabla 12

COEFICIENTE DE CORRELACION r DE PEARSON ENTRE
AUTOCONCEPTO Y DEPRESION EN PACIENTES DE CON-
SULTA INTERNA

<i>r calculada</i>	<i>r Tabla</i>	<i>Correlación</i>	<i>N</i>	<i>Decisión Estadística</i>
.4604676138	- .50	- Moderna	30	Se acepta H_0

ANÁLISIS DE RESULTADOS

- a) El análisis de frecuencias del autoconcepto (tabla 1) nos muestra que a pesar de que la media es mayor en los pacientes de consulta externa, en ambos grupos hay una misma tendencia al bajo autoconcepto, sin embargo los resultados estadísticos muestran que no existe diferencia estadísticamente significativa respecto al autoconcepto entre ambos grupos (tabla 8).
- b) En lo que respecta a la depresión y el análisis de frecuencia (tabla 2) observamos mayor tendencia a la depresión en los pacientes de consulta interna, no obstante que los resultados estadísticos indican que no existe diferencia estadísticamente significativa respecto a la depresión entre los pacientes de consulta externa (tabla 9).
- c) En análisis de frecuencias por dimensiones y factores del autoconcepto señala que en los factores "afiliativo", "expresivo", (pertenecientes a la dimensión social), "estado de ánimo", "afectividad", "salud mental" (pertenecientes a la dimensión ética los pacientes de consulta externa obtienen más altos puntajes; mientras que los pacientes de consulta interna obtienen altos puntajes), en el factor "accesibilidad", correspondiente a la dimensión social. Por otro lado existe el mismo puntaje, por lo tanto la misma tendencia respecto a la dimensión ocupacional y de iniciativa. (tablas 3, 2 y 7). Sin embargo, los resultados estadísticos no muestran ninguna diferencia estadísticamente significativa entre los pacientes de consulta interna y los pacientes de consulta externa respecto a las dimensiones y factores del autoconcepto (tabla 10).
- d) En cuanto a los resultados estadísticos sobre la correlación entre autoconcepto y depresión, encontramos que si existe una correlación estadísticamente significativa entre las variables antes mencionadas en los pacientes de consulta interna (tablas 11 y 12).

INTERPRETACION DE RESULTADOS

Los resultados del presente estudio indican que la Intervención quirúrgica no incrementa los niveles de depresión ni altera el autoconcepto en pacientes que serán sometidos a cirugía del corazón.

De acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación, llegamos a lo siguiente:

- 1.- Se rechaza la hipótesis alterna que dice: "Existe diferencia estadísticamente significativa en el autoconcepto de adultos hospitalizados próximos a una intervención quirúrgica del corazón, valvulopatía, y adultos no hospitalizados con padecimiento del corazón como secuela de una fiebre reumática controlada, por lo que no requieren intervención quirúrgica.
- 2.- Se rechaza la hipótesis alterna que dice: "Existe diferencia estadísticamente significativa respecto a los índices depresivos en adultos hospitalizados próximos a una intervención quirúrgica del corazón, valvulopatía, y adultos no hospitalizados con padecimiento del corazón como secuela de una fiebre reumática controlada, por lo que no requieren intervención quirúrgica".
- 3.- Se rechaza la hipótesis alterna que dice: "Existe diferencia estadísticamente en la dimensión emocional, social, ocupacional, ética y de iniciativa del autoconcepto en adultos hospitalizados próximos a una intervención quirúrgica del corazón, valvulopatía, y adultos no hospitalizados con padecimiento del corazón como secuela de una fiebre reumática controlada, por lo que no requieren Intervención quirúrgica".

Podríamos inferir que el no encontrar diferencia estadísticamente significativa, — tanto de autoconcepto como de depresión en ambos grupos puede deberse a la similitud de las características de las dos muestras. Por otro lado, una de las características de la fiebre reumática es su aparición a temprana edad, con la probable secuela al corazón, esto hace que el paciente esté en constante contacto con

La enfermedad y con las consiguientes limitantes propias de la misma; no es hasta que la enfermedad reduce el campo de acción del paciente cuando se recurre a la intervención quirúrgica, por lo tanto es probable que al tener ambos grupos el mismo proceso de evolución, sea una causa de que no exista diferencia estadísticamente significativa.

El procedimiento cardíaco afecta la expectativa de vida de ambos pacientes por lo que la variable "estar enfermo" es igualmente amenazante. Por tal razón, independientemente del lugar en que se encuentre el enfermo, la enfermedad influye en el autoconcepto y origina depresión, aunque como se puede ver en la tabla 1 (capítulo), existe una tendencia muy discreta al bajo autoconcepto y a la depresión en los pacientes de consulta interna. A partir de esto se puede decir que la variable hospitalización e intervención quirúrgica no son factores determinantes para producir depresión y baja de autoconcepto.

Haciendo referencia al marco teórico 1, Cavanaugh (1984) menciona "Los desórdenes depresivos interactúan de diferente manera con las enfermedades físicas. Los pacientes pueden volverse depresivos en respuesta a la amenaza de pérdidas que trae consigo la enfermedad física: pérdida de funciones corporales, de roles sociales, fuentes de gratificación o de mecanismos de defensa acostumbrados. El dolor y el desconfort pueden crear desesperación".

Hofling (1974) nos dice: "La incapacidad de poder seguir trabajando o de seguir manteniendo a la familia y el hogar, contribuye a la pérdida de la autoestima y aumenta la supuesta discrepancia entre la sencilla apreciación del yo y el cuadro ideal de lo que éste yo podría ser".

Bellak (1983)³ afirma que "los pacientes cardíacos se sienten con frecuencia deprimidos y temerosos con su cercanía con:

1) Ver capítulo 1 Depresión.

2) Ver capítulo 1 La Cirugía del Corazón y la Fiebre Reumática.

3) Ver capítulo 1 La Cirugía del Corazón y la Fiebre Reumática.

La muerte, ya que las enfermedades cardiacas se experimentan primero como una grave amenaza a la vida, relacionada como es, con una muerte súbita.

4.- Se aceptó la hipótesis alterna que dice: "Existe correlación estadísticamente significativa entre autoconcepto e índices de depresión en adultos hospitalizados próximos a una intervención quirúrgica del corazón, valvulopatía, y adultos no hospitalizados con padecimiento del corazón como secuela de fiebre reumática controlada, por lo que no requieren intervención quirúrgica".

El hecho de que en ambos grupos se presentó la correlación estadísticamente significativa nos puede confirmar las similitudes entre ambas muestras, lo cual fue una de las posibles causas por las que no pudimos apreciar una diferencia significativa entre los pacientes próximos a una intervención quirúrgica y los pacientes externos.

Es así que en ambos grupos encontramos que a mayor depresión existe una baja en el autoconcepto y viceversa. (ver tabla IV y V capítulo)

CONCLUSIONES

Se rechaza la hipótesis alterna que dice: "Existe diferencia estadísticamente significativa en el autoconcepto de adultos hospitalizados próximos a una intervención quirúrgica del corazón, valvulopatía, y adultos no hospitalizados con padecimiento del corazón como secuela de fiebre reumática controlada, por lo que no requieren intervención quirúrgica".

Se rechaza la hipótesis alterna que dice: "Existe diferencia estadísticamente significativa respecto a los índices depresivos en adultos hospitalizados próximos a una intervención quirúrgica del corazón, valvulopatía, y adultos no hospitalizados con padecimiento del corazón como secuela de una fiebre reumática controlada, por lo que no requieren intervención quirúrgica".

Se rechazó la hipótesis alterna que dice: "Existe diferencia estadísticamente significativa en la dimensión emocional, social, ocupacional, ética y de iniciativa del autoconcepto en adultos hospitalizados próximos a una intervención quirúrgica del corazón, valvulopatía, y adultos no hospitalizados con padecimiento del corazón como secuela de una fiebre reumática controlada, por lo que no requieren intervención quirúrgica".

Se acepta la hipótesis alterna que dice: "Existe correlación estadísticamente significativa entre autoconcepto e índices de depresión en adultos hospitalizados próximos a una intervención quirúrgica del corazón, valvulopatía, y adultos no hospitalizados con padecimiento del corazón como secuela de fiebre reumática controlada, por lo que no requieren intervención quirúrgica".

SUGERENCIAS

A partir de la experiencia obtenida mediante la presente investigación, sugerimos a los profesionistas y gente relacionada con la salud mental a continuar con investigaciones que complementen esta labor tomando en consideración lo siguiente:

- 1.- Es conveniente para ulteriores investigaciones la utilización de una población mayor para poder dar resultados que puedan ser generalizados.*
- 2.- Sería aconsejable para posteriores estudios analizar la misma población antes de la intervención quirúrgica y después de ésta, es decir, un sólo grupo antes y después de la cirugía.*
- 3.- Ampliación de instrumentos con más sensibilidad que puedan registrar aquellos factores que conlleva el hecho de estar hospitalizado.*
- 4.- Abarcar una gama más amplia de enfermedades cardiacas.*

ALCANCES Y LIMITACIONES

Recomendamos que se preste atención a los hallazgos de esta investigación, ya que si hubiéramos encontrado que el hecho de estar hospitalizada y/o próximos a una cirugía cardíaca son factores que ocasionan depresión y alteran el auto-concepto, nos hubiera llevado a buscar estrategias en el funcionamiento de la Institución, sin embargo encontramos que la enfermedad cardíaca por sí misma produce un cuadro psicológico, por lo que debe buscarse más opciones de intervención preventivas dentro del campo clínico de la psicología.

Este es un estudio donde los datos hablan por sí mismos y que son válidos para la muestra estudiada.

Cualquier metodología que genere conocimientos en válida, por ella mismo sería conveniente que la Institución continuara investigando, ampliando cada vez más sus muestras incluso abarcando más variables para que los resultados sean cada vez más representativos.

N O T A S

BIBLIOGRAFICAS

N O T A S

- 1.- Gergen, K. (1971). *The concept of Self*. Holt Reinhart and Winston Inc. USA
Pag. 1-11.
- 2.- Id.
- 3.- Picardo, H. et al (1985). *Relación que existe entre locus de control y autoestima en la satisfacción material de mujeres casadas de nivel socio-económico medio de la Ciudad de México*, Tesis de Lic. en Psicología. UNAM. Page. 3.76.
- 4.- Goto Villa, M.D. (1982). *Inferencias por sexo y estado civil en cuanto a autoimagen*. México. Tesis de Lic. En Psicología UIC. Pag. 161.
- 5.- Wassner, S. (1983). *El autoconcepto en adolescentes, algunos aspectos psicológicos*. México. Tesis de Lic. en Psicología. UNAM. Pags. 1-65.
- 6.- Hall, G.S., Lindzey G. (1975). *Las grandes teorías de la personalidad*. Argentina. Paidós.
- 7.- Blood, M., Blood, B. (1980). *Sociología del matrimonio actual*. México. Pax - Pag. 294.
- 8.- Sherwood, J. J. (1967). *Increased self evaluations by referent others*. - Sociometric. Vol. 30, Pags. 404- 409.
- 9.- Sarbin, T.R. (1952). *A preface a psychological analysis of the self*. Psychology Review. Vol. 59.
- 10.- Allport, W.G. (1955). *Becoming: basic considerations for a psychology of personality*. N. Haven Yale, Pag. 33-56.

- 11.- Coopersmith, S. (1959). A method for determining types of self-esteem. *Journal of Abnormal and Social Psychology*. No. 59. - Pag. 87.
- 12.- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco, W.H. Freeman and Co.
- 13.- Erikson, E. (1978). *Infancia y Sociedad*. Buenos Aires Hormé-Paidós.
- 14.- Cooley, C.H. (1968) *The social self: on the meaning of "I"*.
- 15.- Wells, L., Marwell, G. (1976). *Self-esteem. Its conceptualization and measurement*. Beverly Hills, Calif. Sage Publications.
- 16.- Hamacheck, E. (1981). *Encuentros con el yo*. México. Nueva Interamericana. Pag. 264.
- 17.- Byrne, B.M. (1984). *The general academic self-concept nomological net - work: a review of construct validation research*. *Review of Educational Research*. No. 54, Pags. 427-456.
- 18.- Rogers, C. (). *La terapia centrada en el cliente México*. Paidós.
- 19.- Beane, J., Lipka, R. (1980). *Self-concept and Self-esteem: a construct - differentiation*. *Child Study Journal*. Vol. 10, No. 1 Pags. 1-6.
- 20.- Learson, P. et al. (1984). *Relationship of self-concept to age, disavility and institutional residency*. *The Gerontologist*. Vol. 24, No. 4. Pags. 401-407.
- 21.- Nurius, S.P. (1986). *Reappraisal of the self-concept und implications for counseling*. *Journal of Counseling Psychology*. Vol. 33, No. 4. Pags. 429-438.

- 22.- Marchais, P. (1985). *Proceso Psicopatología en el adulto*. México Prensa Médica Mexicana, S.A. Pag. 183.
- 23.- Calderón, N.G. (1989). *Depresión*, México. Trillas. Pag. 12.
- 24.- Ibid. Pag. 13.
- 25.- Balderas Ramírez, M.E. (1986). *Un estudio explorativo a través de la escala de Zung, a pacientes de consulta externa, en el centro comunitario de la Facultad de Psicología de la UNAM, - México. Tesis de Lic. en Psicología, UNAM Pags. 9-12, 50-59.*
- 26.- Marchais, P. *Loc. cit.*
- 27.- Freud, S. (1988). *Obras completas. Tomo II*. México Biblioteca Nueva.
- 28.- Trujillo Piedrahíta, L. (1985). *Depresión en el paciente hospitalizado con intervención quirúrgica, comparado con pacientes no hospitalizados*, México. Tesis Lic. en Psicología UNAM Pag. 25.
- 29.- Fenichel, D. (1966). *Teoría Psicoanalítica de las Neurosis*. Argentina, Paidós: Pags. 436-440.
- 30.- Caso A. (1979) *Fundamentos de Psiquiatría*. México. Limusa. Pags. 113-116.
- 31.- Henry, E. (1978) *Tratado de Psiquiatría*. México, Toray Massón. Pags. 229-241.
- 32.- *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales. DSM III. (1984)*. México. Massón. Pags. 215-235.
- 33.- Schwab, J.J. et al. (1967). *Diagnosing Depression In Medical inpatients*. *annuals of Internal Medicine*, Vol. 67: 4, Pag. 695-707.

- 34.- Klerman, G. (1981). *Depression in Medical Ill. The Psychiatric clinics of North America. Vol. 4 No. 2 Pag. 301-315.*
- 35.- Klerman, G. Barrett, J. (1973) *Clinical and epidemiological aspects of - effective disorders. In Gershon S., and Shopshin, B., eds: Lithium: Its role in psychiatric research and treatment. - New York, Plenum Press.*
- 36.- Hackett, Cassem N. (1987). *Massachusetts General Hospital Handbook of - General Hospital Psychiatric. Ed. Bosby Cla. Pags. 209, - 620-625.*
- 37.- Cavanaugh (1984). *Diagnosing Depression in the Hospitalized patient with chronic medical illness. J. Clin. Psychiat. Vol. 45 Pags - 13-16.*
- 38.- *Id.*
- 39.- Cramer, B. et al (1971). *Munchausen syndrome: its relationship to malingering, hysteria and the phisician patients relationship. ARch. Gen. Psychiat. Vol. 24: 573-578.*
- 40.- Kockett, Cassem, N. *Loc. cit.*
- 41.- Glassman, A.H. et al (1975) *Depression, delusions and drug response. Am. J. Psychiat. 132: 716-719.*
- 42.- Schwab, J.J. et al. (1967) *Lec. cit.*
- 43.- Maffic, H.S., Paykel E.S. (1975). *Depression in medical Impatients, Brit. J. Psychiat. 126: 346-353.*

- 44.- Emmonds C.A. et al. (1987) A comparison of the symptoms of medical and Pshychiatric patients metched on the beck Depression Inventory. *Gen Hosp. Psychiatric* 9: 398-404.
- 45.- Schwab, J.J. Et al. (1965). Differential characteristics of medical inpatients refered for Psychiatric consultation: a control study. *Psychosom. Med.* 27: 112.
- 46.- Simpson, G.M. et al. (1976). Two dosage of imipramine in hospitalized endogenous and neurotic depressives. *Arc. Gen. Psychiat.* 33: 1093-1102.
- 47.- Moffic, H.S., Paykel E.S. Loc. cit.
- 48.- Schwab J.J. et al. (1967) loc. cit.
- 49.- Zung W.K. et al. (1983) Recognition and treatment of depression in a family medicine practice. *J. Clin. Psychiatric* 44: 3-6.
- 50.- Rucker, Frye y Cygon (1986) Feasibility and usefulness of depression screening in medical outpatients. *Arch. Intern. Med.* 46: 729 731.
- 51.- Fauman N.A. (1981) Psychiatric components of medical and surgical pactice: a survey of General Hospital Phisicians. *Am. J. Psychiat.* 138:10 Pags. 1298-1301.
- 52.- Salkin, M. (1969). Beck Depression Inventory in General Practice. *J.R. Colle Gen. Practice.* 18: 267-273.
- 53.- Nielsen, A. Willmians T. (1980). Depression in ambulatory medical patients *Arch. Gen Psyciat.* 37: 999-1004.
- 54.- Cavanaugh S. (1986) Depression in the hospitalized in patients with varlous medical illness. *Psychoter. Psychosem.* 45: 97-104.

- 44.- Emmonds C.A. et al. (1987) A comparison of the symptoms of medical and Pshychiatric patients metched on the beck Depression Inventory. *Gen Hosp. Psychiatric* 9: 398-404.
- 45.- Schwab, J.J. Et al. (1965). Differential characteristics of medical -
inpatients refered for Psychiatric consultation: a control study. *Psychosom. Med.* 27: 112.
- 46.- Simpson, G.M. et al. (1976). Two dosage of imipramine in hospitalized -
endogenos and neurotic depressives. *Arch. Gen. Psychiat.* 33: 1093-1102.
- 47.- Moffic, H.S., Paykel E.S. Loc. cit.
- 48.- Schwab J.J. et al. (1967) loc. cit.
- 49.- Zung W.K. et al. (1983) Recognition and treatment of depression in a family
medicine practice. *J. Clin. Psychiatric* 44: 3-6.
- 50.- Rucker, Frye y Cygan (1986) Feasiblity and usefullness of depression -
screening in medical outpatients. *Arch. Intern. Med.* 46: 729
731.
- 51.- Fauman N.A. (1981) Psychiatric components of medical and surgical pactice:
a survey of General Hospital Phisicians. *Am. J. Psychiat.*
138:10 Pags. 1298-1301.
- 52.- Salkin, M. (1969). Beck Depression Inventory in General Practice. *J.R. Colle
Gen. Practice.* 18: 267-273.
- 53.- Nielsen, A. Willmiams T. (1980). Depression in ambulatory medical patients
Arch. Gen Psychiat. 37: 999-1004.
- 54.- Cavanaugh S. (1986) Depression in the hospitalized in patients with various
medical illness. *Psychoter. Psychosem.* 45: 97-104.

55.- Nielsen A. Williams T. Loc. Cit.

56.- Annual Review Vol. 5 American Psychiatric Association. Ed. Allen J. Francés M. D. Robert E. Hales, M.F. Psychiatric up date 1986, Washlnton D.C.

57.- Schaub J.J. et al Loc. cit.

58.- Cavanaugh (1984) Loc. cit.

59.- annual Review Loc. cit.

60.- Ramírez, S. (1975). *Infancia es destino*. México. Siglo XXI. Pag. 87

61.- Hofling, Ch. (1974). *Tratado de Psiquiatría*. México. Interamericana. Pags. 214, 218, 219, 231-233.

62.- Ramírez, S. Loc. cí l.

63.- Kolb, L. (1967). *Psiquiatría clínica moderna*. México. Prensa Médica Mexicana. Pags. 248, 546-557

64.- Bellak, L. Small. (1980). *Psicoterapia breve y de emergencia*. México. Pax Pag. 204.

65.- Hofling, Ch. Loc. cit.

66.- Freedman, A., Kaplan, H., Sadock, B. (1975) (. *Compendio de Psiquiatría*. México. Salvat Editores. Pags. 533-536.

67.- Hofling, Ch. Loc. cit.

68.- Id.

69.- Bellak, L. Small Loc. cit.

- 70.- Bellak, L. Siegel, H. (1986). *Manual de Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. México. *Manual Moderna*. Pags. 90-91.
- 71.- Kaminer, Et al. (1978). *The Heart Image as a model to Internal-organ body Image psichoter*. *Psychosomatics*. Vol. 30 Pags.187-192.
- 72.- *Id.*
- 73.- *Hackett and cossem (1987)*. *Loc. cit.*
- 74.- Tufo, H.M., Osfeld A.M. *Central nervous system dysfunction following open-heart surgery*. *J. Am. A212 1333*.
- 75.- *Hackett and Cassam (1987)*. *Loc. cit.*
- 76.- Kimball, C.P. (1969). *A predictive Study of adjustment to cardiac surgery*. *J. Thorac- Cardiovas. Surg.* 58:891.
- 77.- Kimball et al (1972). *the experientio of cardiac surgery and psychological - patterns and predictions of outcome, presented at the 9th. European Conference on Psychosomatic Research. April 30.*
- 78.- *Guadalajara Boo. "Cardiología". J. F. Ed. Méndez Cervantes. México 1984.*
- 79.- *Friedberg K. CH. (1963). Enfermedades del Corazón, Ed. Interamericana. 2a. edición. México, Pag. 158-159, 841-876 6 1125-1126.*
- 80.- *Guadalajara Boo (1984)*. *Loc. cit.*
- 81.- *Friedberg K. Ch. (1963)* *Loc. cit.*
- 82.- *Beck, M.D. et al (1961). Ann Inventory for measuring depression. Arch. Gen. Psychiatric. Vo. 4 Jun. Pag. 54.*

- 83.- *Torres C.R. (1987) Validez de una traducción al castellano del inventario de Beck para la depresión en un Hospital de tercer nivel* Tesina UNAM. Mex.: Wyne Katon. *Comprehensive Psychiatry* 23: 274, 1982.
- 84.- *Beck, M.D. et al Loc. cit. Pag. 56-61.*
- 85.- *Schaab J. et al (1967) Loc. cit.*
- 86.- *Froes P. A., Vazueze, Cossem N.H. Hackett T.P. (1974) Validation of anxiety, depression and denial scales in a coronary care unit J. Psychosom Med. 18: 137-141.*
- 87.- *Maffic H. S. Paykel E.S. (1975). Loc. cit.*
- 88.- *Stewart M.A. et al (1965). Depression among medically ill patients. Dis. Nerv. Sys. 26: 479-484.*
- 89.- *Emmons. Ph. et al (1987). Loc.cit.*
- 90.- *Hernández Rodríguez M.E. (1987) Estudio acerca de la confiabilidad del inventario de la Depresión de Beck traducido al Español en un Hospital de tercer nivel. Tesina UNAM, México.*
- 91.- *Beck et al (1961). Loc. cit.*
- 92.- *Torres C.R. (1987). Validez de una traducción al castellano del inventario de Beck para la depresión en un Hospital de tercer nivel - Tesina UNAM, Mex.*
- 93.- *La Rosa J. (1986). Escalas de Locus de control y Autoconcepto: construcción y validación. México, Tesis Doctorado en Psicología UNAM. Pags. 1-28, 40-220.*

B I B L I O G R A F I A

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Allport, W.G. (1955). *Vecoming; basic considerations for a psuchology of personality* N. Haven Yale, Pags. 33-56.
- 2.- *Annual Review Vol. 5 American Psychiatric Association*. Ed. Allen J. Francés, M.D. Robert E. Hales, M.F. *Psychiatric up date 1986*, Washinton D.C.
- 3.- Balderas Ramírez, M.E. (1986) *Un estudio explorativo a través de la Escala de Zung, a pacientes de consulta externa, en el Centro comunitario de la Facultad de Psicología de la UNAM, México. Tesis de lic. en Psicología UNAM*. Pag. 9-12, 50-59.
- 4.- Beane J., Lipka, R. (1980). *Self-Concept and Selfesteem: a construct differentiation*. *Child Study Journal*. Vol. 10, No. 1 Pags 1-6.
- 5.- Beck, M.D. et al (1961). *Ann Inventory for measuring depression*. *Arch. Gen Psychiatric*. Vol. 4 Jun. Pags. 54.
- 6.- Bellak L., Siegel, H. (1986). *Manual de Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. México. Manual Moderno Pags. 90 y 91.
- 7.- Bellak L., Small. (1980) *Psicoterapia breve y de emergencia*. México. Pax - Pag. 204.
- 8.- Blood M., Blood B. (1980). *Sociología del matrimonio actual*. México Pax. - Pag. 294.
- 9.- Byrne, B.M. (1984). *The general academic self-concept nomological net - work; a review of construct validation research*. *Review of Educational Research*. No. 54, Pags. 427,456.

- 10.- Calderón, N.G. (1984). *Depresión*. México. Trillas. Pags. 12, 13.
- 11.- Caso A. (1979). *Fundamentos de Psiquiatría*. México Limusa Pag. 113-116.
- 12.- Cavanaugh (1984). *diagnosing Depression in the Hospitalized patient with chronic medical illness*. *J. Clin. Psychiat.* Vol. 45 Pags. 13-16.
- 13.- Cooley, C.H. (1968). *The social self: on the meaning of "I"*.
- 14.- Coopersmith, S. (1959) *A. method for determining types of self-esteem*. *J. of abnormal and Social Psychology*, 59: 87.
- 15.- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem San Francisco - WH Freeman and Co.*
- 16.- Coto Villa, M.D. (1987). *Inferencias por sexo y estado civil en cuanto a autoimagen*. México. Tesis de Lic. Psicología. UIC Pag. 161.
- 17.- Cramer, B. et al. (1971). *Munchausen syndrome: its relationship to malingering, hysteria and the physicia, patients relationship*. *Arch. Gen. Psychiat.* Vol. 24: 573-578.
- 18.- Emmonds C.A. et al. (1987). *A. comparison of the syntoms of medical and psychiatric patients matched on the Seck Depression - Inventory*. *Gen. Hosp. Psychiatric.* 9: 398-404.
- 19.- Erikson, E. (1978) *Infancia y Sqiedad*, Buenos Aires Horme Paidós.
- 20.- Fauman N.A. (1981). *Psychiatric components of medical and surgical practice: a survey of General Hospital physicians*. *AM J. Psychiat*: 138: 10. Pags. 1298-1301.

- 21.- Fenichel, O. (1966) *Teoría Psicoanalítica de las Neurósis*. Argentina. Paidós. Pag. 436-440.
- 22.- Flores, A. (1986), *El autoconcepto en los miembros de pareja en proceso de divorcio*, México. Tesis de Lic. en Psicología. UNAM Pags. 65-81.
- 23.- Freedman, A. Kaplan, H., Sadock, B. (1975), *Compendio de Psiquiatría*. México, Salvat Editores, Pags. 533-536.
- 24.- Freud, S. (1948). *Obras completas*. Tomo II. México. Biblioteca Nueva.
- 25.- Frieberg K. Ch. (1963). *Enfermedades del corazón*, ed. Interamericana. 2a. edición, México. Pag. 158-159, 841-847 y 1125-1126.
- 26.- Froes, P.A. et al. (1974). *Validation of anxiety, depression and denial scales in a coronary care unit*. *J. Psychosom. Med.* 18: 137;141.
- 27.- Gergen, K. (1971). *The concept of Self*. Holt Rinehart and Winston Inc. USA Pag. 1-11
- 28.- Glassman, A.H. et al. (1975). *Depression, delusions and drug response*. *am J. Psychiat.* 132: 716-719.
- 29.- Guadalajara Boó. (1984) *Cardiología*. Ed. Méndez Carvantes, México.
- 30.- Hall, G.S., Lindzey, G. (1975). *Las grandes teorías de la personalidad*. Argentina. Paidós.
- 31.- Hackett, Cassem N. (1987). *Massachusetts General Hospital Handbook of - General Hospital Psychiatry*. Ed. Mosby Cia. Pag. 209, 620-625.

- 32.- Hamacheck, E. (1981). *Encuentros con el Yo. México Nueva Interamericana. Pag. 264.*
- 33.- Henry, E. (1978). *Tratado de psiquiatría. México. Toray-Masson. Pags. 229-241.*
- 34.- Hernández Rodríguez M. E. (1987). *Estudio acerca de la confiabilidad del Inventario de la Depresión de Beck traducido al Español en un hospital de tercer nivel. Tesina UNAM, México.*
- 35.- Hofling, Ch. (1974). *Tratado de psiquiatría. México. Interamericana. Pags. 214, 218, 219, 231-233.*
- 36.- Kuminer, et al. (1978). *The heart image as a model to internal-organ body image psichoter. Psychosom. Vol. 30 Pags. 187-192.*
- 37.- Kimball, C.P. (1969) *A predictive Study of adjustment to cardiac surgery. J. Thorac. Cardiovas. Surg. 58: 891.*
- 38.- Kimball et al (1972). *The experience of cardiac surgery and psychological - patterns and predictions of outcome, presented at the 9th. European conference on Psychosomatic Research, April: 30.*
- 39.- Klerman, G. (1981). *Depression in Medical Ill. The Psychinrig clinica of North América. Vol. 4 No. 2. Pgs. 301-315.*
- 40.- Klerman, G. Barrett, J. (1973) *Clinical and epidemiological aspects of affective disorders. In Gershon S. and Shopshin, B., eds: - Lithium: Its role in psychiatric research and treatment. New York Plenum Press.*
- 41.- Kolb, L. (1978). *Psiquiatría clínica moderna México Prensa Médica Mexicana. Pags. 248, 546-557.*

- 42.- La rosa, J. (1986). *Escalas de locus de control y autoconcepto: construcción y validación*. México. Tesis Doctorado en Psicología, UNAM Pags. 1-28, 40-220.
- 43.- Larson, P. et al. (1984) *relationship of self-concept to age, disability, and institutional residency*. *The Gerontologist*. Vol. 24, No. 4 - Pags. 401-407.
- 44.- *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM III. (1984)* México. Masson. Pags. 215-235.
- 45.- Marchais, P. (1985). *Proceso Psicopatológico en el adulto*. México. Prensa Médica Mexicana, S.A. Pag. 183.
- 46.- Moffic, H.S., Paykel E.S. (1975). *Depression in medical inpatients*. *Brit. J. Psychiat* 126: 346-353.
- 47.- Nielsen, A. Williams T. (1980). *Depression in ambulatory medical patients*. *Arch. Gen. Psychiat*. 37:999-1004.
- 48.- Nurlus, S.P. (1986). *Reappraisal of the self-concept and implications for - Counseling psychology*. Vol. 33 No. 4 Pags. 429-438.
- 49.- Picardo, H. et al (1985). *Relación que existe entre locus de control y auto-estimo en la satisfacción marital de mujeres casadas de nivel socio-económico medio de la ciudad de México*. México Tesis de Lic. Psicología UNAM Pags. 3-7.
- 50.- Ramírez, S. (1975). *Infancia es Destino*, México. Siglo XXI Pag. 87.
- 51.- Rodríguez A. (1985) *Estudio comparativo del autoconcepto en dos grupos de adolescentes epilépticos y no epilépticos*. México Tesis de Lic. En Psicología. UNAM. Pags. 65-81.

- 52.- Romero A.J., Bonilla M.M., Rodríguez M.M., Esqueda M. (1987) Manual para la elaboración de Tesis. Universidad Intercontinental Facultad de Psicología; Coordinación de Investigación.
- 53.- Rogers, C. (1978). La terapia centrada en el cliente México. Paidós.
- 54.- Rucker, Frye y Cygan (1986). Reasibility and usefulness of depression screening in medical outpatients. Arch. Intern. Med. 46: 729-731.
- 55.- Salkin, M. (1969). Beck Depression Inventory in General Practice, J.R. - Colle. Gen. Practice. 18: 267-273.
- 56.- Sarbin, T. R. (1952). A preface a psychological analysis of the self. Psychology Review. Vol. 59.
- 57.- Schwab, J.J. et al (1967). Diagnosing Depression in Medical inpatients. - Annals of internal medicine. Vol. 67: 4, Pags. 695-707.
- 58.- Simpson, G.M. et al. (1976). Two dosage of imipramine in hospitalized endogenous and neurotic depressives. Arc. Gen. Psychiat. 33: 1093-1102.
- 59.- Sherwood, J.J. (1967). Increased self-evaluation and function of ambiguous evaluatins by referent others. Sociometric. Va. 3o Pags. 404-409.
- 60.- Stewart M. A. et al (1965). Depression among medically ill patients dis. - Nerv. Sys. 26: 479-484.
- 61.- Torres C.R. (1987). Validez de una traducción al castellano del inventario de Beck para la depresión enun Hospital de tercer nivel - Tesina UNAM. México.

- 62.- *Trujillo Piedrahita, L. (1985). Depresión en el paciente hospitalizado con intervención quirúrgica, comparado con pacientes no hospitalizados. México. Tesis de Lic. en Psicología. UNAM Pag. 25.*
- 63.- *Tufo H.M., Osfeld A.M. Central nervous system dysfunction following open-heart surgery. J. Am. A. 212-1333.*
- 64.- *Wassner, S., (1983) El autoconcepto en adolescentes, algunos aspectos psicológicos. México. Tesis de Lic. en Psicología UNAM. Pags. 1-65.*
- 65.- *Wells, L., Marwell, G. (1976). Self esteem. Its conceptualization and measurement. Beverly Hills. Calif. Sage Publications.*

A N E X O S

REGISTRO DE DATOS DE PACIENTE

No. Exp. _____

No. de Caso _____

POR FAVOR RESPONDA LO SIGUIENTE :

EDAD : _____

SEXO : MASCULINO () ; FEMENINO ()

- HA SIDO OPERADO DEL CORAZON ANTERIORMENTE ?

SI () NO ()

- HA RECIBIDO TRATAMIENTO PSIQUIATRICO ?

SI () NO ()

TIEMPO DE EVOLUCION DEL PADECIMIENTO CARDIOLOGICO :

- DESDE CUANDO SABE QUE ESTA ENFERMO : _____

- DESDE CUANDO ESTA TRATANDOSE ADECUADAMENTE : _____

NO ANOTAR EN ESTOS ESPACIOS.

FECHA : AÑO _____ MES _____ DIA _____

DIAGNOSTICO : _____

CLASE FUNCIONAL : _____

TIEMPO DE PREPARACION DE CIRUGIA : _____

CUESTIONARIO (DS)

A CONTINUACION ENCONTRARA UN CONJUNTO DE ADJETIVOS QUE SIRVEN PARA DESCRIBIRLE. EJEMPLO:

FLACO(S)	MUY FLACO	BASTAN TE FLA CO.	POCO FLACO	NI FLA- CO NI OBESO.	POCO OBESO.	BASTAN TE OBÉ SO.	MUY OBESO	OBESO(A)
----------	--------------	-------------------------	---------------	----------------------------	----------------	-------------------------	--------------	----------

EN EL EJEMPLO DE ARRIBA SE PUEDE VERIFICAR COMO HAY SIETE ESPACIOS EN TRE "FLACO" Y "OBESO". EL ESPACIO, CUANTO MAS ESTA CERCA DE UN ADJETIVO, INDICA UN GRADO MAYOR DE LO QUE SE POSEE DICHA CARACTERISTICA. EL ESPACIO CENTRAL INDICA QUE EL INDIVIDUO NO ES FLACO NI OBESO.

SI USTED SE CREE MUY OBESO, PONDRÁ UNA "X" EN ESPACIO MAS CERCANO A LA PALABRA OBESO: SI SE PERCIBE COMO "BASTANTE FLACO" PONDRÁ LA "X" EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE: SI NO SE PERCIBE NI FLACO NI OBESO, PONDRÁ LA "X" EN EL ESPACIO DE EN MEDIO, O , SI ES EL CASO, EN OTRO ESPACIO.

CONTESTE EN LOS RENGLONES DE ABAJO, COMO EL EJEMPLO DE ARRIBA, TAN RAPIDO COMO LE SEA POSIBLE, SIN SER DESCUIDADO, UTILIZANDO LA PRIMERA IMPRESION.

CONTESTE EN TODOS LOS RENGLONES, DANDO UNA U N I C A RESPUESTA EN CA DA RENGLON.

ACUERDESE QUE, EN GENERAL HAY UNA DISTANCIA ENTRE LO QUE SOMOS Y LO QUE NOS GUSTARIA SER. CONTESTE AQUI, COMO USTED ES Y NO COMO LE GUSTARIA SER. GRACIAS.

INTROVERTIDO(A)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	EXTROVERTIDO
ANGUSTIADO(A)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	RELAJADO(A)
AMOROSO(A)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	ODIOSO(A)
CALLADO(A)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	COMUNICATIVO
ACCESIBLE	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	INACCESIBLE
RENCOROSO(A)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	NOBLE
COMPENSIVO(A)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	INCOMPENSIVO
INCUMPLIDO(A)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	CUMPLIDO(A)
LEAL	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	DESLEAL
DESAGRADABLE	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	AGRADABLE
HONESTO(A)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	DESHONESTO(A)
AFFECTUOSO(A)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	SECO(A)
MENTIROSO(A)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	SINCERO(A)
TRATABLE	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	INTRATABLE
FRUSTADO(A)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	REALIZADO (A)
TEMPERAMENTAL	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	CALMADO (A)
ANIMADO (A)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	DESANIMADO(A)
IRRESPECTUOSO(A)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	RESPECTUOSO(A)
ESTUDIOSO(A)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	PEREZOSO(A)
CORRUPTO	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	RECTO(A)
TOLERANTE	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	INTOLERANTE
AGRESIVO(A)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	PACIFICO(A)
FELIZ	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	TRISTE

CONTINUACION

YO SOY

MALO(A)							BONDADOSO(A)
TRANQUILO (A)							NERVIOSO(A)
CAPAZ							INCAPAZ
AFLIGIDO(A)							DESPREOCUPAD
IMPULSIVO(A)							REL FEXIVO(A)
INTELIGENTE							INEPTO
APATICO(A)							DINAMICO(A)
VERDADERO(A)							FALSO(A)
ABURRIDO(A)							DIVERTIDO (A)
RESPONSABLE							IRRESPONSABLE
AMARGADO(A)							JOVIAL
ESTABLE							VOLUBLE
INMORAL							MORAL
AMABLE							GROSERO(A)
CONFLICTIVO(A)							CONCILIADOR(A)
EFICIENTE							INEFICIENTE
EGOISTA							GENEROSO(A)
CARIOSO(A)							FRIO(A)
DECENTE							INDECENTE
ANSIOSO(A)							SERENO(A)
PUNTUAL							IMPUNTUAL
TIMIDO(A)							DESENVUELTO(A)
DEMOCRATICO(A)							AUTORITARIO(A)
LENTO(A)							RAPIDO(A)
DESHINIBIDO							INHIBIDO(A)
AMIGABLE							HOSTIL
RESERVADO(A)							EXPRESIVO(A)
DEPRIMIDO (A)							CONTEN TO(A)
SIMPATICO(A)							ANTIPATICO(A)
SUMISO(A)							DOMINANTE(A)
HONRADO(A)							DESHONRADO(A)
DESEABLE							INDESEABLE
SOLITARIO(A)							AMIGUERO(A)
TRABAJADOR(A)							FLOJO(A)
FRACASADO(A)							TRIUNFADOR(A)
MIEDOSO							AUDAZ
TIERNO(A)							RUDO(A)
PEDANTE							SENCILLO (A)
EDUCADO(A)							IALCRIADO(A)
MELANCOLICO(A)							ALEGRE
CORTEZ							DESCORTEZ
ROMANTICO(A)							INDIFERENTE
PASIVO(A)							ACTIVO(A)
SENTIMENTAL							INSENSIBLE
INFLEXIBLE							FLEXIBLE
ATENTO(A)							DESATENTO(A)
CELOSO(A)							SEGURO(A)
SOCIABLE							INSOCIABLE
PESIMISTA							OPTIMISTA

VERIFIQUE SI CONTESTO TODOS LOS RENGLONES. GRACIAS.

EN ESTE CUESTIONARIO HAY GRUPOS DE ORACIONES, POR FAVOR LEA CADA GRUPO CUIDADOSAMENTE Y ESCOJA LA ORACION DE CADA GRUPO QUE MEJOR DESCRIBA COMO SE HA SENTIDO ESTA ULTIMA SEMANA INCLUYENDO HOY. MAQUE CON UNA X LA ORACION QUE HAYA ESCOGIDO. SI VARIAS ORACIONES EN EL GRUPO PARECEN APLICARSE A SU CASO MARQUE SOLO UNA. ASEGURESE DE LEER TODAS LAS ACEVERACIONES EN CADA GRUPO ANTES DE CONTESTAR.

- 1) _____ NO ME SIENTO TRISTE
_____ ME SIENTO TRISTE.
_____ ME SIENTO TRISTE TODO EL TIEMPO Y NO PUEDO ANIMARME
_____ ME SIENTO TAN TRISTE O INFELIZ QUE YA NO LO SOPORTO.
- 2) _____ NO ME SIENTO DESANIMADO ACERCA DEL FUTURO.
_____ ME SIENTO DESANIMADO ACERCA DEL FUTURO.
_____ SIENTO QUE NO TENGO PARA QUE PENSAR EN EL PORVENIR.
_____ SIENTO QUE NO HAY ESPERANZA PARA EL FUTURO Y QUE LAS
_____ COSAS NO PUEDEN MEJORAR.
- 3) _____ NO ME SIENTO COMO UN FRACASADO.
_____ SIENTO QUE HE FRACASADO MAS QUE OTRAS PERSONAS.
_____ CONFORME VEO HACIA ATRAZ EN MI VIDA TODO LO QUE PUE-
_____ DO VER SON MUCHOS FRACASOS.
_____ SIENTO QUE COMO PERSONA SOY UN COMPLETO FRACASO.
- 4) _____ OBTENGO TANTA SATISFACCION DE LAS COSAS COMO SIEMPRE.
_____ NO DISFRUTO LAS COSAS COMO ANTES.
_____ YA NO OBTENGO SATISFACCIONES DE NADA.
_____ ESTOY INSATISFECHO Y MOLESTO CON TODO.
- 5) _____ NO ME SIENTO CULPABLE.
_____ EN ALGUNOS MOMENTOS ME SIENTO CULPABLE.
_____ LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO ME SIENTO ALGO CULPABLE.
_____ ME SIENTO CULPABLE TODO EL TIEMPO.
- 6) _____ NO SIENTO QUE SERE CASTIGADO.
_____ SIENTO QUE PUEDO SER CASTIGADO.
_____ CREO QUE SERE CASTIGADO.
_____ SIENTO QUE ESTOY SIENDO CASTIGADO.
- 7) _____ NO ME SIENTO DESCONTENTO CONMIGO MISMO.
_____ ME SIENTO DESCONTENTO CONMIGO MISMO.
_____ ME SIENTO A DISGUSTO CONMIGO MISMO
_____ ME ODO A MI MISMO.
- 8) _____ NO SIENTO QUE SEA PEOR QUE OTROS.
_____ ME CRITICO A MI MISMO POR MI DEBILIDAD Y MIS ERRORES.
_____ ME CULPO TODO EL TIEMPO POR MIS ERRORES.
_____ ME CULPO POR TODO LO MALO QUE SUCEDE.

- 9) _____ NO TENGO NINGUNA IDEA ACERCA DE SUICIDIOS.
_____ TENGO IDEAS DE SUICIDARME PERO NO LO HARIA
_____ QUISIERA SUICIDARME
_____ ME SUICIDARIA SI TUVIERA LA OPORTUNIDAD.
- 10) _____ NO LLORO MAS QUE DE COSTUMBRE
_____ LLORO MAS QUE ANTES.
_____ LLORO TODO EL TIEMPO
_____ PODIA LLORAR PERO AHORA NO PUEDO AUNQUE QUIERA.
- 11) _____ AHORA NO ESTOY MAS IRRITABLE QUE ANTES.
_____ ME MOLESTO O IRRITO MAS FACILMENTE QUE ANTES.
_____ ME SIENTO IRRITADO TODO EL TIEMPO.
_____ NO ME IRRITO PARA NADA CON LAS COSAS QUE ANTES ME
_____ IRRITABAN.
- 12) _____ NO HE PERDIDO EL INTERES POR LA GENTE.
_____ NO ME INTERESA LA GENTE COMO ANTES.
_____ HE PERDIDO LA MAYOR PARTE DE MI INTERES POR LA GENTE
_____ HE PERDIDO TODO INTERES POR LA GENTE.
- 13) _____ TOMO DECISIONES BIEN COMO SIEMPRE.
_____ PROPONGO DECISIONES CON MAS FRECUENCIA QUE ANTES.
_____ SE ME DIFICULTA TOMAR DECISIONES.
_____ NO PUEDO TOMAR DECISIONES EN NADA.
- 14) _____ NO SIENTO QUE ME VEO MAS FEO QUE ANTES.
_____ ME PREOCUPA QUE ME VEA FEO Y VIEJO.
_____ SIENTO QUE HAY CAMBIOS PERMANENTES EN MI APARIENCIA
_____ QUE HACEN QUE ME VEA FEO.
_____ CREO QUE ME VEO ORRIBLE.
- 15) _____ PUEDO TRABAJAR TAN BIEN COMO ANTES.
_____ TENGO QUE HACER UN ESFUERZO EXTRA PARA INICIAR ALGO.
_____ TENGO QUE OBLIGARME A HACER CUALQUIER COSA.
_____ NO PUEDO TRABAJAR PARA NADA.
- 16) _____ DUERMO TAN BIEN COMO ANTES.
_____ NO DUERMO TAN BIEN COMO ANTES.
_____ ME DESPIERTO 1 o 2 HORAS ANTES DE LO ACOSTUMBRADO Y
_____ ME ES DIFICIL VOLVER A DORMIRME.
_____ ME DESPIERTO MUCHAS HORAS ANTES DE MI HORA ACOSTUM-
_____ BRADA Y NO PUEDO VOLVER A DORMIRME.

- 17) — ME CANSO MAS DE LO HABITUAL
 — ME CANSO MAS FACILMENTE QUE ANTES.
 — ME CANSO DE HACER CASI CUALQUIER COSA.
 — ME SIENTO MUY CANSADO DE HACER CUALQUIER COSA.
- 18) — MI APETITO ES IGUAL QUE SIEMPRE.
 — MI APETITO NO ES TAN BUENO COMO ANTES.
 — CASI NO TENGO APETITO.
 — NO TENGO APETITO EN LO ABSOLUTO.
- 19) — NO HE PERDIDO PESO O CASI NADA.
 — HE PERDIDO MAS DE 2.5 KILOS.
 — HE PERDIDO MAS DE 5 KILOS.
 — HE PERDIDO MAS 7.5 KILOS
 (ESTOY A DIETA SI NO)
- 20) — MI SALUD NO ME PREOCUPA MAS QUE ANTES.
 — ME PREOCUPAN MOLESTIAS COMO DOLOR DE CABEZA, MALES-
 — TAR ESTOMACAL O ESTREÑIMIENTO.
 — ESTOY TAN PREOCUPADO POR MIS MOLESTIAS FISICAS QUE ES
 — DIFICIL QUE PUEDA PENSAR EN OTRA COSA.
 — ESTOY TAN PREOCUPADO POR MIS MOLESTIAS FISICAS QUE
 — NO PUEDO PENSAR EN OTRA COSA.
- 21) — MI INTERES POR EL SEXO ES IGUAL QUE ANTES.
 — ESTOY MENOS INTERESADO EN EL SEXO QUE ANTES.
 — AHORA ESTOY MUCHO MENOS INTERESADO EN EL SEXO QUE ANTES.
 — HE PERDIDO COMPLETAMENTE EL INTERES EN EL SEXO.