



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

*2054
52 001 11*

“DEPRESION EN UNA MUESTRA DE ALTO RIESGO.
REVISION DE LA ESCALA PARA LA AUTOMEDICION
DE LA DEPRESION (EAMD)

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N :
DIANA CAMACHO CRUZ

SANDRA REBECA HERNANDEZ SANDOVAL

DIRIGEN: DRA. DOLORES MERCADO C.
DR. GUSTAVO FERNANDEZ P.

MEXICO, D. F.,

SEPTIEMBRE DE 1987



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

Con todo nuestro amor a los Doctores:

LOLITA, GUSTAVO Y HECTOR,

por compartir con nosotras sus conocimientos y experiencia,
así como permitirnos gozar de su afecto y amistad.

Como diría el Dr. Fernández

"¡GRACIAS AL OCULTO POR HABERLOS PUESTO EN NUESTRO CAMINO!"

A dos personas especiales:

MARY Y ALICIA,

por tener siempre para nosotras palabras de aliento
en esos momentos difíciles.

A nuestros Amigos:

porque nunca dejamos de pensar en ellos.

A Josette Benavides,
por impulsar la investigación y exhortar al estudio y aprendizaje
de aspectos psicológicos que abran nuevos horizontes
hacia el conocimiento del ser humano.

A nuestras Sinodales:
Asunción Valenzuela y Diana Owstrovky
por sus aportaciones y comentarios.

A los Terapéutas del Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad:

Rosaura Espinosa
Selma González
Ma. Eugenia Díaz
Estela Franco
Emma Espejel
Graciela Cirol (kikis)
Tere Fabre
Esperanza Wilson
Mary Blanca Moctezuma
Ma. de la Luz Fernández
Selso Cerra
Alfonso Zamora
Francisco Morales
Arturo Martínez
Enrique Guarner
Jaime Winkler
Jaime Castrellón
Rafael Nares

por su cooperación para hacer posible
la realización de este trabajo.

A mis Padres:

YOLANDA Y JULIO

por la comprensión que me han brindado

a través de mi vida.

A mis Hermanos:

LILIA, BOGAR, MONICA E ISRAEL

porque nunca se negaron a colaborar con la ciencia,

al acceder a ser "sujetos experimentales"

cuando la ocasión lo ameritaba.

Para ustedes... TODO MI AMOR.

A mis Abuelitos:

Por saber orientar

a las nuevas generaciones.

Y a tí DIANA:

porque a pesar de los obstáculos

logramos alcanzar una de nuestras metas profesionales.

Que nuestros éxitos aumenten a la par

de nuestro cariño y amistad.

A Papá:

porque deseo estés orgulloso de tu hija

que tanto te quiere.

A Mamá:

con todo mi amor,

porque eres para mí más que una madre.

A Laura:

por compartir todo conmigo

y ser mi mejor amiga.

A Alma:

porque sé que me comprendes.

A Marco:

por brindarme tu ayuda

siempre que la necesito.

A Joel:

por lo que he aprendido de ti.

A Juan Carlos:

porque el camino que hemos recorrido juntos

ha sido mi principal motivación.

Te Amo.

A Sandra:

porque el gran cariño que nos tenemos

se hizo patente en todo momento.

Te Quiero Mucho.

I N D I C E

	<u>PAGINAS</u>
DUCCION	1 - 3
 T E C E D E N T E S	
TULO I DESASTRES	4 - 15
TULO II REACCIONES EMOCIONALES	16 - 22
TULO III ALTO RIESGO	23 - 27 ✓
TULO IV ENFOQUE COGNITIVO Y CONDUCTUAL A LA DEPRESION	28 - 38 ✓
TULO V DEPRESION	39 - 47 ✓
TULO VI ENFOQUE COGNITIVO DE LA ANGUSTIA	48 - 51
TULO VII MIEDO Y ANSIEDAD	52 - 58
TULO VIII MEDICION DE LA DEPRESION	59 - 66 ✓
 T U D I O 1	
<i>METODOLOGIA</i>	
TULO IX ESCALA PARA LA AUTOMEDICION DE LA DEPRESION (EAMD) ENTRE VISTAS CLINICAS	67 - 131 ✓
 T U D I O 2	
TULO X COMPARACION DE LOS PUNTAJES EN LA EAMD ENTRE EL GRUPO DE ALTO RIESGO (CLINICA) Y EL GRUPO DEPRIMIDOS DIAGNOSTICADOS	132 - 144
TULO XI BAREMO (ESTANDARIZACION)	145 - 150
TULO XII DISCUSION	151 - 160
TULO XIII APORTACIONES	161 - 163
NDICE DE INSTRUMENTOS	164 - 170
NDICE DE CUADROS DE SESIONES SUBSECUENTES	171 - 184
ISION DOCUMENTAL	185 - 192

I N T R O D U C C I O N

I N T R O D U C C I O N

A través de la historia, el hombre ha estado expuesto a una se de fenómenos denominados "catastróficos", debido a la magnitud us efectos devastadores. En ocasiones estos sucesos son provoca por el hombre (alguna falla tecnológica que produzca una explo-, por ejemplo) y en ocasiones por la naturaleza (inundaciones, emotos, huracanes, erupciones volcánicas, etc.). Usualmente los sos catastróficos escapan al control humano; especialmente aque fenómenos que por su naturaleza resultan impredecibles. Así, - esfuerzos del hombre se han dirigido, en la mayoría de los ca- a emprender acciones que alivien la gravedad de las consecuen-

Por esta razón, la mayoría de las investigaciones en este cam- han sido posteriores a una situación de desastre y, en los mejo casos, se han realizado en zonas en las cuales se sabe, por sus cterísticas o por experiencias, que se encuentran bajo continuo go de desastre.

México, zona sísmica por excelencia, no había vivido en los -- mos años tan intensamente las manifestaciones y consecuencias - n terremoto. Los sismos de los días 19 y 20 de septiembre de -- , no sólo movilizaron las estructuras terrestres, sino que tam- afectaron las "estructuras humanas". El sismo y sus consecuen- no solamente fueron críticos por las pérdidas materiales y per les, sino por haber perturbado el bienestar, seguridad y equili que, hasta este momento, existía. En muchos de los casos, la - aleza humana, lo mismo que los edificios, se derrumbó.

En esta situación surgieron una serie de necesidades parte de cuales son del ámbito de la psicología. Las instituciones encar s de cuidar el bienestar mental del individuo, respondieron a - necesidades con programas de ayuda a aquéllas personas que lo - sitaban.

La Facultad de Psicología de la UNAM, por medio del "Centro de Estudios Psicológicos" abrió un programa de ayuda para damnifica--

Se observó que no sólo las personas que habían sufrido pérdi-- o daños eran las que acudían al servicio, sino aquellas perso-- que, sin haber sufrido directamente, fueron incapaces de resol-- por sí mismas, las manifestaciones que desencadenó el fenómeno ral; lo que las coloca dentro de una población de "alto riesgo".

En el presente estudio se pretende:

- a) Describir las reacciones psicológicas ante esta situación, de un grupo de "alto riesgo" y su modificación a lo largo del proceso terapéutico.
- b) Examinar, mediante una aproximación conductual y una aproximación psicométrica, la prevalencia de la depresión en esta población, sus características y su relación con la ansie--dad.
- c) Relacionar las variables que describen a una población como de "alto riesgo".
- d) Validar y confiabilizar el instrumento utilizado (EAMD).

Dichos objetivos abarcan un problema clínico: aquel que se ---nde en psicoterapia y que está relacionado con perturbaciones -ionales, cognitivas y conductuales que son el campo de trabajo os psicólogos clínicos.

Existen diversas aproximaciones al estudio del fenómeno clíni--En este trabajo se eligió un marco de referencia Cognitivo-Conual, por las grandes ventajas que ofrecé al estudio teórico y -tico de la psicopatología; complementándose con un enfoque psi--trico.

C A P I T U L O I

DESASTRES

INVESTIGACIONES SOBRE REACCIONES EN CASO DE DESASTRE

Los desastres se han definido como "sucesos que producen gran destrucción, muerte o lesiones, que conducen a una perturbación geocomunitaria y a un trauma individual. Las consecuencias van desde los niveles individual o familiar, hasta grandes segmentos de la población afectada. En el extremo, los desastres pueden físicamente destruir totalmente una comunidad y su organización social".

Los desastres se han dividido en naturales y provocados por el hombre, de acuerdo con la causa que los origina. Los desastres naturales incluyen ataques climáticos y meteorológicos de gran intensidad como: huracanes, tornados, inundaciones, sequías, terremotos, erupciones volcánicas y algunas catástrofes biológicas como plagas. Estos sucesos no ocurren todo el tiempo, su probabilidad de aparición dependerá, entre otras cosas, de la situación geográfica del lugar afectado.

Baun y Col. (1983) sugieren otro tipo de desastres a los que llaman "catástrofes tecnológicas". Estos sucesos son provocados por el hombre, en el sentido de que son accidentes, fallas o errores en el manejo de la tecnología. Incluyen sucesos tales como: derrumbes de puentes o edificios, accidentes industriales, colisiones de aviones o aéreas, etc. También se incluyen errores que conducen al envenenamiento de sustancias tóxicas, radiaciones, etc.

Algunos otros autores (18) diferencian las catástrofes tecnológicas con las deliberadamente provocadas por el hombre como los bombardeos, campos de muerte, etc. Sin embargo, todos los tipos de desastres son repentinos y pueden producir gran destrucción. Cuando un desastre natural ha ocurrido, lo peor ya ha pasado y la gente empieza a recuperarse y a ocuparse de la reconstrucción. No es lo mismo cuando se trata de una catástrofe tecnológica, ya

por ejemplo, en el caso de las sustancias tóxicas o radiaciones, efectos perduran tiempo después de que la catástrofe ocurrió. - uso se ha pensado que las catástrofes tecnológicas pueden ser - destructivas que las naturales, un accidente nuclear afecta un más grande que la que podría afectar una inundación, (5); la osión del pozo "Ixtoc" contamina más que la erupción de un vol-

La importancia de hacer una distinción entre ambos tipos de -- strofes, es que a pesar de que ninguna de las dos es controla-- la percepción de incontrolabilidad es diferente para cada una. fuerzas naturales son, por definición, incontrolables. Las ca-- rofes tecnológicas reflejan fallas en sistemas que alguna vez - vieron bajo control, por lo cual se perciben como más suscepti-- de ser recontroladas. El no tener control cuando uno espera te-- o, tiene diferentes consecuencias psicofisiológicas, que el no r control cuando uno no espera tenerlo (4). Si se podía contro y no se controla, (por ejemplo la catástrofe de Chernobyl), se uce "estress". Si no se podía controlar (por ejemplo el terremoto y no se controla, se producen "indefensión y pasividad".

Es por ésto, que la diferenciación entre los dos tipos de de-- res es de utilidad para entender y anticipar la clase de conse-- cias biológicas, psicológicas y sociales que se producirán. En icular la investigación sugiere que las catástrofes tecnológi-- pueden causar "estress crónico" y efectos generalizados, mien-- que los efectos producidos por los desastres naturales no per-- en más allá de un año.

A través de las investigaciones se han estudiado los síntomas lógicos provocados por tales sucesos y su relación con otras - bles.

Un ejemplo de estas investigaciones es la de "Ilkinson" (62), estudió los síntomas psiquiátricos que padeció la gente que,

una u otra forma, vivió el derrumbe de un hotel en Kansas City. La recopilación de los datos se hizo a través de un cuestionario -- estructurado conforme al criterio de "desorden de estress postraumá" de la American Psychiatric Association, poco tiempo después -- haber ocurrido el desastre. A continuación se citan los síntomas -- sufridos, colocados de acuerdo a su frecuencia: recuerdos repeti -- tis del desastre, tristeza, fatiga, sentimientos recurrentes fre -- quentemente de ansiedad y depresión, sueños del desastre, pérdida -- de apetito, pérdida del entusiasmo, estados de alarma, dificultad -- en la concentración, culpa, evitación de situaciones que causa -- recuerdos, incapacidad de sentir intensamente acerca de algo, -- o, pérdida de interés, sentimientos de separación, dificultades -- de memoria, enfermedades o quejas somáticas y disminución del inte -- sexual. El autor propone que todas las personas implicadas en -- el desastre (víctimas, observadores, oficiales de rescate, volunta -- rios, servidores fuera del lugar de los hechos) experimentarán sín -- tomas psiquiátricos semejantes, que variarán de acuerdo al grado en -- el que se vean implicados. Resultó evidente el hecho de que todas las -- personas envueltas presentaron síntomas psiquiátricos, los cuales -- fueron más intensos en las víctimas, observadores y voluntarios, en -- orden.

Por su parte, Powell y Penick (52), examinaron las alteracio -- nes psicológicas provocadas por una inundación un año después de ha -- ber ocurrido. Entrevistaron a las víctimas pidiéndoles datos, tales -- como: información demográfica, severidad del daño sufrido, reaccio -- nes personales en el momento del desastre, además de indagar su es -- tado emocional antes y después del desastre. Los resultados de este -- estudio "retrospectivo-prospectivo", indican que las víctimas no so -- ncontraron gran alteración en sus vidas a nivel social, inter -- personal y económico, sino también sufrieron un considerable incre -- to de angustia y tensión; otras dolencias comunes fueron: preocu -- sión, dolor muscular, dolores inespecíficos, perturbación gastro -- intestinal, dolor de cabeza, insomnio, fatiga, pérdida de iniciati --

medo de no ser capaz de enfrentar futuros problemas. Asimismo, la relación entre los miembros de la familia de las víctimas se tornó tensa y tirantes, observándose riñas y deterioro de la comunicación. Se encontraron indicadores de que los estresores socioeconómicos e individuales fueron también síntomas asociados en la persistencia de la angustia emocional, aún después de que los efectos agudos del desastre habían pasado. Se encontró una pequeña relación entre la angustia existente antes y después del desastre, por lo que los resultados sugieren que los problemas individuales y psicológicos probablemente hacen al individuo especialmente vulnerable ante estos sucesos. Probablemente sería un tipo de persona que se beneficia con la terapia psicológica. Por otro lado, encontraron una relación muy fuerte entre los niveles de angustia inmediatas al suceso y los niveles encontrados un año después. Se sugiere que los individuos que muestran efectos psicológicos al desastre a largo plazo son fácilmente indetectables (mediante el índice de angustia de Selye) y constituyen un grupo de alto riesgo. Sin embargo, encontraron que ninguna de las víctimas requirió hospitalización psiquiátrica y ninguna desarrolló mayor perturbación mental. Lo que sugiere que muchas de las víctimas de un desastre natural sufren síntomas de "angustia", rara vez de naturaleza incapacitante, los que se ven como reacciones normales.

Algunos autores se han dedicado a la descripción y organización de las reacciones ante sucesos catastróficos. Tal es el caso de Selye (1952), quien hizo una descripción de las reacciones individuales, proponiendo un enfoque interdisciplinario para analizarlas, así como para aplicar los conceptos a las técnicas psicológicas. Su método de observación se basó en una revisión bibliográfica y en experiencias sobre desastres. Eligió un conjunto de reacciones fundamentales para destacar las respuestas más frecuentes que se relacionan con la personalidad, la edad, el sexo, el nivel socioeconómico y la posición económica del individuo, sus mecanismos de defensa, la intensidad del daño sufrido, la correspondencia ade-

a entre la necesidad individual y los sistemas de apoyo, el grado de pérdida personal experimentada, y la disponibilidad de socorro y de recursos comunitarios de asistencia. Cohen clasificó las reacciones en cuatro fases temporales, según un esquema evolutivo: fase de amenaza, fase de choque, fase de readaptación y fase de superación; a través de cuatro perspectivas: la biológica, la psicológica, la interpersonal y la sociocultural.

Otra investigación se desarrolló a partir de los terremotos -- en 1972 destruyeron la ciudad de Managua (2). En ella se estudiaron las historias médicas del hospital psiquiátrico de Managua, mostrando los ingresos y reingresos de pacientes internados y ambulatorios los años anteriores y posteriores al sismo (1972 y 1973). Encontraron que el año posterior al sismo se dio un incremento en los ingresos de los pacientes al hospital psiquiátrico, principalmente en el primer y cuarto trimestre de 1973, con los siguientes diagnósticos: neurosis de ansiedad, histéricas o depresivas y retardo mental o síndrome orgánico cerebral. Asimismo, se encontró disminución en el ingreso de pacientes diagnosticados con psicosis (sin episodios previos) y en los pacientes con desórdenes de la personalidad.

Sin embargo, estos resultados deben tomarse con cierta reserva ya que debido a la bien conocida dictadura de Anastasio Somoza, muy probable la existencia de alteración en dichos datos; además el estado emocional de los habitantes de Managua se encontraba muy condicionado a la situación política y social que estaban viviendo en esos momentos, agravada por una situación de desastre.

Otros autores, además de cumplir con el objetivo de investigar de las secuelas de un desastre, han extendido los objetivos de trabajo a ser una fuente de información y ayuda para las víctimas. Ollendick y Hoffman (48), proporcionaron ayuda al mismo tiempo estudiaron sistemáticamente a las víctimas de una inundación --

ida en Minnesota en 1978. Las víctimas fueron entrevistadas ex mente acerca de su estado antes de la inundación y en el momento en el cual se llevó a cabo la entrevista (ocho meses después). - s entrevistas se incluyeron todas las preguntas de la Escala - presión de Werhterr y Col. (1973) y de la "Before and now Di - r Checklist" de Milne (1977). También se incluyó información - al acerca de las víctimas. Los resultados indicaron que la ma - de las víctimas se percibieron a sí mismas como más deprimi - bajo mayor stress después del desastre. Al comparar adultos - es con los de mayor edad, se encontró que sus reacciones son - ares. Se evidenció la naturaleza de los problemas individuales onales, debido a la carencia de indicadores de problemas a ni - familiar y social. Los autores concluyen que se puede sospechar rturbaciones psicológicas siempre que exista "un estressor mayor".

Sierles y Col. (56) evaluaron la existencia de otros tras - os concurrentes al "estress postraumático" en 25 veteranos de - a. El propósito fue determinar, utilizando el diagnóstico ope - nial, la frecuencia con la cual se puede identificar otros sín - es simultáneamente al stress postraumático. Se observó que en - o casos el stress postraumático fue el único diagnóstico; en - osos hubo un diagnóstico adicional; en cinco casos hubo dos --- ósticos adicionales y en dos casos hubo tres diagnósticos más. - síndromes coexistentes, de mayor a menor frecuencia fueron: --- olismo, drogadicción, personalidad antisocial, somatización, - esión endógena y síndrome mental orgánico. Los autores conside - que ninguno de los dos síndromes podrían ser considerados como - ndición primaria. Al mismo tiempo estiman necesaria mayor in - igación para validar el síndrome de stress postraumático, así - para conocer la posible relación entre éste y las condiciones - istentes.

La descripción de la conducta humana en el momento del suceso - mático, ha sido de gran interés, Henderson y Bostock (29) se --

ron de describir la "conducta de sobrevivencia" de siete mujeres que sufrieron un naufragio y fueron rescatadas 13 días más tarde. Clasificaron las conductas de la siguiente manera:

- ideas de apego: pensamiento o preocupación acerca de figuras cercanas, tales como esposo, madre, hijos o amigos.
- determinación de vivir.
- modelamiento: adoptar conductas observadas en otros.
- orar.

Se observó que dos años después cinco de las siete mujeres desarrollaron desordenes psiquiátricos, mientras que una se sintió -- e incluso enriquecida por la experiencia. Concluyen que la exposición a la adversidad extrema puede afectar a largo plazo en la salud mental, sin embargo, concuerdan con datos acerca de la historia previa de salud mental.

De acuerdo a lo anterior, un estudio longitudinal (30) describió los efectos psicológicos existentes en las víctimas de un desastre marítimo, examinando su desempeño y la existencia de hospitalizaciones psiquiátricas, durante los tres años siguientes (los afectados fueron miembros de la tripulación). Gran parte de las víctimas habían sido hospitalizadas o separadas del servicio debido a neurosis o a "perturbación situacional transitoria". Se relaciona la magnitud del desastre con los efectos traumáticos posteriores. Debido a que ninguna de estas personas habían sido hospitalizadas previamente o habían tenido una historia de desordenes mentales, se concluye que el factor determinante en la perturbación psicológica fue el evento y no la historia del individuo. Para aquellos hospitalizados consecuentemente, la combinación de sucesos devastadores, pérdida de compañeros y resentimientos contribuyó a sus dificultades en

aptación. Las características demográficas no influyen directamente en las reacciones postraumáticas.

Varias investigaciones (28) se han dedicado al estudio del funcionamiento, las características y utilidad de los servicios de salud mental que se ofrecen en una situación de desastre. En general mencionan los aspectos que impiden el desarrollo efectivo de dichos servicios y se proponen planes de salud mental, basados en las necesidades reales de las víctimas.

Los estudios descritos hasta el momento son de carácter retrospectivo, una vez ocurrido el desastre se hace una recolección de datos pretendiendo medir aspectos previos a él, en algunas ocasiones estudiando la conducta humana durante y después de la crisis. Sin embargo, existen estudios que se enfocan al aspecto preventivo midiendo todo tipo de manifestaciones conductuales (actitudes, creencias, emociones, etc.) en comunidades con riesgo de desastre. Jackson (31) describe los hallazgos más relevantes que se han hecho acerca de los patrones de respuesta ante la amenaza de temblor:

- aunque se tenga conocimiento de la amenaza de temblor, no se toman medidas de prevención;
- la gente prefiere confiar en su habilidad para enfrentar el problema en el momento que ocurre;
- también se tiende a negar la probabilidad de ocurrencia de un desastre;
- en general, las percepciones y la conducta ante el riesgo de temblor, varían de acuerdo a la intensidad de alguna experiencia sufrida, tal como un temblor anterior; también se encuentran relacionadas con la percepción global de su medio ambiente, la percepción de tener o no responsabilidad de enfrentar el temblor, los sentimientos hacia el peligro, etc.;

- en general las respuestas hacia el riesgo de alguna catástrofe, están en función de las características particulares de la misma. En el caso de los temblores, se trata de sucesos - impredecibles, que suceden en cuestión de segundos, no son - tangibles.

ACTERISTICAS DE UNA SITUACION DE DESASTRE

Algunos autores (26) han analizado las etapas que caracterizan a situación de desastre y la relación que guarda con las reacciones y características de personalidad. Son tres las etapas:

El Desastre:

Este puede ser considerado como tal, bajo dos criterios fundamentales: el objetivo, que depende de la intensidad del estímulo; y el subjetivo, que depende de la interpretación que le da la población o las autoridades del lugar.

Son características del desastre:

- La sorpresa, aquí se manifiesta un desconcierto general.
- La novedad, aunque muchas veces la población ha estado expuesta al fenómeno (de menor intensidad), existe una gran dificultad para darle una explicación.
- Duración e intensidad del estímulo.
- La edad de las personas, es determinante para el grado en que les afecta.
- Los antecedentes premórbidos, algunas veces los rasgos de personalidad se exacerban.

La ideosincracia o mentalidad de la población. Existe, por -- ejemplo, la tendencia al fatalismo, o relacionarlo con situaciones religiosas o a mitos o supersticiones.

Grado en el que son Afectadas Físicamente las Personas Expuestas a una Situación de Desastre:

Vulnerabilidad directa, aquellas personas a las que el desastre afectó de manera directa (muerte o lesión de algún familiar o persona cercana a él, pérdida de casa o lugar de trabajo).

Vulnerabilidad indirecta, aquellas personas que no fueron --- afectadas de manera directa, pero que estuvieron expuestas a la situación (por ejemplo, presenciar el hecho). Las personas que no fueron afectadas directamente y se consideran "normales", tendrán la capacidad de superar y adaptarse a la situación sin que su estabilidad sea afectada en forma desorganizante.

Efectos Psicológicos o Niveles de Afección:

Mental o psicológicos, que es el "daño" causado en los aspectos cognitivo y emocional con posibles consecuencias conductuales. Las personas afectadas directamente quizá tendrán manifestaciones posteriormente, ya que en el primer momento, su salud corporal es lo más importante. Pero generalmente se ha observado que los directamente afectados son los menos dañados mental y psicológicamente.

Fisiológicos.

Conductuales, las personas buscan la "protección" en otras -- personas cercanas a ellas, o de algún lugar específico. Sienten la necesidad de expresar sus sensaciones y sentimientos -- relacionados con las pérdidas o con la soledad.

Finalmente se reexperimenta la situación, a ésto se le conoce como "reacciones postraumáticas".

SS POSTRAUMATICO

En general los desastres exponen a una población normal a una amenaza de su vida, a una repentina y traumática pérdida de seres, familiares y propiedades y a una destrucción de su ambiente de vida habitual. Se ha comprobado que las personas que sobreviven a sucesos traumáticos, experimentan un impacto psicológico fuerte que puede manifestarse durante un corto período (reacción aguda) o puede progresar dentro de una psicopatología crónica.

Estas reacciones se conocen como Desorden de Estrés Postraumático "el desarrollo de síntomas característicos que siguen a un acontecimiento psicológicamente traumático, que por lo general se encuentra fuera del marco normal de la experiencia humana. Los síntomas característicos suponen una reducción de la capacidad de respuesta frente al mundo exterior o una reducción de la involucración emocional, unido a una gran variedad de síntomas vegetativos, disfunciones cognitivas —son frecuentes los síntomas de depresión o ansiedad— en algunos casos pueden ser lo suficientemente graves como para ser diagnosticados como trastorno depresivo o ansioso. Existe un incremento en la irritabilidad que se asocia con explosiones escasas e impredecibles de conducta agresiva. Cuando los síntomas aparecen dentro de los seis meses después del traumatismo y no han desaparecido más de otros seis meses, se habla del subtipo agudo, el pronóstico, desde el punto de vista de remisión, es bueno. Cuando los síntomas aparecen más tarde de los seis meses después del trauma o más de seis meses más, se habla entonces del subtipo crónico o retrógrado".

C A P I T U L O I I

REACCIONES EMOCIONALES

En 1959 Delay consideró a las emociones como: "manifestaciones exteriores, comportamientos, expresiones, experiencias internas y -as de ser afectado, una afección". Caso (10) considera que un -do de ánimo: "es aquel estado afectivo placentero o desagradable que acompaña al organismo durante un tiempo, matizando su vida íntima, determinando la conducta e influyendo dinámicamente en el contenido del pensamiento, el conocimiento y la conciencia".

Actualmente la palabra emoción significa "movilizar"; poner en movimiento al organismo. Un cambio de estado específico, en el que el individuo es sacado de su equilibrio. Allport (1) la definió como "un estado excitador del organismo".

Una emoción se inicia cuando aparece algo que interrumpe el acontecer cotidiano del individuo. Las emociones son útiles al ser útiles para su supervivencia, protección o maduración de su personalidad. Más, cuando las emociones son intensas o violentas y de breve duración, actúan destructivamente provocando un desequilibrio en el sistema nervioso autónomo y resultan inútiles para la adaptación del organismo.

Cuando las personas se encuentran bajo la presión de una emoción intensa, como es la angustia o la depresión, provoca una baja en sus defensas, siendo una de las reacciones la biológica, que, el umbral de las defensas fisiológicas baja.

En cada sociedad y cultura las emociones son vividas por sus integrantes en forma particular. La dotación genética, la historia y las circunstancias de cada una de las personas, establecen las diferencias. Esto se debe a que las emociones no poseen un lenguaje común o universal para ser expresadas, solo pueden ser conocidas a través de sus manifestaciones conductuales y verbales.

Algunas emociones son específicas a una necesidad presente, como el miedo, y otras son difusas y persistentes como la angustia y la tristeza.

Para Ellis (20) existen seis emociones básicas que aparecen en un continuo de intensidad:

tristeza	depresión
preocupación	angustia
miedo	pánico
molestia	ira
alegría	euforia
afecto	pasión

Las emociones se caracterizan por:

- ser experiencia privada;
- su expresión es individual;
- frecuentemente están relacionadas con sucesos presentes o pasados del individuo; y
- no puede hablarse de que sean inapropiadas, sino de que las conductas que se derivan de ellas son las inapropiadas.

LIDAD-ANORMALIDAD DE LAS EMOCIONES

Las emociones son vistas como un continuo en el cual la norma-anormalidad está dada por ciertas características de la reacción como intensidad, duración, frecuencia y lugar. El continuo que va desde tristeza hasta depresión, es una clara muestra de que en todas las reacciones son similares, sin embargo, una de ellas (la

esión), escapa al control del individuo y afecta su capacidad de adaptación.

Se han propuesto diferentes criterios para la identificación de una respuesta emocional como normal o anormal.

Depresión Normal

Se presenta cuando una persona ha sufrido una pérdida o una privación grave y generalmente desaparece tan pronto como nuevos objetivos y necesidades puedan suplir lo que se perdió. Es muy probable que la depresión ayude a las respuestas adaptativas ante la pérdida.

Depresión Patológica

Para Wolpe (62) una depresión es patológica cuando es evidente que no sirve para restaurar la función adaptativa y cuando es especialmente grave o demasiado larga con relación a la causa de la privación que la causó, o si ha surgido fuera del contexto de una pérdida o privación.

Freud (23) hace referencia a la existencia de una reacción adaptativa ante una pérdida, el duelo y una reacción patológica, la melancolía, cuya diferencia es causada porque en ésta última la pérdida no es real y está asociada a "una extraordinaria rebaja del rendimiento yoico" (autodevaluación).

Wolpe menciona tres circunstancias en las que se observa la presencia de depresión neurótica o anormal:

- como una exageración o prolongación de la respuesta normal ante la pérdida;

- como consecuencia de una respuesta de ansiedad intensa y prolongada; y
- como consecuencia de no poder controlar situaciones interpersonales, y esta impotencia se debe a los efectos inhibidores de la respuesta de ansiedad neurótica.

tia Normal

La angustia ha sido considerada una respuesta adaptativa en el do de que moviliza las acciones del individuo, en la búsqueda equilibrio perdido.

La angustia es considerada una reacción normal si surge a par-e un peligro presente y se disipa cuando el peligro no está -- nte.

tia Patológica

Al igual que en la depresión, la angustia normal difiere de la al en grados. La ansiedad patológica es una forma severa que - semboado en una aguda neurosis de ansiedad cuya característi-ncipal es la no existencia de un peligro "aparente" e inmediauede tomar varias formas, algunas duran varios días, semanas o ; otras pueden ocurrir solo en pocos minutos, pero tienden a - rir.

Rollo May (15) propuso cuatro criterios para la diferenciación la angustia normal y la angustia patológica, que a su vez pue-olicarse a la diferenciación de la depresión:

xaminar los valores que el sujeto experimenta como vitales pa-a su existencia organizada.

la proporción o desproporción entre la amenaza y la respuesta. En el caso de la depresión sería entre la pérdida y la respuesta.

Persistencia de la reacción una vez que ha cesado la amenaza. -
Evolución temporal de la depresión.

La capacidad para enfrentarse a un nivel consciente y en forma productiva a la amenaza (o a la pérdida).

No existe un consenso general de los conceptos de normalidad y anormalidad. Las definiciones que se dan de estos conceptos varían acuerdo al criterio externo preestablecido con el cual se pueda juzgar la conducta observada.

Dana (14) menciona cinco criterios que pueden ser utilizados para la clasificación de la conducta: criterio sociocultural, estadístico, legal, ideal y clínico.

Los criterios sociocultural y estadístico se refieren básicamente a lo mismo, la normalidad se define como "lo que todos hacen". En el criterio sociocultural, las normas sociales imperantes, explícitas o implícitas orientan la conducta del individuo. En el estadístico la normalidad sería la media más o menos una desviación.

Los criterios legal, ideal y clínico se refieren a la utilización de un criterio proveniente de una valoración de lo que debería ser la conducta normal. En el criterio legal, es establecido por leyes de cada lugar. El criterio ideal obedece a una valoración de tipo sociocultural, moral, religiosa, personal y arbitraria. El criterio clínico es un criterio ideal fundado en una posición teórica-científica.

La descripción de ansiedad y depresión como reacciones normativas y anormales puede incluir un criterio estadístico y un criterio

co. El criterio estadístico es de utilidad ya que muchos aspectos de la conducta humana se presentan en forma de distribución normal y las emociones no son una excepción. La estadística describe hechos tal y como son y no hace referencia a lo que podría o debería ser. Estadísticamente la norma es lo que hace el 68.26% de los casos. Las pruebas psicológicas utilizan este criterio.

El criterio clínico, es de utilidad porque provee un esquema sistemático útil para la distinción de las enfermedades psiquiátricas.

C A P I T U L O I I I

ALTO RIESGO

Las reacciones de miedo y ansiedad se han considerado normales el impacto de la experiencia y conforme a ciertos criterios de intensidad, intensidad y duración de la reacción. Sin embargo, existen ciertos segmentos de población llamados de "alto riesgo", en los que estas reacciones se vuelven de tal intensidad y duración que desembocan en otro tipo de padecimientos, tales como un desorden depresivo o una neurosis de ansiedad, que influyen de manera importante en la vida del individuo, de tal forma que éste es incapaz de controlar ese estado por sí mismo.

Según varios autores (52) la adaptación del individuo está relacionada con el impacto de la catástrofe, pero se ha comprobado que existen otros aspectos que influyen en la determinación de la validez de una reacción, tales como: fortaleza yoica, antecedentes personales, características constitucionales, cultura y sexo.

Fortaleza Yoica

La fortaleza yoica se ha definido como: la capacidad para enfrentar las dificultades o para realizar un nuevo intento cuando se falla, la capacidad para tolerar la frustración, la capacidad de manejar la tensión emocional y seguir tratando de alcanzar las metas propuestas, la capacidad para "juzgar en forma adecuada y válida", la fortaleza para conciliar elementos conflictuales dentro del grupo, (49).

Un "yo fuerte" es aquel que ha desarrollado una competencia para manejar los impulsos y el medio ambiente (61).

Sullivan considera el sistema del yo como una serie de operaciones destinadas a proteger la propia estimación y a evitar la ansiedad, ya que toda disminución del nivel de la propia estimación produce angustia (58 y 59).

La fuerza del yo se desarrolla en la infancia, donde surge el modo de dominio que tiene el niño sobre el ambiente (55).

Por el contrario, un "yo débil" se ha descrito como aquel que carece de un desarrollo adecuado para enfrentar los problemas que le presentan y ha tenido que recurrir a un alto grado de medidas defensivas, sacrificando de esta manera un aprendizaje flexible y productivo. Es aquél que no puede afrontar el fracaso, el aburrimiento o la ansiedad, en una palabra la frustración.

Por lo tanto, la fortaleza yoica no sería otra cosa más que el repertorio conductual del individuo que le permite contender con los estímulos y sucesos de su ambiente, así como estructura de pensamiento que facilite su visión del mundo. De esta manera la palabra "yoica" sale sobrando.

Precedentes Personales

También podrían ser llamados historia de reforzamiento y se refieren a todas aquellas experiencias del individuo que influyen de manera determinante en su comportamiento actual. Una persona puede volverse "sensible" por ciertas situaciones desfavorables de su vida; las experiencias traumáticas predisponen a la persona a sobre-reaccionar en situaciones análogas, (6). No solo un suceso de gran alcance intenso hace vulnerable al individuo, para desarrollar una patología psicológica, sino también una serie de "pequeños sucesos". Desde un punto de vista teórico, las situaciones desfavorables traumáticas pueden ser asimiladas de tal manera, que formen una estructura cognitiva o experiencia que lleve al sujeto a considerarse frágil, impotente, o a las amenazas como intolerables, terribles y catastróficas.

Factores Constitucionales

Los factores constitucionales se refieren a la existencia de una tendencia de tipo hereditario de sufrir cambios hacia una personalidad patológica. Existen estudios (33) en los cuales se ha investigado a los familiares de pacientes que sufren una depresión ya sea reactiva o endógena, y se ha encontrado un grado de correlación alto en la incidencia de enfermedades depresivas en otros miembros de la familia. Sin embargo, este tipo de estudios no dilucidan si esta correlación se debe a factores genéticos o de crianza.

Factores Culturales

Estudios comparativos realizados en Estados Unidos de Norteamérica, han mostrado que la población hispana de ese país muestra índices más altos de depresión que los anglos. Estos resultados podrían atribuirse tanto a patrones culturales de estilos de enfrentamiento, como a las menores condiciones en la calidad de vida y hostilidad en la que se encuentra la población hispana en ese país.

En cuanto al sexo como factor de riesgo, se ha encontrado que existen diferencias en la capacidad de adaptación y la tendencia a ajustarse entre hombres y mujeres. Se ha encontrado mayor predisposición en el sexo femenino. Algunas investigaciones (33) hallaron mayor morbilidad en mujeres que en hombres de desarrollar un trastorno depresivo. En nuestro país (35) existe una gran prevalencia de depresión en mujeres casadas que se dedican al hogar (lo cual podría explicarse por la situación de pasividad en la que se encuentran).

De acuerdo a los postulados de la teoría de la indefensión, va estudios (32) han corroborado que los hombres atribuyen los --
sos a factores externos y los éxitos a factores internos, suce
lo lo contrario en mujeres, lo que las conduce a un pobre con--
de sí mismas y consecuentemente a un estado de ansiedad y/o -
sión.

Resumiendo, una persona de alto riesgo es aquella que ante una
ción, independientemente de su intensidad, que escapa a su do-
o control, se torna impotente o pasiva, dando como únicas res
as ansiedad y depresión. Respuestas que ha aprendido por expe-
rias de fracaso atribuidas a sí misma por medio de pensamientos
tivos; que ha desarrollado una expectativa generalizada de inha
lad para controlar sucesos estressantes que se presenten en su
y la sola probabilidad de que ocurra dicho acontecimiento es -
ctor que incrementa su vulnerabilidad a presentar padecimien--
sociados con la indefensión aprendida.

Estadísticamente son sujetos de alto riesgo los que presentan
estas más intensas, duraderas o frecuentes que la media (\bar{x}) --
menos una desviación.

C A P I T U L O I V

ENFOQUE COGNITIVO Y CONDUCTUAL A LA DEPRESION

La depresión actualmente constituye una de las formas de alteración que se presenta con mayor frecuencia en nuestra población -- generalmente en zonas urbanas (33).

Algunos autores han considerado que la prevalencia de la depresión incrementa con la edad, y que se encuentra con mayor frecuencia en la población femenina (4).

Dada la gran importancia del papel de la depresión dentro de la conducta llamada "patológica" o desadaptada, y su estrecha relación con el suicidio (38), muchos teóricos dentro de las diferentes ramas de la psicología y dentro del campo de la psiquiatría, han realizado estudios teóricos y prácticos de este padecimiento.

En general, podemos observar que las diferentes manifestaciones de la depresión son consideradas, en algunas ocasiones como causa y en otras como consecuencia de la misma.

En realidad, la conceptualización de los diferentes elementos relacionados con la depresión, y su papel en el desarrollo de la misma, se encuentra totalmente influenciada por la orientación teórica particular.

Hacia la mitad de los años 60's, las formulaciones psicodinámicas fueron predominantes. En la orientación psicoanalítica se argumentaba que la pérdida de un objeto asociada a la pérdida de autoes - estaba relacionada con la depresión, y que la explicación se encontraba en la pérdida temprana (en la fase oral) de una persona (23).

En los últimos años se han registrado cambios importantes en la teoría de la depresión y consecuentemente en el tratamiento de los enfermos deprimidos.

as investigaciones recientes sobre depresión han tendido a:

definir operativamente la conducta depresiva, especificando las características cognitivas, conductuales, emocionales y fisiológicas que la describen y cuya identificación es indispensable para establecer el diagnóstico de depresión;

identificar los procesos de aprendizaje que subyacen a su adquisición y mantenimiento, es decir, describir la etiología del padecimiento; y

proponer y validar técnicas de intervención terapéutica (42).

raíz de los trabajos de investigación han surgido diversas - teorías para explicar la depresión.

COGNITIVO DE LA DEPRESION

egún este modelo, la constelación de síntomas y conductas de- as se estructuran sobre una serie de trastornos cognitivos -- elementos nucleares del padecimiento. Teóricos tales como Ellis (1984); Beck (1984); Seligman (1981); Rehm (1981); Abram- eligman y Teasdale (1980); atribuyen la ocurrencia de la de- n a las cogniciones, aunque entre ellos difieren acerca de la leza específica de las mismas. Han descrito varias formas en ales las cogniciones, están funcionalmente relacionadas con - resión: expectativas negativas, distorsiones cognitivas, --- ias irracionales, pensamientos negativos, atribuciones causa- tc.

Distorsiones Cognitivas en la Depresión

La concepción de Beck (6) sugiere que los problemas de los in uos provienen de ciertas distorsiones de la realidad, basadas en em isas y suposiciones erróneas. Diferentes errores de pensamien- nd ucen a diferentes desordenes emocionales; asimismo, diferen- eg las cognitivas producen diferentes emociones.

Existen distorsiones conceptuales asociadas con la depresión:

- **el hacer inferencias arbitrarias:** llegar a una conclusión di ferente de la que la realidad muestra;
- **abstraer selectivamente:** solo ver los detalles (generalmente negativos) de un suceso y no ver el todo;
- **sobregeneralizar:** a partir de un solo elemento o incidente, generalizar a otras situaciones;
- **personalizar sucesos:** hacer juicios extremadamente egocéntri cos, es decir, creer que los sucesos están excesivamente re- lacionados con uno mismo;
- **hacer juicios extremistas:** magnificación o minimización de - las cosas, bueno-malo, nunca-siempre, etc.

Las reglas cognitivas asociadas a la depresión son absolutas e ad icionales: "siempre seré un fracaso".

En general el paciente deprimido muestra: una visión negativa del mundo, un concepto negativo de sí mismo y una apreciación ne- ga de su futuro. A ésto se le ha llamado la "triada cognitiva - de depresión".

El desarrollo de la depresión se analiza en términos de una --
 ción en cadena iniciada por experiencias que significan pérdida
 el paciente. El sentido de pérdida penetra en la visión que --
 en de sí mismos, de su mundo y del futuro, lo que conduce a la
 esión.

Las típicas pérdidas que disparan la depresión pueden ser obvias
 amáticas, tales como la pérdida de una esposa, una serie de ex-
 encias que el paciente interpreta como devaluativas para sí mis-
 a la no correspondencia entre lo que se da y lo que se recibe;
 eden no ser reales, tales como vivir una posible pérdida como -
 ubiera ocurrido (pérdida hipotética) o catalogar incorrectamen-
 n suceso como pérdida (pseudopérdida).

Después de la experiencia de pérdida, la persona propensa a de-
 irse, empieza a apreciar sus experiencias en forma negativa:

- sobreinterpreta sus experiencias en término de abandono o --
 pérdida;
- se observa a sí misma como deficiente, inadecuada y propensa
 a atribuir los sucesos desagradables a una deficiencia en sí
 mismo, se vuelve muy autocrítica;
- en su visión del futuro, anticipa que sus dificultades pre--
 sentes y sufrimientos continuarán indefinidamente, anticipa
 una vida llena de frustraciones.

El continuo curso descendente de la depresión lo explica al --
 lo de retroalimentación como: "a partir de sus actitudes negati-
 el paciente interpreta su disforia, su sentido de pérdida y --
 síntomas físicos en una forma negativa. La conclusión de que es
 mal o inadecuado refuerza sus expectativas negativas y su auto-
 en negativa. Consecuentemente se siente triste y más obligado a

r las demandas ambientales. Entonces el círculo vicioso es ---
tuado".

encias Irracionales y Depresión

Desde este punto de vista "el pensamiento y la emoción humana
constituyen dos procesos diferentes, sino que se interrelacionan
significativamente, por lo cual podemos causar o crear la mayoría -
nuestros sentimientos por nuestros pensamiento, o también, causa
algunos de nuestros pensamientos a partir de nuestras emociones"

De acuerdo con ésto, la depresión ocurre cuando una situación
particular (algún acontecimiento desagradable) desencadena una ----
encia irracional y es la creencia irracional, más que la situa--
, la que ocasiona el malestar emocional.

El pensamiento irracional consiste en evaluaciones derivadas -
remisas no empíricas, establecidas en lenguaje absoluto; ignora
realidad en favor de lo que dice el individuo que debe existir.
Las creencias irracionales se tiende a "terribilizar" los acon--
cimientos; "demandar" y creer que las cosas deben ser así y; a --
tuar" ilógica y rígidamente a uno mismo y a los demás.

El hecho de manejar estas ideas irracionales y añadirle las --
s de impotencia y desesperanza, traen como consecuencia la de--
sión.

amientos Negativos

Rehm (*) ha desarrollado la teoría de autocontrol de la depre
, en la cual la disminución en la proporción de autoreforzamienu

ortunamente Citado.

el incremento de autocastigo, son la causa de una disminución de conducta, lo cual es característico de los pacientes deprimidos. Es decir, los individuos deprimidos muestran un gran número de pensamientos negativos que funcionan como "autocastigo" y un número muy pequeño de pensamientos positivos. Todo esto redundará en una "parálisis de acción" para evitar los pensamientos punitivos.

Definición Aprendida y Depresión (El Papel de la Atribución)

Seligman (55) ofrece una teoría más completa para explicar el desarrollo de la depresión a partir de la indefensión. Para él, la indefensión es un estado en que se encuentra el individuo cuando un estímulo ocurre independientemente de todas sus respuestas voluntarias y es por ello, un suceso incontrolable.

En realidad es la expectativa de "no control" o fracaso y no las condiciones objetivas de controlabilidad, el determinante fundamental de la indefensión.

Cuando una persona se enfrenta a un acontecimiento que es independiente de sus respuestas, sufre varios cambios:

- en lo **conductual**, tenderá a disminuir la iniciación de respuestas para controlar el resultado (motivación);
- en lo **cognitivo**, producirá la creencia en la ineficiencia de las respuestas, lo cual dificultará el aprendizaje de que sus respuestas pueden ser eficaces;
- en lo **emocional**, si no se controla la tensión que produce la experiencia traumática (miedo), puede llegar a convertirse en una respuesta crónica y substituirse por un estado de tipo depresivo.

Existen seis síntomas de indefensión aprendida que tienen para en la depresión:

Disminución de respuestas voluntarias que en general produce -- asividad;

Disposición cognitiva negativa, creencia de que el éxito y el -- fracaso son independientes de los propios esfuerzos;

Curso temporal, ambas se disipan con el tiempo si el sujeto no s expuesto a otro acontecimiento traumatizante en la depresión, si el estado emocional que produce la indefensión no es refor -- ado;

Entusiasmo disminuido, reducción de competitividad y aumento de asividad;

Pérdida de líbido y apetito;

Cambios fisiológicos, descenso de norepinefrina o hiperactivi-- ad colinérgica.

Únicamente la experiencia de incontrolabilidad no fue suficien -- ra explicar el tipo de déficits sufridos, su duración en el -- o y su presencia a través de situaciones diferentes. Por lo -- surgió un nuevo modelo al cual se agregaron nociones de la teo -- e la Atribución (24).

Modelo Reformulado de la Indefensión Aprendida

Este modelo propone que el individuo indefenso, primero apren -- e ciertas respuestas son independientes, entonces hace una --- ción acerca de la causa. La atribución de los individuos para

o contingencia entre respuestas y resultados, en el aquí y ahora, una determinante de sus expectativas en futuras situaciones de controlabilidad. Estas expectativas son las que determinan la globalidad, cronicidad y tipo de síntomas de indefensión.

Se proponen tres dimensiones atribucionales:

- . **Interna-Externa.**- Los resultados de incontrolabilidad pueden atribuirse a uno mismo o a las circunstancias. Atribuir un fracaso escolar a una falla en sí mismo (incapacidad) es una atribución interna; mientras que atribuirlo a la suerte, la dificultad de la tarea o a la incompetencia de los maestros, es externa. La atribución interna de los fracasos afecta considerablemente la autoestima.
- . **Estabilidad-Inestabilidad.**- Los factores estables se consideran permanentes y recurrentes, mientras que los factores inestables son breves e intermitentes. Mediante esta dimensión se intenta explicar la consistencia de los síntomas a través del tiempo. Es decir, una atribución estable implica que la causa de las "fallas" que produjeron la incontrolabilidad seguirán presente en el futuro. Una atribución inestable implica que la causa de las "fallas" solo surgirán en esa situación.
- . **Globalidad-Especificidad.**- Los factores causales se catalogan como globales cuando afectan una gran variedad de situaciones, mientras que los factores específicos solo influyen en la situación original.

El modelo predice que la depresión será de gran alcance y sus síntomas serán más severos cuando el individuo hace atribuciones globales, internas y globales en experiencias de fracaso (por ejemplo atribuir un fracaso en una materia a falta de inteligencia),

ibuciones externas, inestables y específicas en experiencias
 ito (atribuir éxito a la suerte) (24).

Cabe señalar, que en el modelo antiguo la expectativa de no -
 ngencia entre respuesta y resultado era crucial para la apari-
 de síntomas de indefensión; no solo una situación traumática,
 también un resultado positivo independiente de la respuesta,
 ciría indefensión. En el modelo reformulado se establece que
 tado emocional de depresión ocurrirá solo en aquellas cosas -
 s cuales la expectativa de independecia entre respuesta y re-
 do, es acerca de la pérdida de un resultado deseado intensa-
 o acerca de que ocurran sucesos extremadamente aversivos.

Se debe tomar en cuenta que el modelo de indefensión aprendi-
 nceptualiza la expectativa de incontrolabilidad, como una con-
 n suficiente pero no necesaria para la depresión. Toma en ---
 a que otros factores como "estados psicológicos", condiciones
 rto, estados hormonales, alteraciones químicas, herencia, ---
 pueden producir depresión en ausencia de la expectativa de -
 trolabilidad.

De acuerdo con ésto la indefensión sería un tipo de depresión
dida.

0 CONDUCTUAL DE LA DEPRESION

En este modelo, los factores motivacionales directamente de-
 ndientes de la experiencia de reforzamiento del individuo en
 biente, serán los responsables de la conducta depresiva apren-

Este modelo se refiere principalmente a formulaciones de apren-
 e social (*), que asumen que la depresión es aprendida con-

rtunamente Citado.

de a las contingencias de reforzamiento. La hipótesis primaria parece que una disminución de la contingencia de reforzamiento, ligada a la respuesta, constituye un antecedente crítico para la presencia de la depresión y que la conducta de individuos deprimidos no conduce a un reforzamiento positivo, de tal grado que mantenga esa conducta. Una hipótesis posterior es que, un alto grado de experiencia punitiva causa depresión (*). La experiencia punitiva es definida por interacciones aversivas persona-ambiente, --- es, principalmente interacciones sociales angustiantes o disparejas.

La población deprimida manifiesta frecuentemente problemas de interacción social, los datos de investigación sugieren que:

- la conducta social de una gran proporción de individuos deprimidos frecuentemente no recibe reforzamiento social como los individuos normales;
- probablemente este bajo reforzamiento social sea un factor importante en su disforia;
- pueden ser identificados algunos aspectos específicos de la conducta social de los deprimidos;
- no todos los pacientes deprimidos carecen de habilidad social;
- existen diferencias individuales que determinan la naturaleza específica de los problemas.

Todos estos aspectos están relacionados a las habilidades sociales de los individuos (assertividad y autoafirmación).

Fortunamente Citado.

C A P I T U L O V

DEPRESION

Los padecimientos depresivos, cuyo rango de severidad varía - las reacciones neuróticas leves hasta la profundidad de la - colia, pueden representar, dependiendo del enfoque que cada - les de, diferentes entidades: un síntoma, un tipo de reacción - lógica o un desorden afectivo.

Depresión como Síntoma. Aquí la depresión es considerada como característica inherente a un conjunto de señales que definen enfermedad psiquiátrica (6).

Depresión como Reacción Psicológica. Henry Ey (21) menciona - l individuo que es expuesto a acontecimientos catastróficos - cadena, después de cierto tiempo, una tendencia a la depresión.

Depresión como Desorden Afectivo. Algunos psiquiatras (43) y - erican Psychiatric Association, ven a la depresión como una - medad que trae como consecuencia una serie de síntomas fisio- - os característicos al padecimiento, en donde los componentes - os obstaculizan el funcionamiento individual de los afecta- - En esta orientación, la gravedad de la enfermedad está en fun - del tiempo que ésta permanezca "arraigada" en el organismo.

Los enfoques que se han descrito, son aquellos que han predom - por largo tiempo para realizar el diagnóstico de los esta- - depresivos, no puede decirse que estén equivocados en su mane- - conceptualizar el padecimiento. Sin embargo, debe tenerse - - claro que, todos ellos fueron creados para el manejo psiquiá- - que si bien, está relacionado con la salud mental del indi- - no siempre es la forma más adecuada para realizar el manejo - ógico de las personas que solicitan ayuda profesional. Por - tivo, las autoras del presente estudio, se inclinan por el - e Cognitivo-Conductual para definir los estados depresivos, - éste da una visión más completa y conveniente de lo que su- - uando una persona se encuentra deprimida.

E COGNITIVO-CONDUCTUAL

concibe a la depresión como un "síndrome depresivo", caracterizado por deficiencias en las esferas Cognitiva, Emocional y Motional, además de la existencia de Síntomas Fisiológicos, que no son la causa de que el individuo busque un experto que le ayude a "desaparecer" sus molestias.

Deficiencias Cognitivas. Obstrucción en el aprendizaje de estas habilidades, desesperanza en el futuro, pesimismo, auto-criticas, pensamientos negativos o distorsionados.

Deficiencias Emocionales. Prevalece un tono de tristeza, miedo, ansiedad, inquietud, irritabilidad, infelicidad, preocupación y total bloqueo para expresar lo que se siente.

Deficiencias Motivacionales. Existe apatía, resignación y pasividad.

Síntomas Fisiológicos. Que se pueden clasificar en:

- **respiratorios:** sensación de "nudo" en la garganta, respiración lentificada y pausada, respiración suspirosa;
- **cardiovasculares:** opresión torácica, cambio en la presión, rinitis vasomotora y taquicardia;
- **digestivos:** estreñimiento, diarreas, indigestión, pérdida de peso, gastritis y síndrome de úlcera péptica y colon espástico;
- **sensoriales y cutáneas:** cefaleas, mareos, gesticulaciones (pliegues en la frente), tiempo de reacción muy lento, llanto fácil y vértigos;

- **genitourinarios:** micciones frecuentes, frigidez e impotencia;
- **musculares:** tensión, cansancio, calambres, retardo, psicomotor, en algunas ocasiones puede existir hiperactividad o -- agitación psicomotora, retardo verbal, andar lentificado, - movimientos adaptadores (pequeños movimientos parecidos a - tics), temblores, dolor fibrosístico (como el dolor en la - espalda), movimientos oculares defectuosos;
- **del sueño:** insomnio, sueño terminal o interrumpido, hiper-- somnio, pesadillas y sobresaltos nocturnos.

CLASIFICACION DE LOS ESTADOS DEPRESIVOS

La necesidad de unificar los criterios que explican los trastornos depresivos, ha llevado a la creación de definiciones internacionales como la de la Organización Mundial de la Salud (OMS), - la cual intenta dar una aproximación del padecimiento, basándose - en la etiología, historia y diagnóstico del trastorno en estudio.

Las depresiones se clasifican en dos grandes grupos, depresiones endógenas y depresiones exógenas.

Depresiones Endógenas

Son aquellas desencadenadas por un proceso exclusivamente biológico autónomo, que "no tiene ninguna relación" con sucesos externos. Kendell, Fowles y Gersth (1976) consideran que solo este tipo de depresiones tienen un factor determinante claramente identificado y específico. Dentro de este grupo se encuentran:

- **La Psicosis Maniacodepresiva, Tipo Depresivo.** Puede ser bipolar, cuando se alternan períodos depresivos con períodos de manía, o monopolar cuando se presentan únicamente períodos depresivos recurrentes. Es causada por trastornos neuroquímicos; los antecedentes familiares están presentes con frecuencia, la intensidad a menudo es grave; sin tratamiento - puede durar de 3 a 24 meses, después de 6 a 10 meses mejoran; puede llegar a volverse crónica.

Depresiones Exógenas

Son aquellas desencadenadas por acontecimientos externos (acontecimientos procedentes del ambiente). Se ha observado que este tipo de depresiones, sobrevienen, casi siempre, por una "predisposición de la personalidad de base", como si la tolerancia a la frustración estuviera disminuida (34). Dentro de este grupo se encuentran

- **La Depresión Neurótica o Neurosis Depresiva.** Se caracteriza por la reacción exagerada y prolongada ante las experiencias conflictivas, que generalmente se encuentran asociadas a la incapacidad de mantener relaciones interpersonales estables (46). Los antecedentes familiares en muchas ocasiones están presentes. La intensidad puede ser leve o moderada; su duración sin tratamiento puede persistir de 3 a 12 meses, mejora con el tiempo, pero puede volverse crónica.
- **La Depresión Reactiva o Reacción Depresiva.** Algunos autores la consideran como sinónimo de la depresión neurótica (43). Resulta de acontecimientos desagradables que se encuentran fuera del margen de las experiencias cotidianas, tales como: la muerte de algún ser querido, la pérdida de bienes (la ruina) o la exposición a desastres (naturales o provocados). Su duración es menor a los 6 meses.

- **La Depresión de Agotamiento.** Se distingue de la depresión -- reactiva, por sobrevenir después de una sobrecarga emocional prolongada o repetida. El acontecimiento estressante es más bien, un conflicto familiar, profesional o moral de carácter permanente, que se encuentra ligado al ambiente en el que se desenvuelve el individuo. Una forma particular de estas depresiones tiene lugar en los hombres sobrecargados de responsabilidades que sobrepasan sus posibilidades: jefes de empresas, políticos, etc. Lemperière T. (1967) menciona que las depresiones de agotamiento tienen tres fases: fase de trastornos de labilidad irascible (susceptibilidad exagerada), fase de trastornos somáticos y fase de depresión severa.

Hasta el momento se han descrito la clase de depresiones pertenientes a cualquiera de los dos grandes grupos (Endógeno o Exógeno) en los que se clasifican los estados depresivos. Sin embargo, existen dos formas de depresión que no caen de manera exacta o clara bajo ninguno de los rubros establecidos, estas son: la depresión luctiva y la depresión causada por diversos factores.

La Depresión Involutiva. Se caracteriza por una depresión muy silenciosa, que se presenta después de los 40 años. También es conocida con el nombre de "depresión del climaterio" (11), la cual, es considerada como un proceso fisiológico normal. Sin embargo, el prolapso endocrino no es el único factor de la enfermedad, generalmente, se encuentra asociada a ideas de inutilidad, "de que será una carga para los familiares". El individuo no se resigna a llevar una vida pasiva; activa (no es raro encontrar esta clase de depresión en personas que han sido jubiladas). Además, existe una gran decepción de haber llegado a la "meta de sus sueños". Puede estar agravada por la conciencia de errores anteriores que puede ahora medir. Henry (1878), menciona que estos estados depresivos pueden servir como estímulo para la exageración de ciertas situaciones o para rehuir responsabilidades dentro de su grupo social o familiar. La de--

ión involutiva puede llegar a parecerse a la depresión neurótica solo que en diferentes etapas de la vida.

La Depresión por Diferentes Factores. Aunque su sintomatología se parece a la neurósis depresiva, esta clase de depresiones pueden ser provocadas por: alcoholismo, drogas, virus, padecimientos cardíacos o cardiovasculares. Puede sobrevenir después de una intervención quirúrgica, después del parto o en el primer trimestre de embarazo.

ORIGEN DE LOS ESTADOS DEPRESIVOS

Independientemente de la clase de depresión que se diagnostica es sabido que ésta no aparecerá de manera repentina, sino que tiene que dar un cierto período de "incubación" o ciertas medidas defensivas previas que evitarán caer al organismo en dicho estado.

La depresión surge generalmente tras una experiencia vivida como una frustración (pérdida de algún ser querido, decepción, duelo, humillación, insulto, pérdida del amor o abandono), que coloca al individuo en presencia de una situación que "evoca una superioridad" -- fuera de su alcance (una respuesta), desencadenando una sensación de incompetencia e inseguridad que, hasta entonces, había sido enmascarada con una fortaleza aparente (21).

Freud (23) decía que el hombre "enfermaba de frustración", -- es decir, que, el obstáculo externo siempre se encontraba asociado a una frustración interna que el individuo había "reprimido" durante un tiempo, que en su mayoría es la naturaleza de las relaciones humanas que se tienen con las personas cercanas.

La frustración no es otra cosa que un obstáculo que bloquea o interfiere con la realización de metas o deseos y que llega a modificar el pensamiento y la conducta del individuo (6). Esto puede tener diferentes consecuencias que dependerán de tres factores:

- la naturaleza del obstáculo frustrante;
- la fuerza de la motivación de la conducta frustrada; y
- las características personales (capacidad para aceptar los fracasos).

Una excepción de esto, son aquellas personas que tienden a deprimirse cuando han alcanzado la meta que por largo tiempo ha ocupado su vida. Al obtenerla sienten miedo, por creer que no pueden con la responsabilidad que han adquirido, o por no tener definido el paso siguiente a desarrollar, entonces esto crea una sensación de "déficit" y de que no tiene nada que motive a seguir. A estas personas Freud (23) las denominó "los que fracasan cuando triunfan".

Buceta y Col. (8) aseguran que para que aparezca un estado de de ivo deben existir dos condiciones:

una independencia entre la respuesta y la consecuencia de un he cho determinado, y

la intensidad del deseo a lograr, que no puede obtenerse, evitarse, o se encuentra fuera de las posibilidades del individuo.

Por su parte Oslow (49) menciona que la indefensión, la enfermedad y la impotencia producen depresión.

Algunos de los rasgos de personalidad que predisponen al individuo a caer en estados depresivos son:

- precario equilibrio afectivo;
- hipersensibilidad;
- pasividad;
- incapacidad para manifestar sus sentimientos;
- tendencia a la rigidez, a la preocupación excesiva, responsa
bilidad exagerada y a neurotizarse con facilidad;
- tendencia a realizar atribuciones globales, internas y esta-
bles;
- inhibición generalizada.

C A P I T U L O V I

ENFOQUE COGNITIVO DE LA ANGUSTIA

La angustia es una reacción que se encuentra asociada a situaciones displacenteras o amenazantes para el individuo. Al igual que la depresión, su origen y desarrollo son conceptualizados desde diferentes puntos de vista.

DESORDENES DE PENSAMIENTO

Bajo esta concepción es indiscutible que la angustia está relacionada con el pensamiento (6). Una forma es en lo que se llamó "orientación al futuro", frecuentemente el pensamiento de un sujeto en riesgo implica la anticipación de un suceso displacentero: "tal vez me va a hacer daño". El común denominador de estos pensamientos es la percepción de que el suceso temido puede ocurrir en el futuro. Sin embargo, se ha comprobado que existen concepciones de que la angustia está relacionada con el futuro, por ejemplo, pacientes con "síndrome de combate" experimentan angustia, mucho tiempo después haber pasado esta experiencia, o personas que han sufrido un accidente o suceso traumático, tienden a experimentar frecuentes recurrencias de esas situaciones, como si el peligro estuviera presente. Sin embargo que la orientación a futuro del miedo, gira alrededor del temor de sufrimiento. El sufrimiento puede ser la consecuencia de un estímulo físico anticipado o un estado emocional doloroso que resulta de una injuria psicosocial.

De este modo se postula que la causa de la angustia no es obvia para los observadores externos, porque se encuentra dentro del sujeto ansioso. Cuando éste es cuestionado acerca de sus pensamientos, es probable que ha sobreinterpretado el estímulo peligroso, distorsionando la estimulación y hecho inferencias arbitrarias y sobregeneralizaciones.

Los desordenes o distorsiones de pensamiento más comunes en la angustia son:

- pensamientos repetitivos de peligro;
- reducción de habilidades de razonamiento, disminuye su capacidad de hacer evaluaciones objetivas del "peligro";
- el rango de estímulos que provocan angustia es muy grande, - se generaliza;
- pérdida del control de la acción y distractibilidad; y
- tendencia a "terribilizar".

La gente no ansiosa se adapta o habitúa a un estímulo moderadamente peligroso, con repetidas exposiciones a él, los pacientes ansiosos no se adaptan, e incluso aumentan su grado de ansiedad en ca exposición al estímulo. El individuo no ansioso es capaz de de definir imparcialmente y de manera rápida que el estímulo nocivo es una señal de amenaza, y reducir su ansiedad; en contraste, el paciente ansioso no discrimina y le parece que el estímulo es una señal de peligro.

En la ansiedad también opera el "círculo vicioso", en el cual el estado ansioso conduce a una mala ejecución que refuerza la ansiedad. Otro factor es la forma en que el paciente observa su estado angustia: la angustia es vista como una señal de peligro.

TESIS DE SEÑAL DE SEGURIDAD

Seligman propone que cuando los acontecimientos traumáticos son impredecibles, la ausencia de acontecimientos traumáticos, también es impredecible, a través de la ausencia del predictor del trauma. En embargo, cuando los acontecimientos son impredecibles, ningún factor indica confiablemente que el trauma no ocurrirá y que se puede estar tranquilo.

Es por ésto que Seligman afirma que a raíz de la experimenta-- de acontecimientos traumáticos, personas y animales se vuelven nentemente temeroso, excepto en presencia de un estímulo que - ga confiablemente seguridad. En ausencia de una señal de segu- , los organismos permanecen ansiosos.

Cuando no se hace posible el control, se produce úlceras de es o, cuando el trauma es impredecible y no cuando es predecible. ntolabilidad y la predecibilidad son difíciles de superar, -- cierto grado de ambos ayuda a aliviar la angustia.

C A P I T U L O V I I

MIEDO Y ANSIEDAD

El miedo y la ansiedad (o angustia), se caracterizan por ser estas que se encuentran asociadas a situaciones displacenteras y amenazantes. Generalmente estas reacciones son confundidas por tener las mismas manifestaciones emocionales, cognitivas, conductuales y fisiológicas.

Durante mucho tiempo la única diferencia existente entre el miedo y la angustia era que, la angustia se consideraba como una reacción ante un peligro subjetivo y el miedo la reacción ante un peligro objetivo (concepción psicoanalítica).

Para los conductistas el miedo es la reacción ante un peligro, en el momento que este amenaza al individuo, y la angustia es el miedo condicionado, es decir, la reacción que surge por la presencia de ciertos elementos asociados anteriormente con una situación amenazante.

Seligman llama miedo al estado agudo que surge cuando una persona anticipa un acontecimiento y ansiedad al miedo crónico que se produce cuando un acontecimiento amenazante está cerca pero es impredecible.

Tomando en cuenta estas descripciones, se realizó el siguiente cuadro:

<u>M I E D O</u>	<u>A N G U S T I A</u>
- Objetivo.	- Subjetiva.
- Reacción provocada por una situación amenazante.	- Miedo condicionado.
- Amenaza predecible.	- Amenaza impredecible (miedo crónico).

Estas diferencias se parecen a la descripción de la Ansiedad - Miedo de Spilberger (18), en la cual se distingue entre dos

dos de ansiedad; uno que surge como una reacción ante un suceso específico y que concuerda con la descripción de miedo; y otro que se refiere a una habitual forma de responder ante los sucesos y que concuerda con la cronicidad, condicionamiento y subjetividad atribuidas a la ansiedad por los diferentes autores.

Debido a la divergencia de opiniones existente para describir el miedo y la ansiedad, esta última será considerada en el presente estudio, simplemente como una clase de miedo con las siguientes alteraciones:

Cognitivas. Pensamientos que reflejan ideas negativas respecto a la vida, pensamientos de muerte, temores asociados con diferentes acontecimientos, cogniciones distorsionadas, creencias de soledad, abandono o peligro.

Emocionales. Prevalencia de un tono de temor, incertidumbre, inquietud, y no rara vez se encuentra asociado a la tristeza.

Fisiológicas. Que pueden ser alteraciones:

- **respiratorias:** sensación de asfixia, respiración agitada, -- suspirosa, opresión torácica; se pueden encontrar accesos de tos, hipo o bostezos;
- **cardiovasculares:** taquicardia, palpitaciones, dolor torácico (descrito como piquetes, quemaduras, hinchazones o punzadas);
- **digestivos:** contricción faríngea, espasmos gástricos o intestinales, vómitos, diarreas o estreñimiento, sequedad de boca, hambre o sed excesivas, dolores abdominales antes o después de los alimentos, inflamación o movimientos peristálticos;

- **sensoriales o cutáneos:** visión borrosa, oleadas de frío o calor, sudoración excesiva, cefaleas, temblor de párpados, pupilas dilatadas, exoftalmos, movimientos bruscos de tendones, excitación, palidez y vértigos;
- **genitourinarios:** micciones frecuentes, urgencia urinaria, -- amenorrea, metrorragia, desarrollo de frigidez o impotencia;
- **musculares:** dolores musculares, rigidez, rechinado de dientes, tensión, incapacidad para relajarse, respuesta sobresalida, desasosiego e inquietud;
- **del sueño:** insomnio, sueño insatisfecho, fatiga al levantarse, terrores nocturnos y pesadillas.

Conductuales. Movimientos estereotipados de manos, piernas o -- a, jugueteo con objetos cercanos, evitación de lugares provoca de angustia, incapacidad de trabajar o disminución de ella.

FICACION DE LOS ESTADOS ANSIOSOS

Crísis de Angustia. Generalmente es de carácter "súbito", du-- estos períodos, la persona hasta entonces estable teme morir, uecer o cualquier otra cosa. Cuando existen antecedentes de -- s prolongadas, a menudo se informará de estados depresivos --- lacionados con momentos de gran ansiedad.

Trastornos Fóbicos. Están caracterizados por un rasgo de miedo stente e irracional a algo específico (objeto, situación o ac-- ad), dando lugar a su total evitación, impidiendo la funciona-- (43). Las fobias son una manifestación de neurósis, denomina-- eurósis fobica", en donde una intensa angustia se apodera de -- rsona siempre hacia la misma circunstancia y aunque reconoce --

su temor es exagerado y que no entraña ningún peligro real para no puede evitarlo.

La situación hacia la cual el individuo es fóbico, simboliza o presenta incidentes que han producido vergüenza, afectos que tiende "impedir", habitualmente por la angustia de romper una relación importante(23).

Los temores que deben ser considerados como fobias presentan las siguientes características:

- temor mayor al que amerita la situación;
- el temor no puede ser explicado en forma razonable o lógica;
- no puede controlarse en forma voluntaria;
- el temor conduce al individuo a evitar la situación que teme.

Las fobias más comunes son:

- **La Agorafobia:** es el temor a lugares abiertos, espacios libres, lugares públicos, etc. En este tipo de fobias generalmente la distancia física de algún lugar o la inaccesibilidad relativa de alguna persona "segura" es la que provoca la angustia más que el estímulo en sí. Según la O.M.S. se presenta en personas que tienen un miedo generalizado a la soledad.
- **La Fobia Social:** es el temor a ser criticado en ciertas situaciones, por ejemplo, reuniones sociales (de las cuales se apartan), evitan hablar en público, comer en público, saludar a sus superiores, etc.

La Claustrofobia: es el temor a lugares cerrados, a edificios altos, etc.

Las clasificaciones internacionales (43), incluyen dentro de estados ansiosos a los trastornos hipocondriacos y a los trastornos obsesivo-compulsivos.

Trastornos Hipocondriacos. Están centrados en síntomas físicos en la causa de preocupación; por el temor o la creencia de tener una enfermedad que pueda llegar a ocasionar la muerte.

Trastornos Obsesivo-Compulsivo. Las obsesiones son ideas, pensamientos, imágenes o impulsos persistentes y recurrentes que son involuntarios (no producidos voluntariamente), que invaden la conciencia y percibidos como sin sentido y "repugnantes", por la angustia que se les asocia. El individuo realiza intentos de ignorarlos o evitarlos. Las compulsiones son conductas repetitivas, aparentemente ritualista y estereotipadas; la conducta no es un fin en sí misma, sino que intenta producir o impedir algún acontecimiento o situación futura que le procure la liberación de la tensión.

Algunos rasgos de personalidad de las personas ansiosas son:

- dependencia;
- falta de confianza en sí mismo;
- inseguridad;
- preocupación exagerada;
- "yo débil";
- inestabilidad emocional.

RELACION ENTRE ANSIEDAD Y DEPRESION

Se ha considerado que existe relación entre la ansiedad y la depresión porque:

Los pacientes que sufren depresión también presentan síntomas de ansiedad. Miller y Col. (55), encontraron que muchos estudiantes deprimidos eran también ansiosos; aunque fue más difícil hallar estudiantes ansiosos que presentaran también depresión. Es probable que la depresión se encuentre acompañada de ansiedad. Varios autores (*) consideran la ansiedad como un signo característico de los sujetos clasificados con depresión neurótica.

Largos períodos de ansiedad desembocan en un estado depresivo. Cuando una persona que ha estado ansiosa y ninguna acción le fue útil para reducir ese estado de ansiedad, consecuentemente cae en un estado de pasividad y depresión.

Algunos autores (24) han hallado gran similitud entre las características que las describen y entre las explicaciones acerca de su origen y desarrollo.

Sin embargo, falta más investigación al respecto, puesto que el hecho de que ambos padecimientos se puedan encontrar simultáneamente, no indica que se trate de uno solo.

C A P I T U L O V I I I

MEDICION DE LA DEPRESION

La depresión es valorada en la práctica clínica por dos métodos: entrevista y los instrumentos psicométricos, con los que se establece un diagnóstico más claro acerca del padecimiento. Dichos métodos están basados en clasificaciones internacionales de salud men--

Entrevista

Se basa en la observación directa con el paciente, tomando en cuenta las verbalizaciones que realiza respecto a lo que dice sentir, pensar y hacer acerca de su problemática; así como la referencia que hace de aquellos síntomas que le aquejan.

Instrumentos Psicométricos

Estos procuran mediante recursos más o menos sencillos y simples en su aplicación, la indagación teórica relativa a la naturaleza de la función medida, procurando una apreciación cuantitativa y comparable del fenómeno psicológico y con ello su manipulación estadística.

Las escalas existentes pueden agruparse en aquellas que valoran la depresión en términos generales y aquellas que la valoran como un síndrome psiquiátrico. También se pueden agrupar en las que son autoadministradas y las que son aplicadas por un entrevistador capacitado. Entre las más utilizadas se encuentran:

- la escala para medir la depresión de Wessman;
- la escala para la depresión de Hamilton;
- la escala de sentimientos y actitudes para medir el estado emocional actual del individuo de Hidreth.

- la escala 2 del MMPI;
- la escala de Hutchinson y Smedberg;
- la escala de Beck;
- la lista de características depresivas de Fleminger y Groden;
- la escala para la automedición de la depresión de Zung.

Esta última escala es objeto de nuestra atención, por ser la -
on mayor frecuencia se utiliza para valorar a los pacientes de
dos. Su popularidad radica en su forma breve y sencilla de ---
ar.

IPCION DE LA ESCALA PARA LA AUTOMEDICION DE LA DEPRESION (EAMD)

La Escala para la Automedición de la Depresión, fue creada por
am W. Zung en 1965. Esta escala tiene como objetivo medir cuan
ivamente la intensidad de la depresión independientemente del
óstico clínico. Está integrada por 20 items; 10 redactados po
amente (2, 3, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18 y 20) y 10 en forma ne
a (1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15 y 19). Cada uno de ellos hace
encia a una característica común del padecimiento, que pregun
paciente como se aplica a él en el momento de contestar la --
a. Las respuestas se realizan en cuatro momentos cuantitativos;
veces, algunas veces, gran parte del tiempo y la mayor parte
tiempo. A lo largo del instrumento pueden distinguirse tres cri
s clínicos:

- 1.- Afecto Persistente.
- 2.- Concomitantes Fisiológicos.
- 3.- Concomitantes Psicológicos.

Estos criterios, al igual que los items correspondientes a ca
o, se agrupan en el siguiente cuadro:

CRITERIOS CLINICOS	REACTIVOS Y SU UBICACION DENTRO DEL EAMD
fecto Persistente.	
deprimido, triste y melancólico.	Me siento abatido y melancólico. (1)
ataques de llanto.	Tengo accesos de llanto o deseos (3) de llorar.
equivalentes Fisiológicos.	
variación diurna: exageración de síntomas en la mañana y algún - alivio conforme avanza el día.	En la mañana me siento mejor. (2)
cansancio: despertar temprano o fre-- cuente.	Me cuesta trabajo dormirme en la (4) noche.
pérdida de apetito: disminución en la inges-- tión de alimentos.	Como igual que antes solía hacer (5) lo.
pérdida de peso: asociada con in-- gestión disminuida de alimentos, o metabolismo aumentando o repo-- so disminuido.	Noto que estoy perdiendo peso. (7)
sexualidad: libido disminuida.	Todavía disfruto de las relacio-- (6) nes con muchachos del otro sexo.
trastornos gastrointestinales: constipación.	Tengo molestias de constipación. (8)
trastornos cardiovasculares: taquicardia.	El corazón me late más aprisa que (9) de costumbre.
trastornos musculoesqueléticos: fatiga.	Me canso sin hacer nada. (10)
equivalentes Psicológicos.	
agitación psicomotora.	Me siento intranquilo y no puedo (13) mantenerme quieto.
retardo psicomotor.	Me resulta fácil hacer las cosas (12) que acostumbre.
confusión.	Tengo la mente tan clara como -- (11) antes.
vacuidad.	Mi vida tiene bastante interés. (18)
falta de esperanza.	Tengo esperanza en el futuro. (14)
indecisión.	Me resulta fácil tomar decisio-- (16) nes.
irritabilidad.	Estoy más irritable de lo usual. (15)
insatisfacción.	Todavía disfruto con las mismas (20) cosas.
baja autoevaluación personal.	Siento que soy útil y necesario. (17)
tendencia a la autolesión suicida.	Creo que les haría un favor a -- (19) los demás muriéndome.

Para la calificación de la escala se asigna un valor de 1 a 4 a la respuesta, dependiendo de la forma en que se encuentra redactado el ítem. Si la afirmación está en forma negativa se califica de 1 a 4; si está en forma positiva se califica de 4 a 1. De tal manera que un paciente poco deprimido obtendrá una baja calificación (1 a 2), en tanto que el más deprimido obtendrá una calificación elevada (3 a 4). Esto se observa cuando el puntaje "crudo" obtenido en la escala se transforma al índice escalar y posteriormente al diagnóstico:

TABLA PARA CONVERTIR LA CALIFICACION BASICA (PUNTAJE CRUDO)
AL INDICE DE LA EAMD

CALIFICACION BASICA	INDICE EAMD	CALIFICACION BASICA	INDICE EAMD	CALIFICACION BASICA	INDICE EAMD
20	25	40	50	60	75
21	26	41	51	61	76
22	28	42	53	62	78
23	29	43	54	63	79
24	30	44	55	64	80
25	31	45	56	65	81
26	33	46	58	66	83
27	34	47	59	67	84
28	35	48	60	68	85
29	36	49	61	69	86
30	38	50	63	70	88
31	39	51	64	71	89
32	40	52	65	72	90
33	41	53	66	73	91
34	43	54	68	74	93
35	44	55	69	75	94
36	45	56	70	76	95
37	46	57	71	77	96
38	48	58	73	78	98
39	49	59	74	79	99
				80	100

CUADRO DIAGNOSTICO DE LA EAMD

<u>DIAGNOSTICO DE LOS GRUPOS DE VALORACION</u>	<u>INDICE EAMD PROMEDIO</u>	<u>PERCENTILES</u>
Controles Normales.	33	74
Deprimidos (hospitalizados).	74	60
Deprimidos (ambulatorios).	64	50
Trastornos de Ansiedad.	53	40
Trastornos del Orden de la Personalidad.	53	42
Trastornos de Ajuste de Situación Transitoria.	53	38

INVESTIGACIONES REALIZADAS EN MEXICO CON LA EAMD

La escala para la automedición de la depresión se publicó por primera vez en 1965, en una serie de informes sobre pacientes deprimidos y con otros desordenes emocionales. Los estudios realizados por Jung (64 y 65), indican que las mediciones obtenidas pueden relacionarse de manera segura con otras escalas de medición de depresión que están en uso actualmente. Sin embargo, estudios recientes en México han arrojado datos contradictorios respecto a su validez y confiabilidad.

Moizeszomic y Chappa (1975 y 1976), en un estudio cuyo objetivo era valorar un nuevo psicofármaco para pacientes deprimidos, aseveraron que la EAMD es un instrumento válido y confiable para evaluar pacientes con trastorno depresivo. Caraveo y Col. (9) confirman lo anterior, dado por hecho que el instrumento es seguro para la realización de estudios relacionados con la depresión. Ellos realizaron su trabajo con ancianos y utilizaron la EAMD basándose en la difusión y "creencia de su total validez y confiabilidad".

Por otro lado, Maldonado (42) en una investigación para saber la eficiencia de los métodos conductual y cognitivo como técnicas terapéuticas, utilizó para valorar las muestras, tres pruebas que miden la depresión, entre ellas la EAMD, siendo la única que arrojó -

contradictorios o diferentes a las otras dos pruebas que se realizaron. Por lo que concluyó que era una medida poco confiable y aplicable en su aplicación. Terroba y Col. (60) concuerdan con opinión de los investigadores anteriores; ya que, en su estudio determinar aquellos factores sociales y clínicos asociados con suicidio y parasuicidio, la EAMD tampoco arrojó datos confiables en muestras y en comparación con las demás pruebas utilizadas.

Mezquita Orozco (44) en su investigación con pacientes hipotéticos, llegó a la conclusión de que deben revalorarse la aplicación de la EAMD para la población mexicana, así como las normas establecidas.

Con referencia a esta opinión, Lara Tapia y Col. (36) pretenden realizar la adaptación y estandarización del instrumento para el país, para lo cual utilizaron cinco grupos de pacientes: (control normal y enfermo en general), no psiquiátricos (psicológico) y psiquiátrico (psiquiátrico general y psiquiátrico depresivo). El análisis se llevó a cabo con las pruebas "t" y " χ^2 ", dando los siguientes datos: diferencias entre los grupos, control normal contra psiquiátrico general; control normal contra psiquiátrico depresivo y enfermo general contra psiquiátrico depresivo. El análisis indicó que los grupos psiquiátrico general, psicofisiológico psiquiátrico depresivo, deben considerarse como depresivos.

A pesar de este exhaustivo trabajo, las normas y evaluación de la escala EAMD, continuaron siendo las mismas, por lo que ésta se sigue aplicando en México en su forma original. Lo que hace suponer, dadas las contradicciones encontradas en los anteriores estudios, que se está usando un instrumento poco confiable para nuestra población. Probablemente, la dificultad radica en que los procedimientos estadísticos utilizados para probar la validez y confiabilidad de la escala no han sido los más acertados. Se hace necesario un análisis de ítems. En general, todos los

Estudios que incluyen a la depresión como característica fundamental del estudio (exceptuando al de Lara Tapia y Col.), han utilizado el EAMD para valorar sus muestras, juzgando la escala de manera positiva o negativa, pero sin ir más allá de la opinión basada en su tesis original o en sus resultados.

Con todos estos datos es válido preguntarse: ¿los desordenes depresivos son adecuadamente medidos por el EAMD, en población mexicana? ¿si la escala es válida y confiable, entonces por qué tantos resultados contradictorios?

C A P I T U L O I X

ESCALA PARA LA AUTOMEDICION DE LA DEPRESION (EAMD)
ENTREVISTAS CLINICAS

METODOLOGIA

PROBLEMAS

¿Qué relación existe entre pensamientos, sentimientos, conductas, síntomas físicos y patología anterior con los desordenes depresivos en una población de alto riesgo después de un suceso catastrófico?

¿Qué relación psicométrica existe entre la procedencia de una población de alto riesgo o de una población "normal" con la calificación de la EAMD?

TESIS

Ho. La exposición a un acontecimiento incontrolable (sismo) -- induce depresión.

Ho. Existe una gran relación entre el sismo y el motivo que -- lleva al grupo de alto riesgo a solicitar apoyo psicológico.

Ho. Existe una gran relación entre pensamientos, sentimientos, emociones, y los desordenes depresivos.

Ho. La EAMD es un instrumento adecuado para detectar depresión en una población mexicana.

Ho. El grupo de alto riesgo obtendrá puntajes más elevados en la EAMD que el grupo de "normal" o testigo.

Ho. La calificación obtenida en la EAMD es independiente del nivel de riesgo y el grupo al que se pertenezca.

BLES

Las variables de clasificación fueron: sexo y procedencia (pertenencia a la que pertenecen los grupos en estudio); estudiantes o no de alto riesgo. Se define estadísticamente "Alto Riesgo" como todas las personas que presentan respuestas más intensas, duraderas y consistentes que la media de la población más o menos una desviación.

Las variables dependientes fueron: el puntaje "crudo" de las verbalizaciones del grupo de alto riesgo, referentes a lo que piensa, siente y hace, su sintomatología física, su situación emocional, patología anterior y su conducta en sesión.

OS

Integraron la población de alto riesgo todas aquellas personas que se inscribieron por iniciativa propia o por sugerencia de otro (familiar, médico, etc.), a solicitar ayuda psicológica por "sentirse afectado" a raíz de los sismos de septiembre de 1985.

El grupo testigo estuvo integrado por una muestra incidental de 100 estudiantes "sanos", a los cuales se les pidió su cooperación para contestar la EAMD un mes después de ocurridos los sismos.

ARIO

La recopilación de datos del grupo de alto riesgo, se llevó a cabo en el "Centro de Servicios Psicológicos" de la Facultad de Psicología, UNAM. En el grupo de estudiantes la aplicación de la escala se llevó a cabo en el edificio "A" de la Facultad de Psicología.

UMENTOS

Escala para la Automedición de la Depresión (EAMD).- Esta escala mide cuantitativamente la intensidad de la depresión. Comprende una lista de 20 reactivos, cada uno de los cuales hace referencia a una característica de la depresión.

Formas de Registro.- Se diseñaron dos formas de registro, con el fin de facilitar la organización de la información que se obtuvo de los observadores en la situación de entrevista clínica.

El formato "Primera Sesión" consistió de dos hojas. En la primera se especificó la fecha, la hora inicial y la hora de terminación de la sesión terapéutica, nombre del paciente, sexo, estado de presencia de otras personas en la sesión, nombre del terapeuta, nombre del coterapeuta (cuando lo hubo), nombre del observador, modo de consulta, expectativas acerca de la terapia y patología anterior. La segunda se diseñó para anotar lo que reportaba el paciente acerca de su estado actual, bajo los rubros qué pasa, sintomatología física, qué siente, qué piensa, qué hace y conducta en sesión.

El formato "Sesiones Subsecuentes" se designó para la recopilación de la información que proporcionó el paciente, a partir de la siguiente sesión. Al igual que el formato anterior, constó de dos hojas. En la primera se incluyeron las categorías qué pasó, sintomatología física, qué sintió, qué pensó y qué hizo durante el período transcurrido entre la sesión anterior y la presente; a ésta se le denominó: "Acontecimientos Intersesión". La segunda hoja sirvió para registrar lo ocurrido en el momento de la consulta bajo los rubros qué pasa, sintomatología física, qué siente, qué piensa, qué hace y conducta en sesión. Véase Apéndice

SEGUIMIENTO

Forma de Aplicación de la EAMD.- Para la aplicación de la escala en el grupo de estudiantes "sanos", se acudió a las aulas de la Facultad de Psicología y, se les pidió su colaboración para la resolución de la misma. A los estudiantes que aceptaron se les aplicó la escala en forma grupal. En la población de alto riesgo, la aplicación de la escala se llevó a cabo en forma individual. A este grupo se le indicó que la escala formaba parte de los requisitos del Centro para recibirles atención psicológica.

Proceso Terapéutico.- A todas las personas que acudieron por primera vez (en un período de cuatro meses) a solicitar ayuda psicológica al "Centro de Servicios Psicológicos" se le abrió un expediente asignándole a éste un número para su mejor identificación y manejo.

Los pasos para el seguimiento terapéutico fueron:

Primera vez que el paciente terminaba de resolver la EAMD, se indagaba qué terapeuta le había sido asignado, con el fin de solicitarle su consentimiento para la observación.

Si el terapeuta accedía a la petición, el observador entraba a la sesión con los formatos de "Primera Sesión".

Durante la sesión el observador, registraba las verbalizaciones que hacían el paciente y, organizaba esa información de acuerdo a las categorías que contenía el formato.

Se llevaba un control general de aquellos pacientes que estaban atendidos nuevamente: se anotaba su nombre, el día y la hora de la sesión terapéutica, el nombre del terapeuta y el nombre del observador.

partir de la segunda sesión, las verbalizaciones de los pacien
es fueron registradas en el formato de "Sesiones Subsecuentes".

RESULTADOS DE LA ESCALA PARA LA AUTOMEDICION DE LA DEPRESION (EAMD)

Se calificaron las escalas de acuerdo a la forma original dictada por el Dr. William Zung y reproducida para su aplicación en México por los laboratorios farmacéuticos. Se dio un puntaje de 1, 2, 3, 4 a cada respuesta. El 4 correspondió siempre al mayor índice "patología" y el 1 al menor.

PUNTAJE TOTAL

El primer análisis se realizó sobre el puntaje total, la suma de los puntajes a todos los ítems de acuerdo a la calificación propuesta por el autor, sin transformarla al índice de "automedición de la depresión" (EAMD).

Con estos puntajes se procedió a estimar la forma de distribución en las poblaciones de donde se obtuvieron las muestras. Los datos se presentan en la TABLA 1.

T A B L A 1

MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL, VARIABILIDAD Y SIMETRIA DE LAS MUESTRAS:
CLINICA N=60 Y ESTUDIANTES N=59

<u>población</u>	<u>rango</u>	<u>\bar{x}</u>	<u>dm</u>	<u>s</u>	<u>sk (coleo)</u>	<u>kurtosis</u>
clínica	22 a 70=48	48.65	51.0	11.39	-.62	2.24
estudiantes	21 a 49=28	32.97	32.97	5.99	.17	2.73

Las estimaciones de la TABLA 1 muestran que las distribuciones aproximan a la normalidad y que el rango, \bar{x} y desviación estándar son diferentes en los dos grupos. La prueba F para comparar varianzas produjo un resultado $F_{59 \text{ y } 58} = 3.62 \text{ } p < .01$.

as muestras iniciales cuya población se distribuye normalmen-
 dividieron por sexo y formaron cuatro grupos: mujeres de la -
 a (n=45), hombres de la clínica (n=15), mujeres estudiantes -
 y hombres estudiantes (n=12). Se compararon sus medias de --
 e total mediante un AVAR simple que produjo una $F_{3,115} = 38.28$
 1. Para comparar las diferencias entre las medias se empleó -
 lisis de Scheffé. La TABLA 2 muestra los resultados de las --
 omparaciones entre grupos y dos más cuando se consideran to--
 s sujetos del mismo sexo; hombres contra mujeres (sin conside
 procedencia) y a los sujetos de la misma población (sin con-
 r su sexo).

T A B L A 2
 RESULTADOS DE LA COMPARACION DE MEDIAS
 ANALISIS DE SCHEFFE

Muestras	Medias	$\hat{\Psi}/\hat{\sigma}_y$	P
bres iantes vs. Mujeres Estudiantes	30.17 - 33.62	1.20	N.S.
bres iantes vs. Hombres de la Clínica	30.17 - 47.47	3.36	.50
bres iantes vs. Mujeres de la Clínica	30.17 - 51.04	7.48	.01
eres iantes vs. Mujeres de la Clínica	33.62 - 51.04	9.73	.01
eres iantes vs. Hombres de la Clínica	33.62 - 41.47	2.96	.05
res de ínica vs. Mujeres de la Clínica	41.47 - 51.04	6.67	.01
nica vs. Estudiantes	48.65 - 32.92	9.97	.01
bres vs. Mujeres	36.44 - 42.14	3.03	.05

No significativo.

ste análisis mostró la existencia de tres grupos: un grupo "1", compuesto por los estudiantes, sin diferencia de sexo; un "anormal" de varones de la clínica, y otro grupo "anormal" de s de la clínica con promedio de "patología" significativamente mayor que la de los varones de la clínica. Como se observa en la 2, el orden de patología, de mayor a menor es: mujeres de la a, hombres de la clínica, mujeres estudiantes, hombres estudiantes, aunque la diferencia entre los dos últimos grupos no es significativa.

ANÁLISIS DE ITEMS

Para el análisis de items se contaron las respuestas a cada una de las categorías en los 20 items. Las TABLAS 3 y 4 muestran los resultados del grupo "clínica"(C) y del grupo "estudiantes"(E) respectivamente; en la primera hilera están las cuatro categorías de respuesta en donde el 1 equivale a lo menos depresivo y el 4 a lo más depresivo o enfermo. El cero indica que el sujeto omitió responder.

El examen de la TABLA 3 muestra que para los sujetos de la clínica las frecuencias más altas se cargan francamente al polo enfermo (categoría 3 y 4) en 12 de los 20 items. Si se incluye la categoría 2 este número aumenta a 16 de los 20 items.

En la TABLA 4 los resultados del grupo "normal" o testigo indican que en 15 de los 20 items, la mayor frecuencia ocurre en la categoría 1, y si se considera las dos primeras categorías este número eleva a 19. Sólo en el item 16 la mayor frecuencia apareció en la categoría 2 de enfermedad.

Estos resultados y la consideración de que los intervalos graduales del formato de respuesta no son idénticos a los intervalos psicológicos de "patología", sugieren la necesidad de recodificar

a calificación y pasarla de una escala de orden con (intervalos desiguales) a una escala nominal de categorías dicótomas (1-2 "salud"; 3-4 "enfermedad"), que además facilita el tratamiento estadístico de los datos.

Para hacer una reducción como esta, es necesario que el recodificado no se pierda o distorsione la información. En el caso del grupo de estudio, el simple análisis visual de la TABLA 4, pone de manifiesto que esta recodificación no altera los resultados. En el grupo de la clínica se verificó que la dirección de las respuestas hacia el polo de la enfermedad (categorías 3 y 4) fuera la misma cuando consideraban 4 resultados que cuando se recodifica en 2, además, la significancia (o su falta) de la χ^2 , no se perdiera.

T A B L A 3
FRECUENCIA DE RESPUESTA A LAS DIFERENTES CATEGORIAS
MUESTRA CLINICA N=60

Número de PMS	Omisiones	S a l u d		E n f e r m e d a d	
	0	1	2	3	4
1	0	5	20	26	9
2	0	6	11	27	16
3	1	12	17	16	14
4	0	17	15	13	15
5	2	8	12	18	20
6	13	6	11	13	17
7	7	25	13	4	11
8	5	20	18	9	8
9	2	13	23	8	14
0	3	18	16	15	8
1	4	3	16	16	21
2	3	3	14	20	20
3	1	8	7	28	16
4	0	19	13	13	15
5	3	7	17	21	12
6	3	3	13	20	21
7	4	12	14	14	16
8	3	13	13	16	15
9	13	28	11	7	1
0	3	8	12	19	18

T A B L A 4
FRECUENCIA DE RESPUESTAS A LAS DIFERENTES CATEGORIAS
MUESTRA DE ESTUDIANTES N=59

o de ns	Omisiones	S a l u d		E n f e r m e d a d	
	0	1	2	3	4
	0	22	35	0	2
	0	16	25	14	4
	0	43	15	0	1
	1	46	8	2	2
	6	21	16	5	11
	2	26	21	6	4
	2	38	16	1	2
	1	36	14	5	3
	1	46	10	1	1
0	1	45	9	3	1
1	3	13	28	11	4
2	0	27	20	7	5
3	0	36	16	3	4
4	3	32	17	6	1
5	2	39	13	2	3
6	0	10	17	25	7
7	0	16	27	12	4
8	1	28	22	6	2
9	2	52	4	0	1
0	1	19	15	17	8

DISTRIBUCION DE LAS RESPUESTAS

Para examinar la distribución de las respuestas a cada ítem en los grupos, se elaboró una tabla de doble entrada por ítem. En la parte horizontal se anotaron las categorías de respuesta y en la parte vertical los grupos, las celdillas se llenaron con las frecuencias. Las tablas siguientes muestran los resultados.

T A B L A 5.1.
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LAS RESPUESTAS AL ITEM 1

r u p o	Categorías de Respuesta				Sumatoria
	1	2	3	4	
ntes	22	35	0	2	59
de la Clínica	3	6	5	1	15
de la Clínica	2	14	21	8	45
ia	27	55	26	11	119

= 19.96

T A B L A 5.2.
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LAS RESPUESTAS AL ITEM 2

r u p o	Categorías de Respuesta				Sumatoria
	1	2	3	4	
ntes	16	25	14	4	59
de la Clínica	3	4	5	3	15
de la Clínica	3	7	22	13	45
ia	22	36	21	20	119

= 24.24

T A B L A 5.3.
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LAS RESPUESTAS AL ITEM 3

r u p o	Categorías de Respuesta				Sumatoria
	1	2	3	4	
ntes	43	15	0	1	59
de la Clínica	6	6	1	2	15
de la Clínica	6	11	15	12	44
ia	55	32	16	15	118

= 43.98

T A B L A 5.4.
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LAS RESPUESTAS AL ITEM 4

g r u p o	Categorías de Respuesta				Sumatoria
	1	2	3	4	
liantes	46	8	2	2	58
es de la Clínica	8	2	4	1	15
es de la Clínica	9	13	9	14	45
oria	63	23	15	17	118

$$s^2 = 43.02$$

T A B L A 5.5.
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LAS RESPUESTAS AL ITEM 5

g r u p o	Categorías de Respuesta				Sumatoria
	1	2	3	4	
liantes	21	16	5	11	53
es de la Clínica	3	4	2	5	14
es de la Clínica	5	8	16	15	44
oria	29	28	23	31	111

$$s^2 = 15.73$$

T A B L A 5.6.
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LAS RESPUESTAS AL ITEM 6

g r u p o	Categorías de Respuesta				Sumatoria
	1	2	3	4	
liantes	26	21	6	4	57
es de la Clínica	4	5	3	0	12
es de la Clínica	2	6	10	17	35
oria	32	32	19	21	104

$$s^2 = 27.08$$



T A B L A 5.7.

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LAS RESPUESTAS AL ITEM 7

g r u p o	Categorías de Respuesta				Sumatoria
	1	2	3	4	
Antes	38	16	1	2	57
Después de la Clínica	11	3	0	1	15
Después de la Clínica	14	10	4	10	38
Total	63	29	5	13	110

$$s^2 = 11.03$$

T A B L A 5.8.

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LAS RESPUESTAS AL ITEM 8

g r u p o	Categorías de Respuesta				Sumatoria
	1	2	3	4	
Antes	36	14	5	3	58
Después de la Clínica	6	4	4	1	15
Después de la Clínica	14	14	5	7	40
Total	56	32	14	11	113

$$s^2 = 15.47$$

T A B L A 5.9.

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LAS RESPUESTAS AL ITEM 9

g r u p o	Categorías de Respuesta				Sumatoria
	1	2	3	4	
Antes	46	10	1	1	58
Después de la Clínica	3	10	2	0	15
Después de la Clínica	10	13	6	14	43
Total	59	33	9	15	116

$$s^2 = 39.24$$

T A B L A 5.10.

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LAS RESPUESTAS AL ITEM 10

r u p o	Categorías de Respuesta				Sumatoria
	1	2	3	4	
antes	45	9	3	1	58
es de la Clínica	10	2	3	0	15
es de la Clínica	8	14	12	8	42
ria	63	25	18	9	115

= 29.99

T A B L A 5.11.

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LAS RESPUESTAS AL ITEM 11

r u p o	Categorías de Respuesta				Sumatoria
	1	2	3	4	
antes	13	28	11	4	56
es de la Clínica	2	6	5	2	15
es de la Clínica	1	10	11	19	41
ria	16	44	27	25	112

= 21.08

T A B L A 5.12.

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LAS RESPUESTAS AL ITEM 12

r u p o	Categorías de Respuesta				Sumatoria
	1	2	3	4	
antes	27	20	7	5	59
es de la Clínica	1	5	4	5	15
es de la Clínica	2	9	16	15	42
ria	30	34	27	25	116

= 34.69

T A B L A 5.13.

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LAS RESPUESTAS AL ITEM 13

g r u p o	Categorías de Respuesta				Sumatoria
	1	2	3	4	
antes	36	16	3	4	59
es de la Clínica	3	3	6	3	15
es de la Clínica	5	4	22	13	44
oria	44	23	31	20	118

$$\chi^2 = 48.91$$

T A B L A 5.14.

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LAS RESPUESTAS AL ITEM 14

g r u p o	Categorías de Respuesta				Sumatoria
	1	2	3	4	
antes	32	17	6	1	56
es de la Clínica	7	3	2	3	15
es de la Clínica	12	10	11	12	45
oria	51	30	19	16	116

$$\chi^2 = 18.13$$

T A B L A 5.15.

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LAS RESPUESTAS AL ITEM 15

g r u p o	Categorías de Respuesta				Sumatoria
	1	2	3	4	
antes	39	13	2	3	57
es de la Clínica	3	7	2	3	15
es de la Clínica	4	10	19	9	42
oria	46	30	23	15	114

$$\chi^2 = 43.05$$

T A B L A 5.16.

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LAS RESPUESTAS AL ITEM 16

r u p o	Categorías de Respuestas				Sumatoria
	1	2	3	4	
iantes	10	17	25	7	59
es de la Clínica	3	4	5	3	15
es de la Clínica	0	9	15	18	42
oria	13	30	45	28	116

$$^2 = 11.02$$

T A B L A 5.17.

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LAS RESPUESTAS AL ITEM 17

r u p o	Categorías de Respuesta				Sumatoria
	1	2	3	4	
iantes	16	27	12	4	59
es de la Clínica	7	2	4	2	15
es de la Clínica	5	12	10	14	41
oria	28	41	26	20	115

$$^2 = 11.05$$

T A B L A 5.18.

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LAS RESPUESTAS AL ITEM 18

r u p o	Categorías de Respuesta				Sumatoria
	1	2	3	4	
iantes	28	22	6	2	58
es de la Clínica	6	3	3	2	14
es de la Clínica	7	10	13	13	43
oria	41	35	22	17	115

$$^2 = 28.32$$

T A B L A 5.19.
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LAS RESPUESTAS AL ITEM 19

g r u p o	Categorías de Respuesta				Sumatoria
	1	2	3	4	
Antes	52	4	0	1	57
Después de la Clínica	10	3	0	0	13
Después de la Clínica	18	8	7	1	34
Total	80	15	7	2	104

$$\chi^2 = 15.45$$

T A B L A 5.20.
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LAS RESPUESTAS AL ITEM 20

g r u p o	Categorías de Respuesta				Sumatoria
	1	2	3	4	
Antes	19	15	17	8	59
Después de la Clínica	5	3	5	1	14
Después de la Clínica	14	12	12	7	45
Total	38	30	34	16	118

$$\chi^2 = 13.48$$

Para conocer si las distribuciones de las muestras se ajustan proporcionalmente, se aplicó la prueba de la χ^2 a cada una de las tablas correspondientes a los 20 ítems.

Los resultados significativos en los 20 ítems, demostraron que las distribuciones de respuestas no fueron azarosas, sino que están cargadas hacia el polo de salud o enfermedad en los diferentes grupos y que en ningún ítem se ajustan proporcionalmente las muestras.

Las respuestas de los estudiantes están cargadas hacia la categoría 1 y 2, los grupos de la clínica no muestran tendencia clara, es de cargar hacia el polo positivo, a veces hacia el polo negativo y otras hacia el centro.

En las tablas de distribución de frecuencias, se observa que el grupo normal (Estudiantes), se carga hacia los valores bajos --- mientras que los grupos anormales (Hombres y Mujeres de la Clínica), se alejan del valor más bajo y se concentran en los del medio (2 y 3). Esta es la tendencia en todos los ítems, las clasificaciones más bajas (1 y 2) corresponden a la normalidad o salud y las más altas (3 y 4) a la anormalidad o enfermedad. En las mismas se verifica que si se recalifican las respuestas a categorías adyacentes, 1 y 2 como salud y, 3 y 4 como enfermedad, no se pierde información y si se gana simplicidad al trabajar con una escala que no supone intervalos ni lógica ni psicológicamente iguales.

OMISIONES

Los grupos Estudiantes y Hombres de la Clínica omitieron respuestas el 2% de las veces. El grupo Mujeres de la Clínica el 7%.

Para explicar si la diferencia en el número de omisiones era significativa, se compararon proporcionalmente los grupos y se obtuvo un valor de $\chi^2_2 = 32.63$ $p < 0.001$. El grupo Mujeres de la Clínica obtuvo significativamente más respuestas que los grupos Estudiantes y Hombres de la Clínica, que omitieron, cada uno, idéntica proporción de respuestas. Solamente en los ítems 6 y 19 el grupo Mujeres de la Clínica cometió el 35% de sus omisiones y aún eliminando el análisis de estos dos ítems, la diferencia de χ^2 sigue siendo significativa. Estos resultados apuntan en la misma dirección que los resultados de la prueba de VAR simple, ya descritos. La presencia elevada de omisiones puede ser indicador de anormalidad, ya que el grupo con mayor patología es el que presenta significativamente más omisiones.

ELIMINACION DE ITEMS

Los análisis de items a continuación, se realizaron recodificando las respuestas 1 y 2 como salud y las respuestas 3 y 4 como enfermedad. Para demostrar la validez de la prueba EAMD, es necesario que cada item discrimine entre los grupos normal (Estudiantes) y patológica (Hombres y Mujeres de la Clínica).

La hipótesis de trabajo será:

H_1 En cada item la proporción de respuestas saludables será mayor en el grupo testigo (Estudiantes) y las respuestas enfermas será mayor en el grupo clínico (Hombres y Mujeres de la Clínica).

Para someter a prueba estadística esta hipótesis sobre cualidad discriminativa de los items, se contaron las respuestas saludables y las enfermas y se compararon mediante la χ^2 . Para este análisis se consideraron dos grupos por separado: Estudiantes y Clínicos. Los resultados se presentan en la TABLA 6.

T A B L A 6

FRECUENCIA DE RESPUESTAS "SALUDABLE" (S) Y "ENFERMA" (E), RESULTADOS DE χ^2

Item	Estudiantes				Clínicos			
	S	E	χ^2_1	P	S	E	χ^2_1	P
1	57	2	51.27	0.001	25	35	1.67	N.S
2	41	18	8.97	0.01	17	43	11.27	0.001
3	58	1	55.07	0.001	29	30	0.02	N.S
4	54	4	43.10	0.001	32	28	0.27	N.S
5	37	16	8.32	0.01	20	38	5.59	0.02
6	47	10	24.02	0.001	17	30	3.60	N.S
7	54	3	45.63	0.001	38 ⁺	15	9.98	0.01
8	50	8	30.41	0.001	38 ⁺	17	8.02	0.01
9	56	2	50.28	0.001	36	22	3.38	N.S
0	54	4	43.10	0.001	34	23	2.12	N.S
1	41	15	12.07	0.001	19	37	5.79	0.05
2	47	12	20.76	0.001	17	40	9.28	0.01
3	52	7	34.32	0.001	15	44	14.25	0.001
4	49	7	31.50	0.001	32	28	0.27	N.S
5	52	5	38.75	0.001	24	33	1.42	N.S
6	27	32	0.42	N.S	16	14	10.96	0.001
7	43	16	12.36	0.001	26	30	0.29	N.S
8	50	8	30.41	0.001	26	31	0.44	N.S
9	56	1	53.07	0.001	39 ⁺	10	17.16	0.001
0	34	25	1.37	N.S	19	38	6.33	0.05

(+) Las sumas de salud y enfermedad no siempre alcanzan el total --
(59 en los estudiantes y 60 en los clínicos) por las omisiones.

En el grupo testigo (Estudiantes) la frecuencia de respuestas saludables fue significativamente mayor que el número de respuestas enfermas en 18 de los 20 items. Sólo los items 16 y 20 no produje--

diferencias significativas, en el ítem 16 la mayor frecuencia - el lado de la enfermedad. En el grupo de la clínica, sólo en - tidad de los ítems hay diferencias entre las respuestas enfermas - udables, en 7 de ellas la dirección esperada (mayor frecuencia - puestas enfermas) y en 3 (ítems 7, 8 y 19) en la dirección de - . De los ítems sin diferencia significativa; 1, 3, 15, 17 y 18, - yor frecuencia es la esperada (a favor de la enfermedad). En - tems 4, 9, 10 y 14 la diferencia no significativa es a favor - salud.

Este análisis indica que en la población normal, la prueba tie alto poder discriminativo en relación a la salud. Esta capaci para diferencias disminuye solo en 7 ítems en la población clí- Es decir, con esta muestra, sólo en 7 de los 20 ítems se die- respuestas francamente enfermas. Al considerar estos resultados be tener presente que esta muestra no tiene diagnóstico de de- ón, sino de reacción de angustia ante los sismos de septiembre 85. En este análisis se consideran juntos los resultados de -- es y mujeres; debido a que las "n" pequeñas de los grupos mas- os plantean problemas para la aplicación de algunas pruebas es- ticas, es posible que el grupo de Hombres de la Clínica impida var con claridad estas diferencias.

ACION DE SEXO

La TABLA 7 presenta los resultados: frecuencias y porcentajes s respuestas consideradas enfermas (3 + 4) cuando se separan - exo. Aunque no se aplicó prueba estadística, el análisis visual s resultados indica que el poder de disección de los ítems s muestras de este estudio varía.

T A B L A 7

FRECUCENCIA Y PORCENTAJE DE RESPUESTAS INDICADORAS DE
ENFERMEDAD EN LOS CUATRO GRUPOS

Mujeres de la Clínica N = 45		Hombres de la Clínica N = 15		Mujeres Estudiantes N = 47		Hombres Estudiantes N = 12	
f	%	f	%	f	%	f	%
29	64	6	40	1	2	1	8
35	78	8	53	12	27	6	50
28	62	3	20	1	2	0	0
23	51	5	33	5	10	0	0
32	71	7	47	13	27	3	25
28	62	4	27	8	17	2	16
13	29	2	13	2	4	1	8
11	24	6	40	8	17	0	0
19	42	3	20	1	2	1	8
19	42	4	27	4	9	0	0
31	69	7	47	15	31	0	0
31	69	9	60	10	21	1	18
34	75	9	60	5	10	2	16
23	51	5	33	3	6	2	16
28	62	4	27	5	10	1	8
33	73	9	60	27	57	5	42
25	55	5	33	12	25	3	25
27	60	3	20	4	8	3	25
8	18	2	13	1	2	0	0
30	67	7	47	22	47	3	25

En las muestras clínicas: hombres y mujeres, se observa que --
respuestas "patológicas" que se produjeron a raíz de los sismos,
n diferentes para cada una. En el grupo testigo, que supone --
cia de patología no existe diferencia en las respuestas debi--
sexo.

res de la Clínica

En este grupo los items 1, 2, 3, 5, 6, 11, 12, 13, 15, 16, 18 se cargan francamente al lado de la enfermedad, como lo haría ser la existencia del grupo. Los items 4, 14 y 17, con porcentaje de enfermedad fluctuando entre 51% y 55%, apuntan en la dirección deseada, aunque no con tanta claridad como los anteriores. Los items 7, 8, 9, 10 y 19 no satisfacen el requisito discriminatorio, porcentajes de salud son mayores que los de enfermedad.

res de la Clínica

En este grupo sólo los items 12, 13 y 16 se cargan francamente al lado de la enfermedad. El item 2 (53%) queda en entredicho. Los restantes items presentan inclinación hacia la salud. Obsérvese que los items 7, 8, 9, 10 y 19 se repiten como saludables en las muestras clínicas.

Estudiantes (Hombres y Mujeres)

Las mujeres de este grupo sólo tienen un item relativamente "intermedio", el 16 y uno dudoso, el 20 (47% de enfermedad). Todos los demás cumplen con el requisito de su grupo normal, las respuestas se cargan al polo de la salud.

En el grupo hombres estudiantes sólo existen dos items dudosos, el 15 (50%) y el 16 (42%). Los restantes cargan francamente al lado de la salud.

Las respuestas de los varones de la clínica son parecidas a las de los estudiantes, aunque con un grado de patología intermedia entre éstos y las mujeres de la clínica. Estos resultados corroboran

el AVAR simple que señalan la presencia de tres poblaciones -- diferentes grados de patología, siendo las más enfermas las mu- de la clínica y los menos enfermos los estudiantes o grupo -- go.)

ACCION SEXO-PROCEDENCIA

Para investigar si el sexo y la procedencia eran independien-- se procedió a examinar la relación entre ambas variables en ca o de los 20 items, considerando separadamente la salud y la en dad.

En enfermedad los 20 items muestran que ambas variables son in dientes.

El número de respuestas enfermas no está relacionado con la -- racción" sexo-grupo de procedencia. En cambio, en salud apare- res items que sí muestran esos curzamientos. En el item 6 (con ipócrita traducción) produjo 13 omisiones y originó muy pocas estas, sólo 8 en las mujeres de la clínica en salud; el item 2, o diferencia entre los hombres estudiantes y de la clínica, -- én causó que un número muy bajo de mujeres de la clínica, res- era del lado de la salud; por último el item 3, sigue las ca- rísticas generales de los items 6 y 2.

Sexo y procedencia son independientes en enfermedad y casi lo n salud. No se puede decir que existan "interacciones" entre - ives de cada variable, aunque, por supuesto, el grupo de la ca obtuvo puntajes significativamente mayores en enfermedad, - l grupo de estudiantes; y dentro del grupo de la clínica, las es tienen mayores puntajes que los hombres.

JERARQUÍA SALUD-ENFERMEDAD

En la TABLA 7 se observan diferencias en los porcentajes de respuesta a los ítems en los diferentes grupos. Se encuentra que los ítems con mayor frecuencia de respuesta son: El 2 para las mujeres de la clínica y los hombres estudiantes; 12, 13 y 16 para los hombres de la clínica y el 16 para las mujeres estudiantes. El ítem más sensible fue el 19 en todos los grupos.

Se realizaron correlaciones de rango entre los diferentes parámetros de grupos para determinar si el orden en que los ítems miden psicología-salud en un grupo es semejante a otro. Si la sensibilidad de los ítems es una característica de la prueba o bien si se relaciona con parámetros de la población a la que se aplica. Es decir, si la jerarquía de salud-enfermedad es la misma o es diferente. Se esperaba que una prueba válida midiera en la misma dirección sin importar los parámetros de la población medida.

T A B L A 8
CORRELACIONES DE RANGO DE LAS RESPUESTAS A LOS 20 ÍTEMS

	<u>Mujeres de la Clínica</u>	<u>Hombres Estudiantes</u>	<u>Mujeres Estudiantes</u>
Hombres de la Clínica	0.71	0.63	0.69
Mujeres de la Clínica		0.56	0.56
Hombres Estu- diantes			0.59

Se observa en la TABLA 8 que todas las correlaciones resultan significativas y positivas. La jerarquía de salud-enfermedad de los 20 ítems es semejante para todos los grupos. Los dos ordenes --

pendientes. Siendo la prueba la misma y las poblaciones diferentes, se atribuye la correlación al elemento común y la falta de relación a los aspectos diferentes, es decir, características de las muestras.

La mayor correlación 0.71, fue entre hombres y mujeres de la clínica. Esta mayor semejanza entre jerarquías era la esperada. Por otro lado, aunque significativas, las correlaciones más bajas 0.56, ocurrieron cuando se involucraron el grupo de mujeres de la clínica y las mujeres estudiantes, y con los varones estudiantes.

Esta ordenación de la jerarquía de items en tres grupos distintos es un punto a favor de la validez de la EAMD. El rango de sensibilidad de los items, tanto para medir salud como para medir enfermedad, se mantiene en gran proporción en las diferentes muestras.

SIS FACTORIAL

El análisis de la EAMD no estaría completo sin el análisis factorial que le diera validez de construcción. Por ello se sometieron al análisis factorial los 20 items en cada uno de los tres grupos (estudiantes, hombres de la clínica y mujeres de la clínica). Se utilizó la rotación a estructura simple OBLIM, oblicua porque no hubo independencia entre los items. Así como los items están correlacionados, los factores podrían resultarlo también. La rotación de ejes oblicuos se hizo en diferentes ángulos ($\delta = 0.2, 0.4, 0.8$), esperando que el ángulo en el que se rotaran los ejes determinara la estructura factorial resultante.

Los análisis factoriales arrojaron tres diferentes estructuras, una para cada grupo. En el grupo de mujeres de la clínica en donde los factores son más claros, la estructura factorial se mantiene en cuatro diferentes ángulos de rotación, además de que un número

de items tiene carga factorial. En el factor I, 7 items man-
 sus mismas cargas factoriales en los cuatro valores de "del

En la TABLA 9 se presentan los resultados del análisis facto--
 de las respuestas de las mujeres de la clínica en los cuatro -
 os de rotación. Se observa que el análisis arrojó dos factores.
 nto de corte que define la permanencia a un item o factor es -

T A B L A 9

FACTORES Y CARGAS FACTORIALES EN DIFERENTES ANGULOS DE ROTACION
 GRUPO MUJERES DE LA CLINICA N = 45

Factores	Items	D e l t a			
		0.2	0.4	0.6	0.8
I	1	0.61	0.60	0.60	0.60
	2	0.50	0.50	0.51	0.50
	3	0.54	0.54	0.54	0.53
	6	0.61	0.60	0.60	0.60
	7	0.50	0.50	0.50	0.50
	13	0.52	0.51	0.51	0.51
	18	0.60	0.61	0.60	0.61
II	11	0.64	0.64	0.64	0.64
	12	0.64	0.64	0.63	0.63
	15	0.57	0.58	0.58	0.59

El factor I con el 70.3% factores de la varianza, están com--
) por los items:

- 1 Me siento abatido y melancólico.
- 2 En la mañana me siento mejor.
- 3 Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.
- 6 Todavía disfruto de las relaciones con muchachos del otro -
sexo.
- 7 Noto que estoy perdiendo peso.
- 3 Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.
- 8 Mi vida tiene bastante interés.

Este factor podría llamarse melancolía, en él se incluyen mani-
festaciones cognoscitivas, emocionales y respuestas medidas por el
sistema nervioso autónomo de la depresión y que desde algún punto
de vista teórico constituyen en sí mismas la depresión.

El Factor II con el 29.7% de la varianza, está compuesto por -
los ítems:

- 11 Tengo la mente tan clara como antes.
- 12 Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro.
- 15 Estoy más irritable de lo usual.

En el grupo de las mujeres de la clínica la estructura factorial
se conserva a través de diferentes oblicuidades del ángulo en
que rotan los ejes. Así, la estructura factorial se mantiene in-
variable, aparecen las mismas correlaciones ítem-factor en cada una de
las cuatro rotaciones. Al mantenerse el mismo conjunto de ítems con
diferentes cargas, la validez de construcción de la EAMD se robuste-
ce. Esto no sucede con los grupos hombres de la clínica y estudian-
do donde al ablicuar los ejes de $\delta = 0.6$ a $\delta = 0.8$ se al-
teran sustancialmente la estructura factorial (unos ítems desapare-
cen y otros bajan tanto su correlación con el factor, que terminan -
por pertenecer a otro factor y los que se conservan en el mismo fac-
tor ven disminuída su carga), de manera que la mayor oblicuidad, -
los factores ya no se conforman con los mismos ítems como al inicio.

Los resultados del análisis factorial de las hombres de la clínica arrojaron tres factores, dos de ellos francamente espurios. -- La rotación en ángulo de delta = 0.8, punto de corte 0.5, sólo un factor significativo con todas sus cargas positivas, la medida de .56, la mayor de .68, y con el 61.1% de la varianza. Son cinco ítems:

- 5 Como igual que antes solía hacerlo.
- 10 Me canso sin hacer nada.
- 13 Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.
- 16 Me resulta fácil tomar decisiones.
- 17 Siento que soy útil y necesario.

Este factor podría llamarse afecto negativo en que aparecen -- aspectos psicológicos como biológicos y representan la aproximación masculina de la depresión.

T A B L A 10		
RESULTADOS DEL ANALISIS FACTORIAL DE LAS RESPUESTAS DE LOS HOMBRES DE LA CLINICA ANGULO DE ROTACION 0.8 N = 15, CORTE 0.5		
Factores	Items	Carga Factorial
I	5	0.59
	10	0.56
	13	0.65
	16	0.68
	17	0.58
II	9	0.71
	15	0.70

En el análisis factorial del grupo de estudiantes que se presenta en la TABLA 11, el único "factor" con carga positiva es el I,

1 47.3% de la varianza, definido por un solo item el 9 "el come late más aprisa que de costumbre". Un factor con un solo - no puede considerarse como tal.

El segundo factor, con cargas negativas y el 27.5% de la varian compone de los items:

- 4 Me cuesta trabajo dormirme en la noche.
- 8 Tengo molestias de constipación (estreñimiento).
- 15 Estoy más irritable de lo usual.

El signo negativo indica la salud de esta muestra que no pade estos síntomas.

Factores	Items	Carga Factorial
I	9	0.62
II	4	-0.74
	8	-0.50
	15	-0.66
III	17	-0.62
	18	-0.72

El tercer factor compuesto por los items 17 "siento que soy -- necesario" y 18 "mi vida tiene bastante interés", con el --- de la varianza, pudiera tener relación con la autoestima, sin go, un factor compuesto por dos items no es un factor definiti ce confiable.

ms 10 y 13

El análisis de los ítems que cargaron en el factor I del grupo hombres de la clínica, mostró a los ítems 10 y 13 formando parte ese factor. Aparentemente los ítems 10 y 13 son parcialmente condictorios, porque si una persona se cansa sin hacer nada, debe--mantenerse quieta.

Estos resultados hicieron necesario examinar la correlación -- estos dos ítems, en los tres grupos, se hizo con la prueba \emptyset , -- os resultados se muestran en la TABLA 12.

G r u p o	N ⁺	\emptyset	Probabilidad
Mujeres de la Clínica	58	0.30	0.50
Hombres de la Clínica	15	0.49	-0.06
Estudiantes	43	0.90	N.S

+ El número de sujetos en cada grupo es menor al original debido a que algunos omitieron responder en cualquiera de los dos ítems.

La correlación más alta se encontró en el grupo hombres de la clínica 0.49, con una probabilidad de 0.06, no alcanzó la significancia probablemente debido al pequeño número de casos de este grupo. En las mujeres de la clínica, la correlación aunque menor, 0.30, es significativa. Estos resultados contrastan con los obtenidos por los estudiantes en los cuales no existió correlación entre estos ítems.

La TABLA 13 muestra los porcentajes de respuesta de las combinaciones de salud-enfermedad en dos ítems. Se observa que en la combinación enfermedad en el ítem 10, salud en el 13, existió un porcentaje muy bajo (sólo cuatro casos, tres de ellos en el grupo de estudiantes). Esto significa que el cansancio sin la intranquilidad casi no apareció en el grupo de la clínica y constituye apenas el 5% de los estudiantes. Esto sugiere que el cansancio en la inactividad ser emocionalmente patológico necesita estar acompañado de inactividad e intranquilidad. Cabe la posibilidad de cansancio en la inactividad por causas no emocionales, como pudo ocurrir en los casos de los estudiantes.

T A B L A 13
PORCENTAJES DE RESPUESTA DE SALUD Y ENFERMEDAD
EN LA CORRELACION DE LOS ÍTEMS 10 Y 13

Muestras	$S_{10}-S_{13}$	$S_{10}-E_{13}$	$E_{10}-S_{13}$	$E_{10}-E_{13}$
Casos de la Clínica	19%	42%	2%	37%
Estudiantes de la Clínica	40%	33%	0%	27%
Estudiantes	81%	12%	5%	2%

S_{10} = respuestas saludables al ítem 10.

S_{13} = respuestas saludables al ítem 13.

E_{10} = respuestas enfermas al ítem 10.

E_{13} = respuestas enfermas al ítem 13.

RESULTADOS DE LAS SESIONES TERAPEUTICAS

Los resultados de este análisis se refieren a 56 casos, ya que los 60 sujetos sólo resolvieron la escala, pero no esperaron atención terapéutica.

RIPCIÓN DE LA POBLACION

De estas 56 personas, 10 sufrieron pérdidas reales debidas a sismos; 6 perdieron un familiar; 3 su casa y una última su trabajo. Dos casos más aprovecharon la oportunidad que el temblor les dio para asistir a la clínica para intentar solucionar una problemática existente. Los 43 restantes (73%) presentaron reacciones serenas al sismo sin haber sido damnificados.

ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS TERAPEUTICAS

Las entrevistas registradas tanto en el formato de "primera sesión" como en el "sesiones subsecuentes" fueron analizadas por categorías. Debe aclararse que el número de registros en cada análisis no siempre es 56, puede ser mayor o menor debido a que:

- a) el paciente ofreció más de una respuesta en cada clase, o
- b) el paciente no verbalizó alguna razón que pudiera clasificarse.

Recuérdese que los investigadores solo asistieron como observadores, sin intervenir y que las sesiones terapéuticas siguen un formato libre, determinado por el terapeuta.

Ya que, las categorías registradas por los investigadores sólo sirven como base las verbalizaciones de los pacientes, sin profundizar más en sus respuestas, la probabilidad de que el sujeto mintiera

de la confiabilidad de este estudio. Esto es, que las verbalizao
s de los pacientes se consideraron siempre verdaderas.

RESULTADOS DEL FORMATO PRIMERA SESION

Motivos de Consulta

Bajo este título se registraron aquellas razones que decidieron a las personas a buscar ayuda, es decir, aquellas perturbaciones de las cuales las personas tenían conciencia.

Se registraron un total de 112 motivos de consulta de los 56 sujetos de los cuales se tenía dicho dato, (en promedio fueron 2 motivos por sujeto). (Véase CUADRO A.)

Los motivos de consulta se clasificaron en cinco grandes grupos:

- Emociones intensas;
- Trastornos de las funciones biológicas;
- Trastornos de las funciones psicológicas;
- Pérdidas ocasionadas por el sismo; y
- Varios.

El porcentaje mayor (44%) indicó un estado emocional intenso - se identificó como miedo, angustia y en un caso como fobia. El segundo motivo más frecuente fue trastornos de las funciones biológicas (15%). La tristeza (antecedente de la depresión) se presentó en tercer lugar (10%). En cuarto lugar los trastornos de las funciones psicológicas que se identificaron como cognitivos (9%). En quinto lugar la pérdida de familiares (6%). Todos los demás motivos aparecieron con frecuencias muy bajas.

CUADRO A			
Motivo de Consulta			
CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	FR	%
EMOCIONES INTENSAS	Miedo, Angustia y Fobias	49	44%
	Tristeza	11	10%
	Irritabilidad	4	3%
	Sentirse Mal	2	1%
DISORDEN DE LAS FUNCIONES PSICOLÓGICAS	Motivacionales:	1	1%
	. falta de energía		
	Atención y Concentración	2	1%
	Pérdida de Control:	5	4%
	. inseguridad		
	. llorar por todo		
. incapacidad para llorar			
Cognitivas:	10	9%	
. pérdida del sentido de la vida			
. soledad			
. intento suicida			
. negación			
DISORDEN DE LAS FUNCIONES PSICOLÓGICAS:		17	15%
. trastornos del sueño			
. falta de aire			
. palpitaciones			
. mareos			
. pérdida del apetito			
. dolor de cabeza			
SITUACIONES REALES	Familiares	6	6%
	Vivienda	3	2%
	Trabajo	1	1%
SITUACIONES	Mediación de un Tercero	2	1%
	Ajeno al Temblor	3	2%
		112	100%

Expectativas

Bajo este rótulo se registró lo que la persona dijo esperar -- tratamiento terapéutico. En este análisis se incluyeron 30 suje (sólo éstos tenían dicho dato), los cuales verbalizaron 35 expecvas que se presentan en el CUADRO B.

Sumando las tres primeras clasificaciones que se refieren a la operación de un estado de bienestar, encontramos que sentirse me eliminar la angustia y recuperar la confianza y seguridad, re representan el 60% de las expectativas del tratamiento terapéutico. - siguientes categorías más frecuentes fueron: entender lo que le (11%), intentar algún cambio (9%) y los que esperan algo dife- e a lo que ofrece la psicología (9%). Las otras dos categorías ida y apoyo para un tercero" y "poder llorar" representan el 6% una.

Analizando las respuestas encontramos dos tipos de expectati-- las expectativas de recuperación inmediata del estado emocio-- negativo que presentaban en ese momento, y la expectativa de lo un cambio más allá del síntoma que los trajo a consulta. Siennas expectativas de mejora emocional inmediata las que se mani-- aron más frecuentemente.

CUADRO B

Expectativas

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	FR	%
TRANSICION DE UN ESTADO DE BIENESTAR	Sentirse Mejor Eliminar la Angustia Recuperar la Confianza y la Seguridad	21	60%
MIEDO DE LO QUE LE PASA		4	11%
DESEAR ALGUN CAMBIO	Mejorar la Comunicación Salir Adelante	3	9%
DESEAN DEL TRATAMIENTO O DIFERENTE A LO QUE RECIBEN LA PSICOLOGIA	Solicitar Medicamentos No tiene Idea Clara Entender los Temblores	3	9%
DESEAN Y APOYO PARA UN CAMBIO		2	6%
DESEAN LLORAR		2	6%
		35	100%

No. de Casos Registrados 30

NOTA: Los porcentajes se redondearon tomando en cuenta el primer decimal.

Patología Anterior

Aquí se registró la existencia de problemática anterior de los sujetos, para averiguar su posible relación con las alteraciones desencadenadas por los sismos. Se considera un sujeto de "alto riesgo" a aquel que en caso de una situación estresante o traumática, tiene mayor probabilidad de manifestar una reacción de angustia.

Se tomaron en cuenta los datos de 39 casos (solamente en éstos se reconoció patología anterior). Se obtuvo un total de 96 verbalizaciones de patología anterior. (Véase CUADRO C.)

En esta clase se incluyeron las siguientes categorías, ordenadas de la más frecuente a la menos frecuente:

- dificultad en las relaciones interpersonales;
- emociones negativas intensas;
- perturbaciones cognitivas intensas;
- problemas de salud física;
- eventos traumáticos; y
- problemas psiquiátricos.

Sumando las subcategorías, problemas de relación familiar y de pareja, incluyen el 32% de los casos. La mayor frecuencia encontrada se refiere a problemas de relaciones interpersonales dentro del núcleo familiar. La segunda subcategoría más frecuente, fue la emoción no identificada como miedo o angustia, que significó el 14% de las respuestas. En tercer lugar se encontraron baja autoestima y problemas de salud física (hipocondriacos, psicósomáticos y otros) el 11% respectivamente. La emoción descrita como depresión obtuvo el 9% de las respuestas. Las demás subcategorías obtuvieron frecuencias menores.

CUADRO C			
Patología Anterior			
CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	FR	%
ULTAD EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES	Laborales: . pérdida de trabajo	4	4%
	Pareja	18	19%
	Familiares	12	13%
IONES NEGATIVAS ENSAS	Angustia, Miedo	13	14%
	Depresión	9	9%
	Coraje	2	3%
IRBACIONES COGNITIVAS	Baja Autoestima: . inseguridad . dependencia	11	11%
	Soledad	5	5%
	Culpa	1	1%
EMAS DE SALUD ICA	Hipocondriacos: . vómitos . mareos . dolor de pecho . dolor de brazo Psicosomáticos: . impotencia . insomnio . presión alta Enfermedades: . cálculos renales . tumores . fiebre reumática	11	11%
SOS TRAUMATICOS egrados érdida de familiares		6	6%
LEMAS PSIQUIATRICOS dicciones espersonalización ospitalización		4	4%
		96	100%

Pasa

En esta clase se registraron aquellos sucesos ambientales que percutieron en el estado actual del individuo, el estímulo desencadenante o suceso activador.

Este dato ocurrió en 52 pacientes, los cuales reportaron 94 -- preguntas que se muestran en el CUADRO D.

Los sucesos ambientales se registraron en tres categorías principales:

- exposición en diferentes grados a las consecuencias del sismo;
- daños relacionados con el sismo; y
- conflictos no causados por el sismo.

El primer lugar en frecuencias lo obtuvo la subcategoría testi de acontecimientos (derrumbres, atrapados y muertos) con el 33%. La subcategoría problemas en las relaciones interpersonales, obtuvo el segundo lugar con el 13% de las verbalizaciones. Las subcategorías muerte de familiares, muerte de amigos o conocidos, daño a la vivienda y lugar de actividades dañadas o derrumbadas, ocuparon el tercer sitio con el 7% cada una. Los demás sucesos obtuvieron frecuencias menores.

CUADRO D			
Qué Pasa			
CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	FR	%
SICION EN DIFERENTES IDOS A LAS CONSECUEN- S DEL SISMO	Testigo de Acontecimientos:	28	33%
	. derrumbes		
	. atrapados		
	. muertos		
	Frecuenta por Necesidad Lugares Altos	5	6%
	Participó en el Rescate	4	5%
	Quedó Atrapado	2	2%
	Escucha Noticias	2	2%
S RELACIONADOS CON SISMO	Muerte de Familiares	6	7%
	Muerte de Amigos o Conocidos	6	7%
	Daño en su Vivienda	6	7%
	Lugar de Actividades Dañadas o Derrumbado	6	7%
	Pérdida de Vivienda	3	5%
	Pérdida de Trabajo	2	2%
LICTOS NO CAUSADOS EL SISMO	En las Relaciones Interpersonales:	11	13%
	. pareja		
	. familia		
	Laborales		
	Muerte de Amigos		
		94	100%

No. de Casos Registrados 52

omatología

Bajo este título se registraron aquellas alteraciones físicas reportadas por los pacientes, que formaban parte de su problemática.

De los 39 casos que cubrieron esta categoría, se obtuvieron un total de 94 verbalizaciones. (Véase CUADRO E).

De los síntomas reportados, el 27% se refiere a trastornos del equilibrio; 14% a alteraciones del sistema digestivo (pérdida de apetito y pérdida de peso); 13% a trastornos del equilibrio que incluye vértigos y mareos; 10% a problemas en oído, nariz y garganta que se registraron como otorrinolaringología; 9% a dolores de cabeza; 8% a taquicardia. Los demás trastornos se registraron con frecuencias muy bajas.

CUADRO E
Sintomatología Física

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	FR	%
TRASTORNOS DEL SUEÑO		25	27%
ALTERACIONES DEL SISTEMA NERVIOSO	Pérdida del Apetito Pérdida de Peso	13	14%
ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO	Mareos Temblores	12	13%
ALTERACIONES OTO-RINOLARINGOLOGICAS	Alteraciones en Oído Alteraciones en Nariz Alteraciones en Garganta	9	10%
DOLORS DE CABEZA		8	9%
MIGRAÑA		5	5%
DOLORS MUSCULARES		4	4%
DOLORS ARTICULARES		4	4%
ALTERACIONES DE LA TEMPERATURA CORPORAL		4	4%
ALTERACIONES DE LA PRESION ARTERIAL		4	4%
DOLORS DE OJOS		2	2%
DOLORS DE OREJAS		2	2%
DOLORS FRECUENTES		1	1%
DOLORS RAROS		1	1%
		94	100%

o. de Casos Registrados 39

Piensa

Aquí se registraron las verbalizaciones que el paciente manifiesta en el momento de la sesión terapéutica con respecto a los sentimientos que decía tener en relación a lo sucedido.

Se obtuvieron 185 verbalizaciones correspondientes a 50 pacientes. Los datos se pueden observar en el CUADRO F.

Las verbalizaciones se clasificaron en 13 categorías, de las cuales las más frecuentes fueron: predicción o descripción negativa de su situación con el 37%; aprendizaje, restricción o control de sí mismo y culpar con el 9% respectivamente; soledad, abandono, indicador de un estado depresivo y baja tolerancia a la frustración con el 7% cada una. Todas las demás obtuvieron frecuencias menores.

Como puede observarse la categoría predicción o descripción negativa de su situación superó en gran medida a las demás. Esta indica que aún cuando los sismos no hayan ocasionado pérdidas reales, las personas tienden a realizar distorsiones perceptuales acerca de la realidad.

CUADRO F			
Qué Piensa			
CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	FR	%
ACCION O DESCRIPCION ATIVA DE SU SITUACION		65	37%
R	Evaluándose a Sí Mismo Evaluando a Otros	18	9%
DIZAJE (ANGUSTIA)	Fragilidad Temor al Daño Temor a Sufrir lo que Otros	17	9%
ACCION O CONTROL DE MISMO		17	9%
ADORES DE DEPRESION	Autodevaluaciones Le Gustaría Morir No Tiene Interés	14	7%
TOLERANCIA A LA CRITICACION	Se Impresiona Fácilmente Piensa en la Crítica	14	7%
AD, ABANDONO		13	7%
DIA	No Acepta los Hechos	10	5%
ISICOS	Religiosos, Premoniciones	7	4%
S DE IRSE		3	2%
ONDRIACOS		3	2%
UIR A OTROS LAS RES ABILIDAD DE LAS PRO EMOCIONES		2	1%
TRAR A SU FAMILIA		2	1%
		185	100%

No. de Casos Registrados 50

Siente

En esta clase se registraron aquellas verbalizaciones de los - entes con las que describían su estado emocional actual, es de - aquello que el sujeto reportaba sentir, de acuerdo a un estado - ológico, conductual y/o a una cognición o serie de cogniciones - iculares relativas a ese estado.

Se recopilaron 114 respuestas correspondientes a 54 pacientes - 1 en promedio por sujeto), que disponían de dicho dato. (Véase - RO G.)

Las diferentes respuestas se agruparon en cinco categorías que - miedo y angustia que obtuvieron la mayor frecuencia con el 68% - total de las verbalizaciones; depresión con el 18%; enojo con - 12%; y dos categorías registradas como "preocupación por la fal- - de emoción" y "se siente bien" con el 1% de las frecuencias res- - ivamente.

CUADRO G

Qué Siente

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	FR	%
I, ANGUSTIA		78	68%
SION		20	18%
		14	12%
UPACION POR LA FALTA EMOCION		1	1%
ENTE BIEN		1	1%
		114	100%

No. de Casos Registrados 54

face

Se refiere a las actividades que reportaron los pacientes haber realizado después de ocurridos los sismos, antes de presentarse por primera vez a consulta, son respuestas motoras.

Fueron un total de 75 respuestas correspondientes a 43 pacientes que proporcionaron dicho dato. Los resultados se concentraron en el CUADRO H.

Se clasificaron en cinco grandes categorías:

- conductas de enfrentamiento socialmente aceptadas;
- conductas ineficaces de enfrentamiento;
- deterioro de las actividades y las relaciones interpersonales;
- conductas catárticas; y
- conductas de apoyo.

Entre ellas la subcategoría "búsqueda de apoyo social de familiares, amigos y profesionales", constituyó el 24% de los reportes. La ingestión en exceso de medicamentos, bebidas y alimentos, así como la conducta de evitar tanto lugares asociados al sismo como inactividad nueva, obtuvieron el 16% de las frecuencias cada una. Realizar actividades como caminar, viajar, ver T.V., tejer o leer significó el 11%. Llorar fue el 8% de lo reportado. Las demás categorías representaron el 6% de las frecuencias.

CUADRO H			
Qué Hace			
CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	FR	%
CATEGORIAS DE ENFRENTAMIENTO ALMENTE ACEPTADAS	Busca Apoyo Social (antes de asistir a la clinica): <ul style="list-style-type: none"> . familiares . amigos . profesionales 	18	24%
	Realiza Actividades Varias: <ul style="list-style-type: none"> . camina . viaja . ve T.V. . teje . lee 	8	11%
CATEGORIAS INEFICACES DE ENFRENTAMIENTO	Ingestión Excesiva: <ul style="list-style-type: none"> . medicamentos . bebidas . alimentos 	12	16%
	Va a Observar los Derrumbres	2	3%
	Planea Actividades	3	4%
CATEGORIAS DE FUGA DE LAS ACTIVIDADES Y LAS RELACIONES INTERPERSONALES	Evita: <ul style="list-style-type: none"> . lugares . noticias 	12	16%
	Se Aisla	4	5%
	Se Pasa Viendo Lámparas (como señal de temblor)	1	2%
CATEGORIAS CATARTICAS	Llora	6	8%
	Desea Gritar	2	3%
	Llora y le da un Ataque de Risa	1	2%
CATEGORIAS DE APOYO	Ayuda en el Rescate	4	5%
	Se Controla Para Apoyar a un Tercero	2	3%
		75	100%

total de Casos Registrados 43

Conducta Durante la Sesión

Dentro de esta clase los observadores registraron las posturas y las conductas más sobresalientes de los pacientes durante la sesión terapéutica. Es decir, las manifestaciones tanto verbales como corporales (operantes y reflejas), a partir de las cuales se pueden inferir las respuestas (afectivas o cognoscitivas) del paciente ante la situación específica.

Se hicieron 98 descripciones correspondientes a 44 sujetos, -- todo que solo en estos casos los observadores tuvieron acceso directo a la entrevista terapéutica. (Véase CUADRO I.)

Las respuestas se clasificaron en cuatro grandes categorías: - manifestaciones tanto operantes como reflejas que fueron el 34% de las descripciones (tensión, aspectos verbales, sudoración y ruborización); la categoría emociones reflejadas durante la sesión, en la que la angustia fue la más sobresaliente obtuvo el 22%; relación con el terapeuta, que en su mayoría se describe como pasiva (10%) o evasiva (6%) y; manifestaciones catárticas que incluye el 20% de las descripciones, como llorar o estar a punto de hacerlo.

Los Observados en los Pacientes al Finalizar la Sesión

Finalmente en el CUADRO J, se muestran los cambios (afectivos cognitivos) que el paciente reportó haber tenido al finalizar la sesión. En el 43% de los casos se pasó de un estado de ansiedad a uno de alivio; en el 29% de un estado de angustia a uno de enojo; en el 14% de un estado de confusión a uno de claridad y; en el 14% de una seguridad aparente a un estado de inseguridad. En este cuadro se hace evidente que el 16% de las sesiones iniciales produjeron cambios en los pacientes.

CUADRO J			
Cambios Observados en los Pacientes al Finalizar la Sesión			
ESTADO INICIAL	ESTADO FINAL	FR	%
EXPRESION CONFUSA	EXPRESION CLARA	1	14%
SEGURIDAD APARENTE	INSEGURIDAD EVIDENTE	1	14%
ANGUSTIA	ENOJO	2	29%
ANGUSTIA	ALIVIO	3	43%
		7	100%

No. de Casos Registrados 7.

VERBALIZACIONES Y PUNTAJE DE LA EAMD

Para verificar si el puntaje obtenido en la EAMD correspondía al número de verbalizaciones de síntomas físicos manifestados por los pacientes de la clínica en la primera sesión terapéutica, se procedió a la realización de correlaciones que pudieran proporcionar datos más claros a esta situación. Los resultados se muestran en la TABLA I.

En dicha tabla se muestra que las correlaciones no fueron significativas, lo cual puede ser explicado por el hecho de que la EAMD, además de medir sintomatología física, explora otras características o factores. Por lo tanto, se sugiere que el puntaje obtenido en la EAMD puede ser superior a las verbalizaciones de sintomatología física, en la práctica clínica, ya que estimula la respuesta sistemáticamente, no la deja a la espontaneidad del paciente y a la técnica de entrevista del terapeuta.

M u e s t r a s	Número de Sujetos	Correlación	Probabilidad
Hombreres de la Clínica	15	- .13	N.S.
Mujeres de la Clínica	45	.03	N.S.
Todas Muestras	60	- .23	N.S.

RESULTADOS DE LOS REGISTROS "SESIONES SUBSECUENTES"

Para este análisis se tomó en cuenta la clasificación de asistencia y la evolución de los pacientes a lo largo de las sesiones apéuticas.

ASISTENCIA A LAS SESIONES TERAPEUTICAS

Los pacientes fueron clasificados según su asistencia en cuatro categorías: Altas, Canalizados, Desertores y Citados Nuevamente.

Altas.- Aquí fueron considerados todos aquellos pacientes que terminaron su proceso terapéutico.

Canalizados.- Todos aquellos pacientes cuya problemática, a criterio del terapeuta, requerían un análisis psicológico profundo.

Desertores.- Aquellos pacientes que dejaron de asistir sin haber sido dados de alta.

Citados Nuevamente.- Todos aquellos pacientes que necesitaron una sesión para solucionar el motivo de consulta que los llevó a pedir ayuda psicológica.

Los datos de este análisis se concentran en la TABLA II.

T A B L A I I

FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LAS ASISTENCIAS A LAS SESIONES TERAPEUTICAS
 LOS PORCENTAJES SE CALCULARON EN FUNCION
 DEL TOTAL DE SUJETOS CITADOS A SESION

Numero de sesiones	A l t a s		Canalizados		Desertores		Citados Nuevamente		T o t a l
	fr.	%	fr.	%	fr.	%	fr.	%	
1	6	10%	12	21%			36	64%	54
2	4	11%	1	2%	9	25%	22	62%	36
3	5	23%	2	9%	7	32%	8	36%	22
4	2	25%	0		2	25%	4	50%	8
5	1	25%	0		1	25%	2	50%	4
6	0		1	50%	0		1	50%	2
11			1	100%					1
	N=18		N=17		N=19				

OTA: Cuatro casos que asistieron por primera vez a la clínica sólo resolvieron la prueba, más no recibieron atención psicológica.

Dos casos que asistieron a primera sesión no caían dentro de ninguna clasificación, ya que el motivo de consulta verbalizado no tenía relación con el sismo. Por tanto el terapeuta consideró que una sesión era suficiente.

De los 56 casos que se incluyen en este estudio, en la primera sesión, 6 fueron de alta, 12 fueron canalizados y 36 fueron citados nuevamente.

De los pacientes citados a segunda sesión, 9 desertaron, por lo que se atendieron 27 casos. De éstos; 4 fueron dados de alta y 23 fueron canalizados. Se citaron nuevamente 22 pacientes.

En la tercera sesión se atendieron 15 casos, ya que 7 de los que esperaban no acudieron a consulta. De los atendidos; 5 se dieron de alta, 2 se canalizaron y 8 se citaron de nuevo.

En cuarta sesión desertaron 2 casos, por lo tanto, se atendie6 pacientes; 2 se dieron de alta y 4 se citaron nuevamente.

De los citados a quinta sesión, 1 desertó, por lo que se atenon 3 pacientes; 1 se dio de alta y a 2 se les dio otra cita.

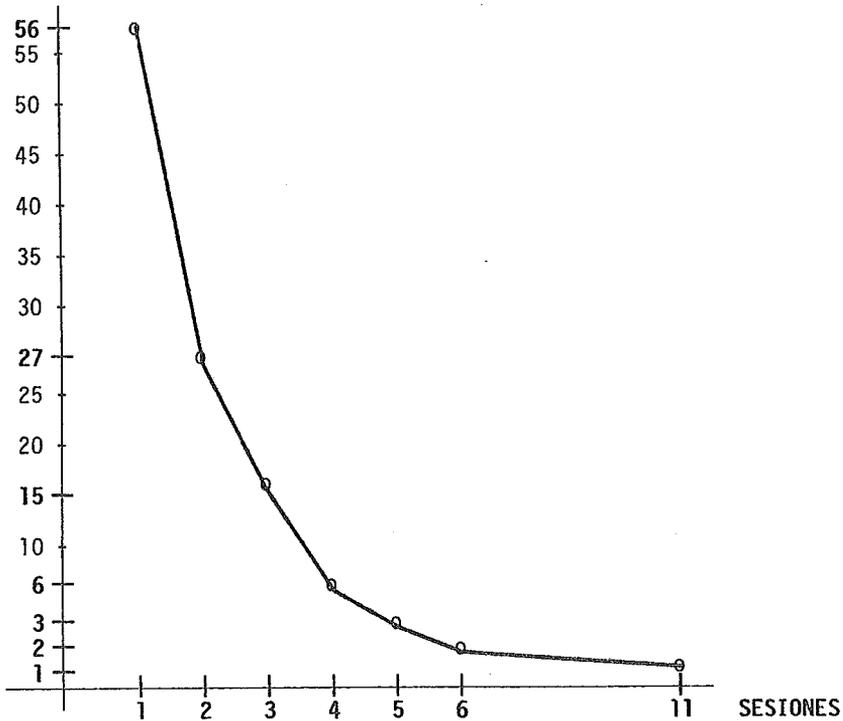
En sexta sesión se atendieron 2 casos; 1 fue canalizado y al o se le citó nuevamente, hasta que se le canalizó en la décimonera sesión.

La frecuencia de las sesiones terapéuticas y el número de pantes, se muestra en la gráfica *B* .

G R A F I C A *B*

ASISTENCIA A LAS SESIONES TERAPEUTICAS
RELACION ENTRE EL NUMERO DE SESIONES Y EL NUMERO DE PACIENTES

SUJETOS



- 56 pacientes asistieron a la primera sesión.
- 27 pacientes asistieron a dos sesiones.
- 15 pacientes asistieron a tres sesiones.
- 6 pacientes asistieron a cuatro sesiones.
- 3 pacientes asistieron a cinco sesiones.
- 2 pacientes asistieron a seis sesiones.
- 1 paciente asistió a once sesiones.

UCION DE LOS PACIENTES

Los resultados de este análisis pertenecen a los 27 pacientes tuvieron 2, 3, 4 o más sesiones clínicas.

Los pacientes fueron clasificados en relación a su mejoría, - sión o persistencia de su problemática. Esta relación se obtu- omando en cuenta las verbalizaciones realizadas por los pacien en todos sus registros. (Para ampliación consulte APENDICE).

Los resultados de este análisis se concentran en el CUADRO --

Mejoría.- En las diferentes categorías se designó como: la -- parición de los sucesos perturbadores en "QUE PASA"; la desapa ón o disminución de las emociones negativas en "QUE SIENTE"; - ambio de ideas pesimistas a ideas optimistas en "QUE PIENSA"; reintegración del individuo a su actividad habitual en "QUE - " .

Remisión.- Implica la desaparición de sintomatología física.

Persistencia.- Se llamó al hecho de no haberse modificado la aación reportada, en las diferentes categorías, como problemá- , agravándose en algunas ocasiones.

Intomatología Física

En 10/12 de los pacientes dados de alta, hubo remisión de sí
omas. De los canalizados 2/5 habían mejorado en el momento de ser
analizados. De los que desertaron en 7/10 hubo remisión. El hecho
que 7 de los desertores estuvieran mejorando, sugiere que ellos
dieron haber considerado logradas sus metas terapéuticas o bien
se consideraron ya no necesitar ayuda.

¿Qué Piensa

Las verbalizaciones en esta clase se clasificaron en dos gran
es grupos: "pensamientos optimistas" y "pensamientos pesimistas".
De los casos dados de alta, 8/12 tuvieron pensamientos optimistas.
De los canalizados 1/5 manifestaron pensamientos optimistas. En --
los 10 desertores persistieron los pensamientos negativos o pesi--
istas (en la última sesión a la que asistieron).

¿Qué Siente

De los pacientes dados de alta, 10/12 se sintieron tranquilos;
de los canalizados sólo 1/5; y de los desertores 8/10.

¿Qué Hace

De los dados de alta 9/12 volvieron a su actividad normal. De
los canalizados sólo 1/5. De los que desertaron 8/10 se reintegra--
on a sus actividades.

C U A D R O I I I
ANALISIS DE LA EVOLUCION DE LOS PACIENTES
A TRAVES DE LAS DIFERENTES SESIONES TERAPEUTICAS
(SESIONES SUBSECUENTES)

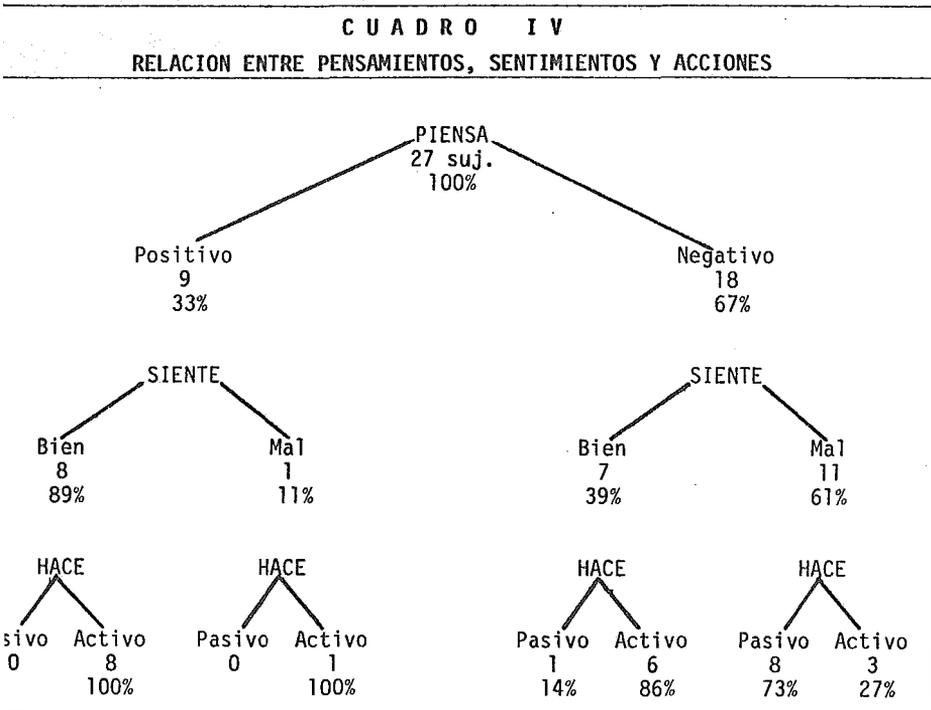
	<u>CLASIFICACION</u>	<u>TOTAL</u>	<u>MEJORARON</u>	
QUE PASA	Altas	12	8	
	Canalizados	5	0	mejora situación
	Desertores	10	2	
SINTOMATOLOGIA FISICA	Altas	12	10	
	Canalizados	5	2	remiten síntomas
	Desertores	10	7	
QUE PIENSA	Altas	12	8	
	Canalizados	5	1	optimista
	Desertores	10	0	
QUE SIENTE	Altas	12	10	
	Canalizados	5	1	tranquilidad
	Desertores	10	4	
QUE HACE	Altas	12	9	
	Canalizados	5	1	actividad habitual
	Desertores	10	8	

Qué Pasa

De los pacientes dados de alta, 8/12 reportaron que su situación mejoró, mientras que 4/12 reportaron que la situación negativa continuaba. En los 5 canalizados persistió la problemática. De los que desertaron, 2/10 estaban mejorando.

RELACION ENTRE PENSAMIENTOS, SENTIMIENTOS Y ACCIONES

En este análisis se relacionaron los pensamientos optimistas los sentimientos de bienestar-malestar y con la conducta pasiva-activa de los pacientes. (Véase CUADRO IV.)



Se analizaron los datos de 27 casos, de los cuales: 9 (33%) fueron pensamientos positivos, de éstos, 8 (89%) se sintieron bien y 1 (11%) mal. Los 8 que se sintieron bien y el que se sintió

volvieron a su actividad normal. Esto significa que el 100% reintegró a su actividad habitual. Los 18 restantes (67%), tuvieron pensamientos negativos, de éstos, 7 (39%) se sintieron bien, siendo 6 de ellos (86%) a su actividad normal, mientras que 1 permaneció pasivo. De los 11 (61%) que se sintieron mal, 8 permanecieron pasivos y 3 (27%) regresaron a su actividad.

Estos datos revelan la existencia de dos resultados diferentes ante los pensamientos negativos: un grupo emocionalmente "sano" y otro "perturbado". Esta diferencia puede deberse a la naturaleza de los pensamientos negativos, mecanismos de defensa, estilos de enfrentamiento o hábitos.

Para determinar la interacción que poseen las categorías piensa, siente y hace, se colocaron en tablas de doble entrada y se sometieron a prueba con la χ^2 . Los resultados se observan en el CUADRO V.

C U A D R O V		
INTERACCION ENTRE LAS CATEGORIAS PIENSA, SIENTE Y HACE		
Categorías	χ^2	P
Piensa vs. Siente	6.07	.05 ⁺
Piensa vs. Hace	6.75	.05 ⁺
Siente vs. Hace	10.80	.01 ⁺

+ Significativa.

Como puede observarse en el cuadro anterior, todas las categorías son dependientes. Esto significa que:

- a) El sentirse bien es consecuencia de los pensamientos optimistas.

- b) El pensar de manera optimista permite al individuo reintegrarse a su vida habitual.
- c) La intensidad de las emociones esta relacionada con la conducta del individuo.

Estos resultados señalan la gran relación en el funcionamiento del individuo que tiene los pensamientos, las emociones y la conducta. La probabilidad más alta de reintegrarse a la actividad normal es de aquellas personas que poseen pensamientos positivos bienestar emocional; seguidos por aquellos que reportan bienestar emocional a pesar de sus pensamientos negativos; finalmente, menor probabilidad de reintegración ocurre en aquellos pacientes donde coinciden los pensamientos negativos y la perturbación emocional.

Debido a que las técnicas terapéuticas y de entrevista fueron diferentes (según la orientación del terapeuta), no puede precisarse más en las variables pensamiento y emoción. Este es un problema yacente a la investigación, ya que en el terreno de la psicoterapia, debe elegirse entre el control de variables o la "validez ecológica" del estudio. Recuérdese que la naturaleza de este estudio terminó que no se controlaran variables. Su importancia radicó en la observación del fenómeno terapéutico en su escenario natural.

C A P I T U L O X

COMPARACION DE LOS PUNTAJES EN LA EAMD
ENTRE EL GRUPO DE ALTO RIESGO (CLINICA)
Y EL GRUPO DEPRIMIDOS DIAGNOSTICADOS

METODOLOGIA

Para validar la EAMD como una prueba para medir depresión (ya que los pacientes de "alto riesgo" de la muestra en el estudio anterior, no tenían como diagnóstico principal la depresión sino ---cción de angustia), se aplicó a una muestra de pacientes externos asistentes a un servicio psiquiátrico, con diagnóstico de depresión.

OBJETOS

Se retomó la población de "alto riesgo" del estudio anterior para una muestra de 42 pacientes diagnosticados por un psiquiatra como deprimidos.

ESCENARIO

La recopilación de datos del grupo depresivo se realizó en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Regional "Adolfo López --leos".

INSTRUMENTO

Escala para la Automedición de la Depresión (EAMD).- Para la aplicación de la escala en este estudio, se modificaron las dificultades gramaticales que poseían tanto la redacción de los ítems como los intervalos del formato de respuesta.

Las modificaciones fueron las siguientes:

Instrucciones.- De "abajo vas a encontrar veinte afirmaciones, al lado de cada una aparecen cuatro columnas cuyos -- encabezados dicen: MUY POCAS VECES, ALGUNAS VECES, LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO y CONTINUAMENTE; por una marca (X) en el cuadro que describa mejor cómo te sientes ahora" a "abajo hay 20 afirmaciones, al lado de cada una aparecen 3 columnas cuyos encabezados dicen: SI, NO ESTOY SEGURO y NO, ponga una marca (X) en el cuadro que describa mejor cómo se --- siente ahora. Trate de evitar la columna del centro. Gracias por su cooperación".

- Items corregidos.-**
- # 5 - de "como igual que antes solía hacerlo" a "como con el mismo apetito de antes".
 - # 6 - de "todavía disfruto de las relaciones - con muchachos de otro sexo" a "disfruto del sexo igual que antes".
 - # 8 - de "tengo molestias intestinales" a ---- "estoy estreñado".
 - # 10 - de "me canso sin hacer nada" a "me canso a pensar de no hacer nada".
 - # 12 - de "me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro" a "me resulta fácil hacer -- las cosas que acostumbraba".
 - # 15 - de "estoy más irritable de lo usual" a - "estoy más irritable que de costumbre".
 - # 17 - de "siento que soy útil y necesario" a - "se que soy útil y necesario".

- # 18 - de "mi vida tiene bastante interés" a -
"mi vida es satisfactoria".
- # 19 - de "creo que les haría un favor a los --
demás muriéndome" a "creo que muriéndome
le haría un favor a los demás".
- # 20 - de "todavía disfruto con las mismas co--
sas" a "disfruto lo mismo ahora que antes".

gorías de respuesta.- Las categorías de respuesta se cambiaron de cuatro (muy pocas veces, algunas veces, la mayor parte del tiempo y continuamente) a tres categorías: Si, No estoy seguro y No. Recodificando de esta manera (de una escala de orden a una escala nominal de categorías dicótomas), se facilita el tratamiento estadístico de los datos. De esta forma, salud se califica con 1 y enfermedad se califica con 0.

EDIMIENTO

Al igual que en el grupo de "alto riesgo" la aplicación fue individual en el grupo depresivo. A este grupo se le dijo que se iba de un pequeño estudio para saber su estado de ánimo.

RESULTADOS DE LA MUESTRA DEPRESIVA

Se calificaron los cuestionarios de acuerdo a la recodificación propuesta por los investigadores, dándose el puntaje de 1 a la categoría SI (presencia del síntoma-enfermedad), y de 0 a la categoría NO (ausencia del síntoma-salud).

RELACIONES SALUD-ENFERMEDAD

El primer análisis de este estudio consistió en determinar si la forma en que contestaban la prueba la población clínica y la de la muestra era semejante. Para ello se procedió a la realización de correlaciones de rango entre los diferentes pares de grupos. Para probar la validez de la escala, ésta debe medir en la misma dirección sin importar los parámetros de la población medida. La muestra A muestra los resultados.

T A B L A 1

CORRELACIONES DE RANGO DE LAS RESPUESTAS A LOS 20 ITEMS

	<u>Hombres Depresivos</u>	<u>Mujeres Depresivas</u>	<u>Muestra Depresiva</u>
Hombres Depresivos	.55 ⁺		
Mujeres de la Clínica	.32	.41	.46 ⁺
Mujeres de la Clínica	.29	.05	

Los valores .32 y .05 son dependientes.

El examen de la TABLA 1 indica que solo dos correlaciones resultaron significativas y positivas. La mayor correlación .56 p > .05 fue entre los hombres y mujeres depresivas. Esta situación era

sperada, por provenir ambos grupos de población diagnosticada depresiva. La otra correlación significativa $.46 p > .05$, --- ocurrió cuando se involucraron las mujeres de la clínica y la --- tra depresiva. Aquí se hace clara la presencia de componentes esivos en las mujeres de la clínica, cuyo grupo fue el que obtuvo los puntajes más elevados en la escala y la \bar{x} más patológica l estudio l.

Por otro lado, aunque no significativa la correlación entre --- res depresivas y mujeres de la clínica indica que existe cierta semejanza entre los ordenes. Lo que no sucede entre las demás --- inaciones donde se observa que los ordenes son totalmente independientes (la forma de contestar la escala es diferente).

ANÁLISIS DE ITEMS

Para el análisis de ítems se contaron las respuestas a cada --- de las categorías en los 20 ítems. La TABLA 2 muestra las frecuencias de respuesta de la muestra depresiva a cada ítem. Se consideran las dos categorías y las omisiones.

T A B L A 2
FRECUENCIAS DE RESPUESTA A LAS DIFERENTES CATEGORIAS
MUESTRA DEPRESIVA

Número de Items	Omisiones	S a l u d	Enfermedad
1	2	9	31
2	2	25	15
3	1	16	25
4	1	17	24
5	1	17	24
6	3	12	27
7	1	21	20
8	1	25	16
9	2	17	23
10	2	15	25
11	1	15	26
12	1	14	27
13	1	13	28
14	2	32	8
15	1	20	21
16	2	21	19
17	2	32	8
18	2	24	16
19	5	27	10
20	0	11	31

Puede observarse que sólo 11 (1, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, -
 / 20) de los 20 items tuvieron predominio en el polo de la en--
 nedad.

INTERACCION SEXO-CONDICION (SALUD-ENFERMEDAD)

Para investigar si las variables sexo condición son independientes, se realizó una tabla de doble entrada por ítem y se aplicó la prueba de la χ^2 . A continuación se muestran los resultados de los dos ítems que fueron significativos.

T A B L A 3
DISTRIBUCION DE LAS RESPUESTAS AL ÍTEM 2
DOS GRUPOS

g r u p o	Categoría de Respuesta		Sumatoria
	S a l u d	E n f e r m e d a d	
es Depresivos	7	9	16
es Depresivas	18	6	24
oria	25	15	40

$$\chi^2 = 4$$

T A B L A 3.1.
DISTRIBUCION DE LAS RESPUESTAS AL ÍTEM 3
DOS GRUPOS

g r u p o	Categoría de Respuesta		Sumatoria
	S a l u d	E n f e r m e d a d	
es Depresivos	10	6	16
es Depresivas	6	19	25
oria	16	25	41

$$\chi^2 = 6.48$$

Se observa que sólo en los ítems 2 y 3 existe una interacción entre el sexo y la condición. En el ítem 2 las mujeres depresivas

enden significativamente hacia la salud y los hombres a la enfermedad. En el ítem 3 los hombres depresivos tienden a la salud y -- mujeres a la enfermedad. Ningún otro ítem tiene diferencias -- significativas entre el sexo. Esta situación confirma (estudio 1) la depresión "no tiene sexo".

SIONES

El grupo de hombres depresivos omitió responder el 3% de las preguntas y el grupo de mujeres de la clínica el 5%. Estos datos indican que sigue siendo el grupo femenino el que comete el mayor número de omisiones. Además se corrobora con el estudio 1, que los ítems que más evitan responder son el 6 y el 19. El ítem 6, que explora la problemática sexual, parece ser un indicador de patología en las mujeres mexicanas. El ítem 19 que explora los deseos de muerte, no puede decirse que sea un ítem indicador de patología, -- que las frecuencias de respuesta en los grupos: clínica, estudiantes y depresivos se cargaron en el polo de la salud. Esta situación pone de manifiesto que:

- a) la población mexicana (independientemente de su grado de patología) no expresa situaciones de gran autodevaluación como la que indaga este ítem;
- b) la forma en que son exploradas las "ideas suicidas" es inadecuada; y
- c) de acuerdo a la cultura mexicana se sugiere modificar totalmente este ítem, por ejemplo "tengo deseos de morirme" o "a nadie le interesa lo que me sucede".

ELIMINACION DE LOS ITEMS

Si el objetivo del estudio es demostrar la validez de la EAMD es necesario que sus items discriminen entre "normalidad" y "patológica". Para someter a prueba la cualidad discriminativa de los items, se contaron las respuestas saludables y enfermas comparando mediante χ^2 . En este análisis se consideraron dos grupos: mujeres deprimidas y hombres deprimidos. Los resultados se presentan en la TABLA 4.

T A B L A 4
FRECUENCIAS DE RESPUESTAS "SALUDABLES" (S) Y "ENFERMAS" (E)
RESULTADOS DE χ^2
DOS GRUPOS

Numero de Items	Hombres Depresivos				Mujeres Depresivas			
	S	E	χ^2	P	S	E	χ^2	P
1	5	11	2.6	N.S.	4	20	10.67	.01 ⁺
2	7	9	2.5	N.S.	18	6	6	.02 ⁺
3	10	6	1	N.S.	6	19	6.67	.01
4	6	10	2.6	N.S.	11	14	.18	N.S.
5	7	9	2.6	N.S.	10	15	1	N.S.
6	7	9	2.6	N.S.	5	18	7.34	.01 ⁺
7	7	8	.56	N.S.	14	12	.15	N.S.
8	9	6	.6	N.S.	16	10	1.38	N.S.
9	5	10	1.67	N.S.	12	13	.04	N.S.
10	5	10	1.67	N.S.	10	15	1	N.S.
11	7	8	.07	N.S.	8	18	3.84	.05 ⁺
12	5	11	2.25	N.S.	9	16	1.96	N.S.
13	5	10	1.67	N.S.	8	18	3.84	.05 ⁺
14	14	2	9	.01	18	6	6	.02 ⁺
15	6	10	1	N.S.	14	11	.36	N.S.
16	7	8	.56	N.S.	14	11	.36	N.S.
17	12	3	5.4	.05	20	5	9	.02 ⁺
18	10	6	.56	N.S.	14	10	.67	N.S.
19	11	4	3.27	N.S.	16	6	4.54	.05 ⁺
20	2	14	9	.01	9	17	2.46	N.S.

Items significativos.

= Salud.

= Enfermedad.

El examen de la TABLA 4 revela que sólo 3 de los 20 ítems tuvieron diferencias significativas en el grupo de los varones deprimidos; 2 ítems (14 y 17) en el polo de la salud y 1 ítem (20) en el de la enfermedad. En el grupo de mujeres deprimidas 9 de los 20 ítems fueron significativos; 5 ítems (1, 3, 6, 11 y 13) en el polo de la enfermedad y 4 ítems (2, 17, 18 y 19) en el de la salud. Si se consideran ambos grupos se observa que 15 ítems tuvieron predilección hacia uno u otro polo. Los ítems 1, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 14 y 20 se cargaron hacia la enfermedad, y los ítems 8, 14, 17, 18 y 19 se cargaron hacia la salud. En los ítems 2, 3, 7, 15 y 16 las frecuencias de salud-enfermedad se encuentran "contrapunteadas":

Item 2: ♂ E ♀ S

Item 3: ♀ E ♂ S

Item 7: ♂ E ♀ S

Item 15: ♂ E ♀ S

Item 16: ♂ E ♀ S

Este análisis indica que el poder discriminativo de los ítems cambian cuando se consideran dos grupos. Debido a esto, se aplicó la prueba de la χ^2 a los 20 ítems sin considerar el sexo, para determinar cuáles de ellos discriminaban entre salud y enfermedad. La TABLA 5 muestra los datos.

entran del lado de la enfermedad. Este análisis indica la existencia de tres clases de ítems:

- Ítems Confiables (Predominio en la Enfermedad)

- 1 Me siento abatido y melancólico
- 5 Como con el mismo apetito de antes
- 6 Disfruto del sexo igual que antes
- 9 El corazón me late más aprisa que de costumbre
- 10 Me canso a pesar de no hacer nada
- 11 Tengo la mente tan clara como antes
- 12 Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbraba
- 13 Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto
- 15 Estoy más irritable que de costumbre
- 20 Disfruto lo mismo ahora que antes

- Ítems No Confiables (Predominio en la Salud)

- 7 Noto que estoy perdiendo peso
- 8 Estoy estreñado
- 14 Tengo esperanza en el futuro
- 16 Me resulta fácil tomar decisiones
- 17 Se que soy útil y necesario
- 18 Mi vida es satisfactoria
- 19 Creo que muriéndome le haría un favor a los demás

- Ítems Dependientes del Sexo

- 2 En la mañana me siento mejor (hombres)
- 3 Tengo accesos de llanto o deseos de llorar (mujeres)

C A P I T U L O X I

**BAREMO
(ESTANDARIZACION)**

NORMAS PARA LA POBLACION ESTUDIADA

El análisis detallado de la EAMD llevó a los investigadores - presente estudio a la necesidad de crear normas adecuadas. Cono narse únicamente con demostrar la validez de la escala dejaría it adado el uso óptimo del instrumento.

Algunos laboratorios farmacéuticos han distribuido entre la - lación médica mexicana la versión traducida de la prueba que, - o ya se ha mencionado, por su facilidad de aplicación es ampliate utilizada en nuestro país.

La publicación incluye la tabla para convertir el puntaje crual Índice de Automedición de la Depresión (IAMD). (Véase página).

La tabla muestra que:

- a) El IAMD tiene un rango de 76 unidades, de 25 a 100, que es más amplio que el puntaje crudo que es de 61 unidades, de 20 a 80.
- b) El IAMD máximo se determina arbitrariamente en 100 y el mí nimo en 25.
- c) Que para hacer el ajuste se realizó una transformación matemática simple. La proporción de las 61 unidades del puntaje crudo a las 76 del IAMD es de 1 a 1.25. A partir de - 25 en el IAMD se suman las fracciones, de tal forma que -- casi siempre cada 4 enteros se salta un dígito.

Esta transformación además de arbitraria es inútil, su única tud parece ser la posibilidad de asignar 100 a una máxima deprere

, que por otro lado tal vez sea imposible que se presente el -
aje extremo.

La aplicación de la estadística a la psicometría dispone de -
datos de estandarización y normalización que superan en mucho la
información que la escala presenta. Por tal motivo se procedió
a la elaboración de un baremo que llenará los requisitos elementa-

INFORMACION A PERCENTILES DE LOS PUNTAJES DE LA EAMD

Para la elaboración del baremo que determinará la presencia -
de depresión en población depresiva medicada; se utilizaron las --
clasificaciones obtenidas en la escala por los sujetos diagnóstica-
mente como depresivos. El baremo incluye ambos sexos y edades que --
van de 18 a 72 años. Los datos que se utilizaron para la reali-
zación del baremo fueron:

$$\begin{aligned} N &= 42 \\ \bar{x} &= 10.07 \\ S &= 3.96 \\ S^2 &= 15.73 \end{aligned}$$

El baremo que da de la siguiente forma:

**NORMAS ESTANDARIZADAS PARA LA POBLACION DEPRESIVA
BAJO TRATAMIENTO FARMACOLOGICO**

<u>Puntaje</u>	<u>fr</u>	<u>fr</u>	<u>Percentiles</u>
0	0	0	00
1	0	0	00
2	1	1	02
3	0	1	02
4	3	4	09
5	4	8	19
6	0	8	19
7	5	13	31
8	2	15	36
9	1	16	38
10	5	21	50
11	3	24	57
12	4	28	67
13	5	33	79
14	4	37	88
15	1	38	90
16	4	42	99
17	0	42	99
18	0	42	99
19	0	42	99
20	0	42	99

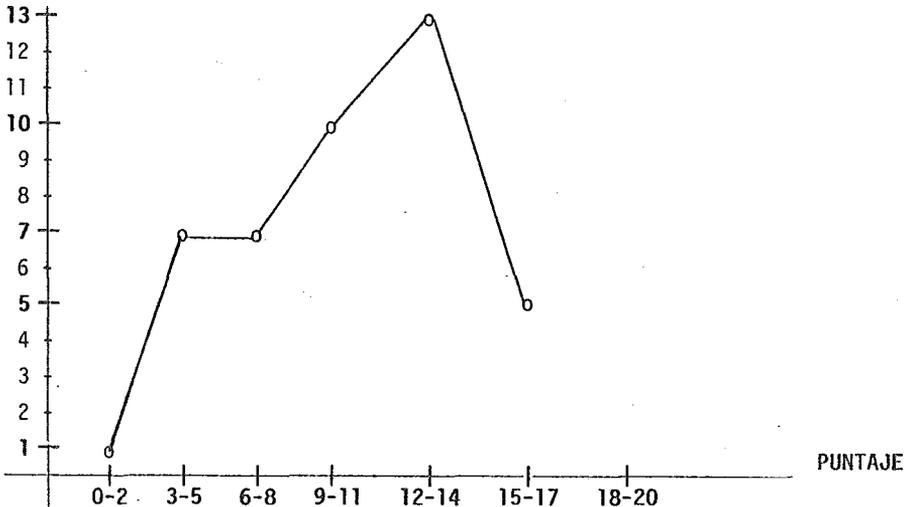
Ya que el análisis anterior demostró que la depresión no tie-
exo, cualquier persona, hombre o mujer con edad similar a las
rendidas en el baremo, que conteste la escala modificada (véase
dice), podrá ser comparado contra las normas para la población
esivas medicada. Por ejemplo: cuando un sujeto obtenga una ca-
cación de 3 en la escala, éste habrá superado en depresión el
e la población (caerá en el percentil 02) del D.F.; un sujeto
obtenga 9 habrá superado al 38%; y uno que califique 14 habrá
rado al 88%.

Si las medias de la muestra a las que se aplique la escala modificada son mayores o cercanas al 10.07, esto significará la existencia de una patología cuyo principal componente será, seguramente la depresión. (Véase la GRAFICA σ .)

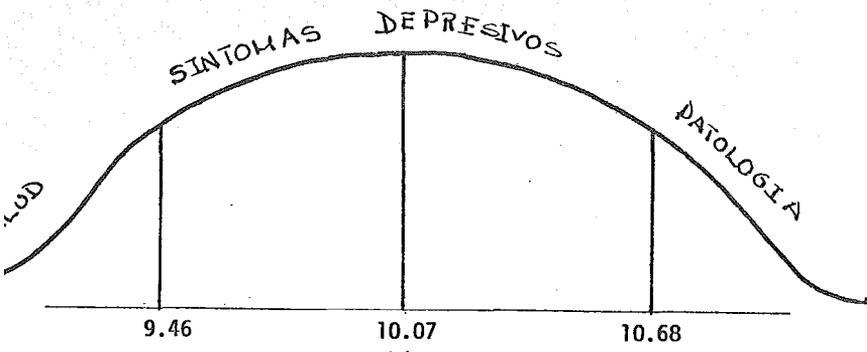
El error estándar de la media fue de .61, de acuerdo con esta banda (en la curva normal) que va de 9.46 a 10.68 ($10.7 \pm .61$) es el sitio donde caerá la media de la población (μ) el 95% de veces. En otras palabras, si la media de la muestra a las que sea aplicada la prueba, no cae entre 9.46 y 10.68, la muestra tiene una $p < .05$ de estar deprimida. Si se dobla el error estándar ($.61 \times 2 = 1.22$) y se repite la operación (10.07 ± 1.22), entonces si la muestra tiene una media mayor de 8.85 a 11.29 tiene $p < .01$ de ser un grupo deprimido o de pertenecer a la población de los depresivos.

GRAFICA σ
DISTRIBUCION DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN LA EAMD
DE LOS PACIENTES DEPRESIVOS

SUJETOS



GRAFICA d



$p < .05$
Estados
Depresivos

C A P I T U L O X I I

DISCUSION

Los resultados de este estudio se discuten en relación a la validez de la prueba. El diseño permitió el contraste entre tres pruebas: una saludable y dos patológicas (alto riesgo y depresiva).

Se observó que la variable medida por la EAMD se distribuye normalmente en todas las muestras. Esta normalidad de las distribuciones agrega validez a la prueba.

El análisis de ítems demuestra, en general, la capacidad discriminatoria de la "enfermedad" en el grupo de la clínica por la carga de los ítems y de la "salud" en el grupo de estudiantes. Las frecuencias se cargan al polo patológico en el primer caso y saludable en el segundo. En el grupo depresivo sólo el 50% de los ítems se cargan en el polo de la enfermedad.

De manera más particular la hipótesis sobre la capacidad discriminatoria de los ítems no se acepta en los ítems 7, 8, 9, 10 y 19 ya que en la población clínica se producen respuestas "saludables". Las primeras cuatro se refieren a reacciones fisiológicas: la depresión, las así llamadas somatizaciones, y el último a un juicio extremo sobre las ventajas sociales de morir. Al comparar estos datos con los de la muestra depresiva, se observó que los ítems 7, 8 y 19 apuntaban en la misma dirección, es decir, no discriminaban. Incluyéndose también los ítems 14, 16, 17 y 18. Estos resultados sugieren la modificación, substitución o eliminación de los mismos.

Debido a la no discriminación entre "salud" y "enfermedad" de los ítems, puede decirse que: la pérdida de peso, el estreñimiento, la taquicardia, la fatiga, tener esperanza en el futuro, sentirse útil y necesario, considerar que la vida es interesante y la valoración radical de la vida, son síntomas que no solo se incluyen en los estados depresivos sino también en situaciones normales.

El ítem 19 obtuvo respuestas "saludables" en todos los grupos. Cuales opinaron que les harían un favor a los demás muriéndome. Este ítem involucra una gran autodevaluación cuyo contenido emocional genera la negación de ésta como mecanismo de defensa. Lo cual observó sobre todo en los pacientes diagnosticados como depresi

Por otro lado, el ítem 16 produjo respuestas "patológicas" en grupos clínicos y estudiantes, y casi la misma proporción sa--enfermedad en el grupo depresivo. Esta contradicción en los retados puede deberse:

- a) que la cultura mexicana hace muy inseguros a los indivi-- duos;
- b) no es verdad que decidir sea sano y que no decidir sea patológico;
- c) la edad de los sujetos; y
- d) a la medicación de la muestra depresiva.

Los resultados sugieren cambiar el ítem, por ejemplo a "soy - eciso en ciertos casos" o "con mucha frecuencia".

Se hace necesario estudiar a la indecisión en su relación con cultura, la edad y la patología para decidir de una manera in-- mada su modificación o eliminación.

También se observó la capacidad discriminatoria de la prueba, a diferenciar entre grupos sanos y enfermos, así como entre di-- entes patologías.

Lo que inicialmente se pensó eran dos muestras: estudiantes y clínicos, resultó a la luz de los resultados estar formado por --- grupos: mujeres de la clínica, hombres de la clínica y estudiantes.

Tanto cuando se mantienen cuatro categorías de respuesta como cuando se reducen a dos, se hallaron tres grupos con diferente can- tid de depresión. Las mujeres de la clínica produjeron los mayo puntajes de depresión, los varones de la clínica ocuparon una posición intermedia entre las mujeres de la clínica y los estudian- tes, estos últimos fueron los más saludables.

La diferencia en los grupos "enfermos" y "sanos" demuestra la validez empírica por contraste de la prueba.

La clara división de los pacientes de la clínica en dos gru- pos en función del sexo, muestra dos formas patológicas de reac- ción entre los desastres, las solicitudes de ayuda terapéutica fue de 3 a 1 mujeres y hombres, diferencia que ocurrió en la cuali- dad de la reacción. Los varones se perturbaron (o pidieron ayuda) un o dos veces que las mujeres y su perturbación tuvo un componente de mayor intensidad de depresión.

En los pacientes diagnosticados como depresivos la proporción de 2 a 1 mujeres que hombres lo que refleja que la condición de de- presión es mayor en mujeres que en hombres.

Los items 2, 3 y 6 parecen definir las características patoló- gicas de las mujeres de la clínica ya que este grupo obtuvo frecuen- cias muy altas del lado de la enfermedad. Estos items cargan en el factor I del análisis factorial. El grupo de mujeres depresivas tam- bién obtuvo frecuencias altas del lado de la enfermedad en los items 3 y 6. Siendo el item 3 el único que dependió del sexo. Por lo que, tener accesos de llanto y falta de interés por las relacio-

con el otro sexo son reacciones que tienen una muy alta probabilidad de aparición en los grupos femeninos deprimidos.

En relación al ítem 2, en el grupo de deprimidos fue el único que marcó diferencias entre hombres y mujeres.

Las características más importantes detectadas en el grupo de pacientes de la clínica son la dificultad para funcionar a nivel anterior y el desasosiego. La alta frecuencia de respuesta al ítem 2 no se puede considerar sintomática, pues al ser una característica que se comparte con los grupos saludables, apunta más en dirección de un atributo cultural que de uno patológico.

Las omisiones significativamente más frecuentes en los grupos "normales", las señalan como una variable que tiene poder de discriminar patología. El ítem 6 aunque traducido hipócritamente para omitir su contenido sexual, cuando se aplicó a la muestra clínica, modificando cuando se aplicó a la muestra depresiva, fue el que produjo el número más alto de omisiones. Omitir una respuesta puede explicarse como una forma de huir de un contenido cuya confrontación produce angustia, su mayor aparición en el grupo femenino de pacientes sugiere que la huida es un mecanismo usado más frecuentemente por las mujeres y que a su vez pudiera relacionarse con una mayor patología emocional. Estas sugerencias plantean hipótesis para futuros trabajos en los que el objetivo específico sea discriminarlos.

A pesar que el diagnóstico del grupo de la clínica no fue específicamente de depresión los resultados validan la prueba como una medida de patología. Aún cuando los pacientes depresivos se encontraban, en su mayoría, bajo efectos de medicamentos antidepresivos. Los hallazgos indican que la prueba discrimina en la misma dirección que en la población clínica. Esto confirma la validez de

AMD como medida de depresión en los pacientes estudiados. Los resultados semejantes en ambas muestras, permite afirmar la existencia de componentes depresivos en las reacciones de ansiedad en personas de alto riesgo.

Los resultados mostraron la clara tendencia de los grupos a tender en uno u otro polo de la escala de frecuencia. No parece haber diferencia psicológica importante entre muy pocas veces y muchas veces por un lado, y la mayor parte del tiempo y continuamente por otro lado. Las transformaciones que se hacen en la forma en que se califica la prueba, de una escala ordinal a una de intervalo violan los principios de las matemáticas. La segunda transformación de esta escala de intervalo al IAMD es inútil y pierde precisión. Finalmente se halla que en el difícil campo de la medición psicológica, la forma tradicional de calificación del Zung (EAMD) considera los principios psicométricos más simples. La demostración de la normalidad de la distribución de las respuestas aporta información importante sobre las características de la escala de calificación a tener en consideración para los análisis estadísticos posteriores, cuando éste sea el instrumento de medida. Por otro lado la transformación inversa a la sugerencia en la calificación de la EAMD, de una escala ordinal a una nominal, es una transformación posible, que se apega a la naturaleza de los resultados; en este trabajo se ha demostrado que con una escala dicótoma es posible hallar resultados ordenados y significativos. Por esta razón se propone la reducción de las formas de respuesta y calificación a la forma dicótoma, en la que sólo se responda a las categorías "siempre" y "nunca" y para calificar se cuenten frecuencias en lugar de números.

Los análisis factoriales indican que esta prueba "mide" mejor a poblaciones deprimidas que en las sanas, aunque también puede detectar diferentes grados de salud.

Las diferencias en los resultados de hombres y mujeres de la población clínica y la falta de diferencias en las muestras estu-
dantes y depresivos indican: que en los polos salud y enfermedad
cional que se midió, no existen diferencias sexuales, sin embar-
si se presentan cuando se observan los mismos indicadores en -
población de alto riesgo.

El patrón de resultados muestra claramente dos forma de res-
ta depresiva concomitante a la reacción de ansiedad ante una -
uación de desastre, una masculina y otra femenina. No solo la -
upación de items en factores fue diferente, sino que los análi-
de los puntajes y las medias, señalaron una patología interme-
en los varones, entre la salud de los estudiantes y las muje--
de la clínica.

Las mujeres con reacción de ansiedad presentan más síntomas -
resivos. Podría decirse que las mujeres se deprimen más fácil--
te que los varones ante una situación que produce desequilibrio.

La validez factorial (o de constructo) de la prueba queda am-
amente establecida en el grupo de mujeres de la clínica. No ocu-
lo mismo cuando al tratarse de otro sexo, la patología en res-
ta al mismo suceso, probablemente cambia, o bien cuando no ---
ste patología. Hallar una fuerte estructura factorial en el gru-
más patológico y una débil o casi nula en los grupos sanos y me-
enfermos, proporciona validez de criterio a la prueba.

Los resultados de la investigación demostraron la validez de
escala para uso en la población estudiada. Haciéndose obvia la
esidad de disponer de normas adecuadas. Se realizó un baremo --
los resultados de los depresivos medicados, el cual es válido
a poblaciones con las mismas características. Se sugiere un es-
io más extenso de estandarización de la prueba, donde se supe--
los escollos metodológicos. De este trabajo a saber:

- Un diagnóstico de depresión.
- Los depresivos no estén medicados.
- Que sean pacientes de primera vez.

En relación a los resultados de las sesiones terapéuticas se vio que ante la amenaza que provocan los sismos, la gente describe su estado emocional con diferentes términos: miedo, temor, angustia, inquietud, desasosiego, intranquilidad, pánico, etc., -- las cuales pueden ser reducidos a uno solo: miedo. Esta emoción -- es la más frecuente entre la población clínica, seguida por la depresión y el enojo. Esta última parece ser una emoción más eficaz que el miedo y la depresión. Las personas tienen mayores recursos de enfrentamiento cuando están enojadas que cuando están deprimidas o temerosas, ya que en estas dos últimas emociones existe una percepción de incapacidad personal para solucionar el problema, -- así como un sentido de responsabilidad ante la situación (culparse a sí mismo). Mientras que en el enojo la responsabilidad se -- atribuye a otros (culpar a otros) y las personas pueden tener la capacidad de producir respuestas de solución o enfrentamiento. Las observaciones de los pacientes evidencian el aprendizaje de formas más eficaces de enfrentamiento para la resolución de conflictos -- basadas en su experiencia cotidiana, escapando a su control y -- que provocan desequilibrio.

De acuerdo a los hallazgos arrojados por las sesiones terapéuticas, existen dos formas de respuesta dependientes de los pensamientos negativos: una emocionalmente "sana" y otra emocionalmente "desequilibrada". Esto se explica en base a la naturaleza de los pensamientos negativos, mecanismos de defensa, estilos de enfrentamiento y hábitos. Se observa además que a raíz de los sismos se desarrollan una serie de problemas fisiológicos, que llevan a pensar -- que en individuos que se encuentran bajo un continuo estado de tensión o presión unido a miedo o depresión se da una baja inmunológica -- generalmente combinada con pensamientos negativos. Sin embargo,

el "alivio" físico y emocional, y no la desaparición de pensamientos negativos lo que le permite a las personas reintegrarse a labores cotidianas. Esto puede ser visto como uno de los objetivos de la psicoterapia breve: el disminuir o desaparecer tanto sentimientos negativos como la sintomatología física. La situación fue evidente en los pacientes que desertaron, los cuales continuaron con pensamientos negativos mas no con emociones negativas trastornados fisiológicos.

Tanto los resultados de la EAMD como los de las entrevistas terapéuticas corroboraron que:

las personas denominadas como de "alto riesgo" ante situaciones catastróficas tienen mayor probabilidad de manifestar reacciones de angustia o miedo y depresión; que la intensidad y duración de sus reacciones no solo está relacionada con el impacto del sismo sino también con características personales tales como: conflictos anteriores no resueltos, pasividad, pensamientos negativos, baja tolerancia a la frustración, distorsión negativa de la realidad, sexo y cultura; de tal manera que en la población de "alto riesgo" los sismos de septiembre de 1985, sirvieron como catalizadores de su problemática, siendo la más frecuente las desavenencias de pareja.

El estudio no descarta la posibilidad de que el solicitar apoyo psicológico se debiera a la "invitación" que se realizó por los medios masivos de comunicación y que la gente de escasos recursos económicos aprovechó. Sin embargo, la similitud en los rasgos encontrados en la población clínica, indican que solamente las personas de "alto riesgo" solicitan ayuda profesional ante situaciones que no pueden manejar por sí mismas. Por otro lado, la "invitación" brindó la oportunidad de consultar a un profesional de la sa-

d mental, que generalmente no se encuentra a su alcance. Puesto e, en el estrato socio-económico bajo, los problemas que desecan reacciones fisiológicas son tratados por los médicos. Esta - tuación en muchos de los casos no es suficiente para lograr la - xpectativa de alivio" y pudo ser comprobada en algunos de los -- cientes de la clínica que antes de solicitar el apoyo psicológi- habían consultado al médico.

Finalmente, las divergencias entre los grupos estudiados arro dos por la EAMD así como por las Sesiones Terapéuticas sugieren e la depresión más que ser una emoción innata es una emoción re- cionada con el aprendizaje. El enfoque cognitivo-conductual que plica la depresión a partir de la indefensión, puede ser retoma- en los pacientes de la clínica, los cuales presentaron respues- s ineficaces de enfrentamiento ante su situación ambiental; se - rnaron pasivos e indefensos para solucionar su problemática de-- ncadenada por los sismos y, seguir su vida normal.

C A P I T U L O X I I I

A P O R T A C I O N E S

El presente trabajo ofrece a la Psicología tres aportaciones --
amentales:

La Validación de la Escala para la Automedición de la Depresión (EAMD) y la Creación de Normas Adecuadas para la Población Mexicana. Este punto ejemplifica la tan "trillada" pero ignorada recomendación, del cuidado que debe tenerse en la utilización de instrumentos extranjeros para la valoración de población mexicana. Ya que, por muy semejante que sea el idioma o la "cultura" no es apropiado, puesto que siempre existirán diferencias. Además, gran número de ellos poseen tratamientos psicométricos defectuosos o ineficaces como los de la EAMD. Y si estandarizarlos requiere el mismo esfuerzo que elaborarlos... ¿por qué no crear instrumentos mexicanos?

Las Formas de Registro. Aún cuando no se estableció ningún control sobre la recolección de datos del proceso terapéutico, por ser primordial el apoyo psicológico, los formatos que se utilizaron para organizar la información de los pacientes de la clínica, representan una opción para la sistematización de los datos obtenidos en una entrevista terapéutica. Si se consideran las verbalizaciones más frecuentes en cada una de las categorías, pueden representar puntos de referencia para investigar la problemática del paciente. Con ésto se evitaría la dispersión de la información y, se podrían a disposición de la Psicología Clínica los re cursos del método científico.

Intervención en Crisis. De acuerdo al análisis de las entrevistas terapéuticas, se corroboró que el número de sesiones pertinentes para proporcionar un eficaz apoyo psicológico en caso de desastre es de 3 a 6 sesiones. Independientemente de la orientación o técnica del terapeuta, los puntos fundamentales de las --
terapias fueron:

gnóstico de la situación;

rocar la catársis;

elar las emociones;

ligar la problemática real y actual de la problemática ante
e no resuelta;

firmar partes sanas;

opciones: libres o directivas (orientar).

ualidades que debe poseer el psicólogo clínico:

er escuchar;

a entender que comprende lo que le pasa al paciente;

porcionar apoyo.

A P E N D I C E

D E I N S T R U M E N T O S

FECHA: _____

ID2

AS A ENCONTRAR VEINTE AFIRMACIONES, AL LADO DE CADA UNA APARECEN CUATRO
S CUYOS ENCABEZADOS DICEN: MUY POCAS VECES, ALGUNAS VECES, LA MAYOR PAR
TIEMPO Y CONTINUAMENTE, PON UNA MARCA (X) EN EL CUADRO QUE DESCRIBA ---
OMO TE SIENTES.

	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	CONTINUAMENTE
E SIENTO ABATIDO Y MELANCOLICO				
N LA MAÑANA ME SIENTO MEJOR				
ENGO ACCESOS DE LLANTO O DESEOS DE LLORAR				
E CUESTA TRABAJO DORMIRME EN LA NOCHE				
OMO IGUAL QUE ANTES SÓLIA HACERLO				
ODAVIA DISFRUTO DE LAS RELACIONES CON MUCHACHOS E OTRO SEXO				
OTO QUE ESTOY PERDIENDO PESO				
ENGO MOLESTIAS INTESTINALES				
L CCRAZON ME LATE MAS APRISA QUE DE COSTUMBRE				
E CANSO SIN HACER NADA				
ENGO LA MENTE TAN CLARA COMO ANTES				
E RESULTA FACIL HACER LAS COSAS QUE ACOSTUMBRO				
E SIENTO INTRANQUILO Y NO PUEDO MANTENERME --- UIETO				
ENGO ESPERANZA EN EL FUTURO.				
STOY MAS IRRITABLE DE LO USUAL				
E RESULTA FACIL TOMAR DECISIONES				
IENTO QUE SOY UTIL Y NECESARIO				
I VIDA TIENE BASTANTE INTERES				
REO QUE LES HARIA UN FAVOR A LOS DEMAS MURIEN- OME				
ODAVIA DISFRUTO CON LAS MISMAS COSAS				

SESION _____ HORA INICIAL _____ HORA TERMINACION _____ FECHA _____
 DUREZA _____ EDAD _____ SEXO _____
 ESTADO CIVIL _____ OTRAS PERSONAS EN LA SESION _____

TERAPEUTA _____ COTERAPEUTA _____

PRESCRIBIDOR _____

TIPO DE CONSULTA _____

EXPECTATIVAS DEL PACIENTE _____

LOGIA ANTERIOR _____

QUE PASABA	SINTOMATOLOGIA	QUE PENSABA	QUE SENTIA	QUE HACIA	

SESION _____ HORA INICIAL _____ HORA TERMINACION _____ FECHA _____

DIRE _____ EDAD _____ SEXO _____

CIVIL _____ OTRAS PERSONAS EN LA SESION _____

TERAPEUTA _____ COTERAPEUTA _____

ORIVADOR _____

MO DE CONSULTA _____

CTATIVAS DEL PACIENTE _____

LOGIA ANTERIOR _____

QUE PASABA	SINTOMATOLOGIA	QUE PENSABA	QUE SENTIA	QUE HACIA	

S E S I O N

PASAJE	SINTOMATOLOGIA	QUE PIENSA	QUE SIENTE	QUE HACE	ACTITUD

A CONTECIMIENTOS
INTER-SESION

E PASA	SINTOMATOLOGIA	QUE PIENSA	QUE SIENTE	QUE HACE	A C T I T U D

S E S I O N

PASA	SINTOMATOLOGIA	QUE PIENSA	QUE SIENTE	QUE HACE	A C T I T U D

FECHA: _____

¿ HA TOMADO ANTIDEPRESIVOS: SI _____ NO _____

¿ EN QUE SE PRESENTO A PRIMERA CONSULTA: _____

HAY VEINTE AFIRMACIONES. AL LADO DE CADA UNA APARECEN TRES COLUMNAS CUYOS ENCABEZADOS DICEN: SI, NO ESTOY SEGURO Y NO, PONGA UNA MARCA (X) EN EL CUADRO - ESCRIBA MEJOR COMO SE SIENTE AHORA. TRATE DE EVITAR LA COLUMNA DEL CENTRO. GRACIAS POR SU COOPERACION.

	SI	NO ESTOY SEGURO	NO
ME SIENTO ABATIDO Y MELANCOLICO			
EN LA MAÑANA ME SIENTO MEJOR			
TENGO ACCESOS DE LLANTO O DESEOS DE LLORAR			
ME CUESTA TRABAJAR DORMIRME EN LA NOCHE			
COMO CON EL MISMO APETITO DE ANTES			
DISFRUTO DEL SEXO IGUAL QUE ANTES			
NOTO QUE ESTOY PERDIENDO PESO			
ESTOY ESTREÑIDO			
EL CORAZON ME LATE MAS APRISA QUE DE COSTUMBRE			
ME CANSO A PESAR DE NO HACER NADA			
TENGO LA MENTE TAN CLARA COMO ANTES			
ME RESULTA FACIL HACER LAS COSAS QUE ACOSTUMBRABA			
ME SIENTO INTRANQUIL Y NO PUEDO MANTENERME QUIETO			
TENGO ESPERANZA EN EL FUTURO			
ESTOY MAS IRRITABLE QUE DE COSTUMBRE			
ME RESULTA FACIL TOMAR DECISIONES			
SE QUE SOY UTIL Y NECESARIO			
MI VIDA ES SATISFACTORIA			
CREO QUE MURIENDOME LE HARIA UN FAVOR A LOS DEMAS			
DISFRUTO LO MISMO AHORA QUE ANTES			

A P E N D I C E

D E C U A D R O S D E

S E S I O N E S S U B S E C U E N T E S

C U A D R O K

SITUACIONES AMBIENTALES DE LOS PACIENTES DADOS DE ALTA
EN LAS SESIONES 2, 3, 4, 5, 6 Y 11

Primera Sesión	Sesiones Subsecuentes
vecino quedó atrapado en un auto- is. Murió su sobrina.	Su hermano abusó de su hija, desea -- matarlo. Tiene problemas económicos porque despidieron a su hijo. Tiene problemas para asistir a la clínica
varias ocasiones se mareó y se -- plpeó en la cabeza. Vio llorar a u familia. Su hermano se casó.	Había faltado a clases; se acercaban los exámenes. Su mamá está muy tran- quila.
abajó en las brigadas de ayuda a - lbergues. No encuentra trabajo.	No ha logrado encontrar trabajo. Pro- blemas familiares. Se va a Cancún a buscar trabajo y a cuidar a sus so- brinos.
sábado 21 de septiembre tuvo una crisis y desde entonces no ha de- jado de llorar.	Prolongada pérdida de trabajo y enfer- medad de su esposo. No pudo tener -- hijos con él.
operaron de la vejiga. Estaba en consulta en el Hospital General. Su esposo le da ánimos. Caminaron hasta su casa.	No ha podido ir al Doctor.
lió el trabajo antes del temblor. Ve sola en una casa antigua que está dañó. Su familia la censura -- por eso.	Ya tiene trabajo.
edificio se coarteó. Los proble- mas con su papá se acentuaron --- cuando se casó su hermana. Su --- papá no la deja salir, no trabaja y la golpea.	Su papá ha cambiado y ya no grita.
hijo perdió el trabajo a causa - del temblor.	Uno de sus hijos es alcohólico y el - otro perdió el trabajo debido al -- temblor. Ahora viven con ella.
terapéuta de sus hijas le dijo - que era bueno que asistiera a la clínica.	Ya habló con su hija y comprendió su problema. Aceptó su decisión de di- vorcio.
de miedo de salir y de ir a C.U. problemas de pareja y familia.	Problemas de pareja y familiares.
ayó la escuela donde estudiaba. Le enviaron a otro plantel. No -- quiere ir.	Todavía no tiene clases.

C U A D R O L

SITUACIONES AMBIENTALES DE LOS PACIENTES QUE DESERTARON
EN LAS SESIONES 2, 3, 4, 5, 6 Y 11

Primera Sesión	Sesiones Subsecuentes
bajó como "topo" en el Hospital --- Juárez. Vio muchos muertos. Su amigo ra farmacodependiente y murió. Sintió la necesidad de ayudar. El cadáver de una mujer lo impresionó.	Lo mencionaron en una revista que hablaba de los "topos". Vio una convocatoria para el premio 19 de septiembre. El Director le dijo que necesitaba pruebas para obtenerlo. Algunos robaron instrumentos.
baja en un edificio de trece pisos, hí sintió el temblor.	Su esposo le pide que cambie para --- cambiar él. Tiene problemas de pareja.
ió un hermano. Escucho gente pidiendo auxilio.	No hay reporte.
esposo y suegra murieron en el temblor. No encuentra el cadáver de su esposo.	No encontró el cadáver de su esposo. Tiene problemas con sus cuñadas.
ió en el temblor su mamá y su hermano. Sepultaron a su mamá pero no encontraron el cadáver de su hermano.	Su mamá la complacía en todo y la apoyaba.
cayó su oficina. Colaboró en el escape del CONALEP. Su hermano murió en el Hospital Juárez. Murió -- na amiga de su hija	Su esposo se molestó porque quería seguir en las brigadas. Sacaron el cadáver de su hermano. Lo incineraron y no le avisaron. Tiene problemas familiares.
el trabajo de su mamá no les quieren pagar la indemnización.	Su papá se quiere ir de fin de semana. Sus amigos la invitan a salir. Arreglan los papeles de su mamá. -- Tiene problemas de pareja.
Problemas somáticos.	Problemas de pareja e impotencia. Su esposa se molestó por su borrachera y amenazó con irse de casa.
baja en la Clínica Toma en el tercer piso. Se cayó junto con el edificio de al lado.	Problemas laborales.

C U A D R O M

SITUACIONES AMBIENTALES DE LOS PACIENTES QUE FUERON CANALIZADOS
EN LAS SESIONES 2, 3, 4, 5, 6 Y 11

Primera Sesión	Sesiones Subsecuentes
<p>a.</p> <p>aba en el Centro Médico cuando --- embió, de ahí la mandaron a otra - línica y después regresó al Centro édico.</p> <p>edificio donde trabaja se cayó. -- io edificios derrumbados. Se coar- eó su casa. Su hermana no aparecía.</p> <p>amigo murió en el temblor. Vio co- o se caían los edificios en el se- undo temblor y quedaban atrapados arios socorristas.</p> <p>departamento sufrió coarteaduras. iene problemas de pareja. Tuvo un egrado traumático.</p>	<p>Nada.</p> <p>Su marido la abandonó hace cuatro --- años. Tiene problemas de pareja y - con su hijo.</p> <p>Se ha sentido mal, le dicen que es -- porque ya no va a asistir a la clí- nica. Problemas de pareja.</p> <p>Su mamá se enojó con ella y la llevó con un curandero.</p> <p>Se esposo no le habla porque se ente- ró que va a poner un bazar.</p>

C U A D R O N
SINTOMATOLOGIA DE LOS PACIENTES DADOS DE ALTA
EN LAS SESIONES 2, 3, 4, 5, 6 Y 11

Primera Sesión	Sesiones Subsecuentes
duerme bien. Agotamiento.	Despierta por las noches. Sigue cansado. Insomnio. Pesadillas.
uede dormir. Pesadillas.	Desaparece la sintomatología. Come -- mucho.
icardia. Presión en la gargante.	Desaparece sintomatología. Se siente bien.
olor corporal. No tiene apetito. areos. Problemas estomacales.	Solamente se siente un poco agitado.
omnio. Temblores corporales.	Desaparece sintomatología.
eos. Despierta por la noche.	Desaparece la sintomatología. Solamente un leve temblor corporal.
eos. No tiene apetito. Dolores Estomacales. Calentura.	Desaparece sintomatología.
omnio.	Solamente duerme con pastillas.
eos.	Desaparece sintomatología.
adillas.	Desaparece sintomatología.
a.	Nada.
or estomacal.	Desaparece sintomatología.

C U A D R O O	
SINTOMATOLOGIA DE LOS PACIENTES CANALIZADOS EN LAS SESIONES 2, 3, 4, 5, 6 Y 11	
Primera Sesión	Sesiones Subsecuentes
ores de cabeza. Insomnio. Palpita iones.	Continúan los dolores de cabeza.
ores de cabeza. Insomnio. Palpita iones.	Continúa con insomnio y dolores de ca beza. Antes había subido de peso.
sación de temblor. Insomnio. Pesa illas.	Desaparece la sintomatología.
ores de cabeza. Pesadillas.	Desaparece la sintomatología.
le duerme el brazo. Tics. Agota-- tiento.	Tuvo una crisis, no ve con el ojo --- izquierdo. Se le va el apetito.

C U A D R O P	
SINTOMATOLOGIA DE LOS PACIENTES QUE DESERTARON EN LAS SESIONES 2, 3, 4, 5, 6 Y 11	
Primera Sesión	Sesiones Subsecuentes
adillas.	Desaparece sintomatología.
or de cabeza. No puede dormir.	Ya puede dormir.
or estomacal. Pérdida de peso.	Agotamiento.
hay síntomas.	No tiene ganas de hacer nada.
hay síntomas.	No hay síntomas.
omnio.	Ya puede dormir.
mbolor corporal. Presión baja. -- lgolpamiento en la nariz.	Continúa la sintomatología.
mbolor corporal. Tambaleo. Agota- tiento. Problemas digestivos.	Pesadillas.
mbolor corporal. Dolor de piernas.	Desaparece sintomatología.

C U A D R O Q
PENSAMIENTOS DE PACIENTES DADOS DE ALTA
EN LAS SESIONES 2, 3, 4, 5, 6 Y 11

Primera Sesión	Sesiones Subsecuentes
lamiento, soledad, inseguridad. - o ve la realidad. Temor a la crí- ica. Desesperanza.	Vuelve todo a la normalidad. Le es -- difícil cambiar. Tiene problemas de pareja.
blemas familiares. Soledad.	Falta de decisión (consciencia). De-- sea seguir estudiando.
de volver a temblar. Le va a fal- ar el aire.	Hablar con el terapeuta le hizo bien.
do a morir.	Practicó los ejercicios. Preocupacio- nes económicas y por su nieto.
de morir.	Preocupaciones familiares y escola-- res.
de morir como rata.	Que no esta bien. Se dio cuenta de - su problema. Emprende un negoció.
e que tiembla. Que su mamá le -- ransmite los nervios.	Desea seguir estudiando.
e que tiembla.	Que debe guardarse sus penas. Su vida es triste.
otencia, frustración, ganas de lorar.	No quiere estar aquí. Cree que puede resolver su situación económica.
ocupación por sus hijos. Puede - lorir.	No es la misma de antes.
quiere el divorcio de su hija.	Apoya a su hñja en su decisión de di- vorcio. Comprende que la vida de su hija y la suya son aparte.
de temblar.	Ya no le teme a los temblores. Se da cuenta de los problemas familiares.

C U A D R O R
PENSAMIENTOS DE LOS PACIENTES CANALIZADOS
EN LAS SESIONES 2, 3, 4, 5, 6 Y 11

Primera Sesión	Sesiones Subsecuentes
amã está angustiada y se preocupa.	Mejora, ya no está tan preocupada.
e temblar. Que le va a faltar el - re. Puede morir.	Que embrujan a su marido.
tencia. Puede faltarle el dinero. ede volver a temblar.	No ha logrado sentirse tan bien como antes. Entiende que sus problemas anteriores explotaron con el tem-- blor. Que el solo venir aquí no lo va a curar. Busca terapia.
re dejar su casa. Aislamiento. edo a morir.	Problemas en las relaciones interper- sonales. Culpa, inestabilidad y --- autodevaluación. No le agradó ser - canalizado.
o a morir. Inseguridad. Proble-- s de pareja. Pérdida del sentido la vida.	No desea vivir. No se va a curar. Pro blemas de pareja. No le agradó ser canalizada. Frustración, resentim-- miento.

C U A D R O S
PENSAMIENTOS DE LOS PACIENTES QUE DESERTARON
EN LAS SESIONES 2, 3, 4, 5, 6 Y 11

Primera Sesión	Sesiones Subsecuentes
que un muerto estaba vivo. Culpa, inseguridad y autodevaluación.	Se enojó con el gobierno. Desea el premio nacional por ayudar. Lanza injurias a los que manejan la situación.
or a morir. Problemas conyugales. inseguridad.	Incrementan sus problemas conyugales. Se comunica con su esposo.
otencia. Temor a la crítica. Culpa. Se le viene el mundo encima.	No puede titularse. Lo rechazan. Problemas en las relaciones interpersonales.
ea morir. Se murió su esposo. No dejó nada, ni siquiera un hijo. No tiene a nadie.	Sigue igual.
acepta la muerte de su hermano y su madre. Culpa a Dios por lo sucedido. Resentimiento contra la familia.	Sigue igual.
seguridad. Aparente fortaleza. Problemas conyugales. Impotencia. Niega la muerte de su hermano.	Su hija está celosa de sus amigos de brigada. Ha tomado consciencia de los conflictos. Problemas conyugales y con su hija. Frustración, soledad.
seguridad. Excesiva atención a sus emociones. Problemas de pareja y económicos.	Vive en el pasado. El terapeuta aclaró su situación conyugal.
ja la muerte de su madre. Va a la terapia para poder ayudar a su padre.	Sigue mejor. Problemas con los hermanos y con su pareja. Le ayudó platicar con el terapeuta.
se le venían encima los edificios. Problemas conyugales. Inseguridad.	Culpa, inseguridad. Problemas conyugales.
de quedar atrapado. Vio cosas malas.	Necesita trabajar. Problemas en las relaciones interpersonales. Que le ayudó hablar con el terapeuta. No le agrada el lugar donde trabaja.

C U A D R O T
SENTIMIENTOS DE LOS PACIENTES DADOS DE ALTA
EN LAS SESIONES 2, 3, 4, 5, 6 Y 11

Primera Sesión	Sesiones Subsecuentes
ustia y miedo.	Angustia. Miedo y coraje.
ustia y depresión.	Angustia y depresión.
do.	Desaparece miedo.
ustia.	Tranquilidad.
ustia y miedo.	Se siente mejor.
do.	Se siente bien.
do.	Solamente temor a irse.
ustia y miedo.	Se siente mejor.
do.	Desaparece miedo.
ustia y tristeza.	Tranquilidad.
do y angustia.	Menos miedo. Se siente mejor.
ustia y miedo.	Menos angustia y miedo.

CUADRO U
SENTIMIENTOS DE LOS PACIENTES CANALIZADOS
EN LAS SESIONES 2, 3, 4, 5, 6 Y 11

Primera Sesión	Sesiones Subsecuentes
y tristeza.	Miedo y tristeza.
tia.	Se siente bien.
sión.	Tristeza.
eza.	Coraje y tristeza.
tia y miedo.	Miedo. Angustia y resentimiento.

CUADRO V
SENTIMIENTOS DE LOS PACIENTES QUE DESERTARON
EN LAS SESIONES 2, 3, 4, 5, 6 Y 11

Primera Sesión	Sesiones Subsecuentes
	Desaparece el miedo. Se siente bien. Aparece coraje contra el dirigente de la brigada.
y angustia.	Menos miedo. Más tranquila.
y angustia.	Continúa miedo y angustia.
y tristeza.	Miedo y depresión.
	Miedo y coraje.
ia y miedo.	Se siente mejor. Existe coraje y un poco de miedo.
ión y miedo.	Se siente mejor. Más relajada.
ión.	Tristeza.
	Miedo a todo.
	Continúa el miedo.

C U A D R O W
ACTIVIDADES DE LOS PACIENTES DADOS DE ALTA
EN LAS SESIONES 2, 3, 4, 5, 6 Y 11

Primera Sesión	Sesiones Subsecuentes
con quien platicar o salir para estar sola. Abandonó su casa por tiempo, mientras se realizaba el litaje. Regresa aún cuando tiene necesidades. Busca trabajo.	Ya encontró trabajo. Mejoró su vida.
le de su casa o llega temprano a no tener problemas con su pa-	Dejó de estudiar porque no tiene tiempo.
Doctor dos veces, le da medicamentos para el dolor. No va a la escuela. Sale a caminar.	Puso la ofrenda de muertos. Practicó la terapia de relajación.
y le dio un ataque de risa.	Vuelve a su rutina. Aplica la técnica que le enseñó el terapeuta.
y reporte.	No hay reporte.
de su casa cuando tiembla. Toma medicamentos y vitaminas. Trabaja para llevarse a sus hijos a vivir con ella.	Ha superado su problemática.
. Platica con sus hermanos y a mamá le cuenta sus temores.	Va a buscar a su hermano. Ya asiste a la escuela y le va bien.
brigadas durante dos semanas. -- tiene ganas de llorar. Sale a buscar trabajo tres veces a la semana.	Tiene relaciones de promiscuidad que le ocasionan culpas. Toma pastillas.
mucho porque le angustian los temblores acerca del temblor. -- de compras y va a su cita médica	Toma pastillas para la presión. Va al hospital y viaja en metro.
izo hablar con su hija.	Habló con su hija y ella expuso sus problemas.
. No ha podido encontrar trabajo. No hace nada.	Le dice a su esposa que es una niña porque llora.

C U A D R O X
ACTIVIDADES DE LOS PACIENTES QUE DESERTARON
EN LAS SESIONES 2, 3, 4, 5, 6 Y 11

Primera Sesión	Sesiones Subsecuentes
gó dos veces mientras estaba en escate.	Ha buscado contacto para obtener el premio 19 de septiembre.
a trabajar el día del temblor. a a casa de su abuela porque -- se siente segura. Toma tranquilos. Lee y ve T.V.	Habló con su esposo. Ha estado en varios cursos de capacitación.
está solo llora. Sale a cami-- la.	Lee. Consulta con su esposa porque necesita vacaciones. Hace lo que sus cuñadas dicen. No sabe si irse o quedarse en casa de su suegra.
ea con su familia, no soporta die. Está muy agresiva.	Ya no puede enojarse. Está buscando - quien le ayude a salir de esto.
en las brigadas. Fue al fune-- de su hermano.	Se llevó a su hija a vivir con ella - porque vivía con su abuela. Se fue al cine con sus amigos de brigada.
el cadáver de su mamá. Le reron medicamentos para dormir ra los "nervios", pero no se tomó hasta preguntarle al teuta si debía hacerlo. Platica su novio y amigos. Solo faltó abajar el día que enterraron mamá.	Fue al panteón. Dejó de tomar los medicamentos.
ó en el marco de la puerta. Le taron medicamentos que dejó -- ue se sintió mal. Se inyectó - minas. Ya no se "reprime" y -- lota" con su familia.	Aplica la técnica de relajación que - le enseñó el tarpéuta.
el centro para ver a sus "muje . Durante el temblor corrió. - éspota con su hija. Fue al Doc y le recetó antidepresivos, pē i los toma se pone agresivo.	En una fiesta se embriagó y perdió el control. Para todo tiene que men-- tir. Su esposa le cuenta todo. Agre de a su familia.
ver al Doctor. El y su familia eron corriendo en el temblor. ó al rescate de unas personas.	Aunque no le gusta, trabaja para cons truir su casa.

C U A D R O Y

ACTIVIDADES DE LOS PACIENTES QUE FUERON CANALIZADOS
EN LAS SESIONES 2, 3, 4, 5, 6 Y 11

Primera Sesión	Sesiones Subsecuentes
<p>no puede sacar lo que siente. no tiene ganas de trabajar. Después del temblor salió a la calle a visitar a familiares para ver que pasó.</p> <p>"suicidarse" en el metro. - va con un amigo. Se golpea la cabeza. No quiere ir a la escuela. No come.</p> <p>El doctor y le recomendó reposar.</p>	<p>Depende mucho de su mamá porque no le gusta estar sola.</p> <p>Nada.</p> <p>Llora. Hace ejercicios y ve T.V. Se va de vacaciones doce días. Intenta platicar con su papá. toma medicamentos.</p> <p>Ya asiste a la escuela y va a conciertos de rock.</p> <p>Se va a casa de su mamá. toma tranquilizantes.</p>

REVISION DOCUMENTAL

REVISION DOCUMENTAL

- LLPORT, G. 1980. LA PERSONALIDAD. ED. HERDER.
- HEARN, F., RIZO, S. 1979. PROBLEMAS DE SALUD MENTAL DESPUES DE UNA SITUACION DE DESASTRE. ACTA PSIQUIATRICA DE AMERICA -- LATINA. 25:58-67.
- RAMONI, A. 1983. LA NEUROSIS, UNA ACTITUD Y UNA FORMULA INEFICIENTE FRENTE A LA EXISTENCIA. ED. UNAM.
- MARLOW, D. 1981. BEHAVIORAL ASSESSMENT OF ADULT DISORDER. ED. - GUILFORD PRESS.
- BAUM, A., FLEMING, R. 1983. NATURAL DISASTER AND TECHNOLOGICAL CATASTROPHIC. ENVIRONMENTAL AND VEHAVIOR. 15 (3):333-354.
- BECK, A. 1978. COGNITIVO THERAPY AND EMOTIONAL DISORDERS. ED. - GUILFORD, PRESS.
- BELLAK, L. SMALL, L. 1983. PSICOTERAPIA BREVE Y DE EMERGENCIA. ED. PAX-MEXICO.
- BUCETA, J. ALQUINO, POLAINO, LORENTE. 1982. REFORMULACION DEL - MODELO DE INVALIDEZ APRENDIDA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE - LA PSICOLOGIA ATRIBUCIONAL. REVISTA DE PSICOLOGIA GENERAL Y APLICADA. 37(1):13-29.
- CARAVEO, J., ARZATE, P., KRASSOIEVITCH. 1977. ESTUDIO CLINICO - DE LA DEPRESION EN ANCIANOS, UN ENFOQUE FENOMENOLOGICO. -- PSIQUIATRIA. 7(2).
- CASO, A. 1979. PSIQUIATRIA. ED. LIMUSA. CAP. 6.

- CERDA, A. 1976. LA MELANCOLIA INVOLUTIVA. TESIS UNAM.
- COHEN, R. 1985. REACCIONES INDIVIDUALES ANTE DESASTRES NATURA--
LEZ. BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. -----
98(2):171-180.
- CHAPPA, H., MOIZESZOMICA, J. 1976. TRATAMIENTO DE LAS NEUROSIS
ANSIOSAS Y DEPRESIVAS CON UN NUEVO PSICOFARMACO: NOMIFEN--
SIA. ACTA PSIQUIATRICA Y PSICOLOGIA DE AMERICA LATINA. ---
22:133-137.
- DANA, R. 1966. TEORIA Y PRACTICA DE LA PSICOLOGIA CLINICA. ED.
PAIDOS. 46-58.
- DE LA FUENTE, R. 1981. PSICOLOGIA MEDICA. ED. FONDO DE CULTURA
ECONOMICA. 154-178.
- DE LA FUENTE R. 1980. ANGSTIA NORMAL Y PATOLOGICA. SALUD MEN--
TAL. 3(4).
- DEPUE, R., MONROE, S. 1978. LEARNED HELPLESSNESS IN PERSPECTI--
VE OF THE DEPRESIVE DISORDERS: CONCEPTUAL AND DEFINICIO--
NAL ISSUES. JOURNAL OF ABNORMAL PSYCHOLOGY. 87(1).
- DIAZ GUERRERO, SPIELBERGUER, D. 1975. IDARE: INVENTARIO DE AN--
SIEDAD RASGO-ESTADO. ED. MANUAL MODERNO.
- ELJURE, C. 1985. LA INTERVENCION DEL PSICOLOGO EN LAS SITUACIO--
NES DE CRISIS EN EL ADULTO. ED. IMP.
- ELLIS ALBERT. 1980. TERAPIA RACIONAL EMOTIVA. ED. INSTITUTO PA--
RA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA.
- EY, H. 1978. TRATADO DE PSIQUIATRIA. ED. TORAY-MASSON.

- FLETCHER, P. 1978. TRASTORNOS EMOCIONALES. ED. HERDER.
- FREUD, S. 1979. OBRAS COMPLETAS. ED. AMORRORTU. 14:237-255.
- GARBER, J., SELIGNAN, M. 1980. HUMAN HELPLESSNESS: THEORY AND APLICATIONS. ED. ACADEMIC PRESS.
- GLASS, G., STANLEY, J. 1970. STATISTICAL METHODS IN EDUCATION AND PSYCHOLOGY. ED. PRENTICE HALL. INC.
- GREEN, D. 1985. CONFERENCIA SOBRE DESASTRES. MEXICO, D.F. UNAM.
- GUYTON, A. 1977. TRATADO DE FISILOGIA MEDICA. ED. IBEROAMERICANA.
- HARTSOUGH, D. 1982. PLANNING FOR DISASTER: A NEW COMMUNITY ---
OUTREACH PROGRAM FOR MENTAL HEALTH CENTERS. JOURNAL OF --
COMMUNITY PSICHOLOGY. 10:255-264.
- HENDERSON, S., BOSTOCK, T. 1977. COPING BEHAVIOUR AFTER -----
SHIPWRECK. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. 131:15-20.
- HORBER, A., MC. CAUGHEY, B. 1984. THE TRAUMATIC ATEREFFECTS OF
COLLINSION AT SEA. AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. -----
141(1):70-73.
- JACKSON, E. 1981. RESPONSE TO EARTHQUAKE HAZARD: THE WEST ----
COAST OF NORTH AMERICA. ENVIRONMENT AND BEHAVIOR. 13(4):
70-73.
- KENDALL, P., HOLLON, S. 1981. ASSESSMENT STRATEGIES FOR COGNI-
TIVE BEHAVIORAL INTERVENTIONS. ED. ADADEMIC PRESS.
- KIELHOLZ, P., HUBER, H., STUTTGART, B. DEPRESIVE ILLNESS
DIAGNOSIS ASSESMENT TREATMENT. ED.

- KOLB, L. 1976. MANUAL DE PSIQUIATRIA CLINICA MODERNA. ED. PRENSA MEDICA.
- LARA, H., RAMIREZ, L. 1975. ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE LOS PADECIMIENTOS PSIQUIATRICOS EN UN SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL. SALUD PUBLICA DE MEXICO. 17(5):
- LARA, H., RAMIREZ, L., LARA, L. 1976. ALGUNAS NORMAS PARA LA MEDICINA DE LA DEPRESION. NEUROLOGIA-NEUROCIROLOGIA-PSIQUIATRIA. 17(1):
- LARA, H., RAMIREZ, L. 1976. UN ESTUDIO CONTROLADO DE LAS ALTERACIONES MENTALES IATROGENICAS EN PACIENTES TRATADOS CON L-DOPA. REVISTA DEL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA. --- 10(4):199-203.
- LARA, H. 1984. EL SUICIDIO EN MEXICO, EPIDEMIOLOGIA CLINICA Y SOCIOLOGICA. ENSEÑANZA EN INVESTIGACION EN PSICOLOGIA. -- 10:85-200.
- LINDY, J., GRACE, M. 1981. SURVIVORS: OUTREACH TO A RELUCTANT POPULATION. AMERICAN JOURNAL OF ORTHOPSYCHIATRY. 51(3): 468-478.
- LIVIER, O., BEDOLLA, P., BUSTOS, M., LOPEZ, E. 1982. CURSO DE PRACTICAS DE TERCER NIVEL SOCIAL UNIDIMENSIONAL; 4º SEMESTRE. ED. COORDINACION DE LABORATORIOS FAC. DE PSICOLOGIA, UNAM.
- LUNA, H. 1974. HALLAZGOS CLINICOS EN UN GRUPO DE PACIENTES CON ANGSTIA PRIMARIA. PSIQUIATRIA. 4(3):22-29.
- MALDONADO, A. 1982. TERAPIA CONDUCTUAL Y DEPRESION: UN ANALISIS EXPERIMENTAL DE LOS MODELOS CONDUCTUAL Y COGNITIVO. REVISTA DE PSICOLOGIA GENERAL Y APLICADA. 37(1):31-56.

- MANUAL DIAGNOSTICO ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES. ---
1983. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. ED. MASSON. -----
215-252.
- MEZQUITA, O. 1985. PRESENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES HIPOTI-
ROIDEOS. SALUD MENTAL. 8(1):90-93.
- MOIZESZOWICZ, J. 1975. ACTUALIZACION DE LA EVALUACION CLINICA
DE LOS PSICOFARMACOS. ACTA PSIQUIATRICA Y PSICOLOGICA --
LATINA. 1:21-41.
- MORENO, P., SUAREZ, C., GARCIA, E. 1972. CONTROL PERCEPTUAL. -
UN ESTUDIO EXPERIMENTAL EN 4 MUESTRAS. TESIS UNAM.
- NAVA, A. 1968. PSICOBIOLOGIA. UNAM. 90-102.
- OLLENDICK, D., HOFFMANN, S. 1982. ASSESSMENT O PSYCHOLOGICAL -
REACTION IN DISASTER VICTIMS. JOURNAL O COMMUNITY PSYCHO-
LOGY. 10:157-167.
- OSLOW, M. 1980. LA DEPRESION: PSICOLOGICA DE LA MELANCOLIA. --
ED. ALIANZA.
- PEINADO, J. 1961. PAIDOLOGIA. ED. PORRUA.
- PETERSON, C., SEMMEL, A., METALSKY, G., SELIGMAN, M. 1983. THE
ATRIBUTIONAL STYLE QUESTIONNAIRE. COGNITIVE THERAPY -----
RESEARCH. 6(3):287-300.
- POWELL, B., PENICK, E. 1983. PSYCHOLOGICAL DISTRESS FOLLOWING
A NATURAL DISASTER: A ONE-YEAR FOLLOWUP OF 98 FLOOD VIC--
TIMS. JOURNAL OF COMMUNITY PSYCHOLOGY. 11:269-276.
- PRESTON, TAYLOR, HODGE. 1983. ADJUSTMENT TO NATURAL AND TECHNO
LOGICAL HAZARDS. ENVIRONMENT AND BEHAVIOR. 15(2).

- RAMIREZ, L., VARGAS, E., VELASCO, Q., LARA, H. 1971. ASPECTOS PSICOFISIOLOGICOS DE LA ENFERMEDAD PSIQUIATRICA. NEUROCI-RUGIA MEXICANA. 1(1).
- SELIGMAN, M. 1981. INDEFENSION EN LA DEPRESION EL DESARROLLO Y LA MUERTE. ED. DEBATE.
- SIERLES, F., JUNE, J., MC FORLAND, R., TAYLOR, M. 1983. POSTRAUMATIC STRESS DISORDER AN CONCURRENT PSYCHIATRIC ILLINESS: A PRELIMINARY REPORT. AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. --- 149(9):1177-1179.
- SISTEMA DE DIFUSION CIENTIFICA UPJOHN-DIVISION DE CONGRESOS. - V CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE PSIQUIA---TRIA BIOLOGICA.
- SULLIVAN, H. 1981. LA ENTREVISTA PSIQUIATRICA. ED. PSIQUE.
- SULLIVAN, H. 1981. LA TEORIA INTERPERSONAL DE LA PSIQUIATRIA. ED. PSIQUE.
- TERRROBA, G., HEMAN, A., SALTIJERAL, M., MARTINEZ, L. 1985. --- FACTORES CLINICOS Y SOCIALES ASOCIADOS CON EL PARASUICIDIO Y CON EL SUCIDIO CONSUMADO. SALUD MENTAL. 9(1):74-80.
- WHITE, W. 1973. EL YO Y LA REALIDAD PSICOANALITICA. ED. PAIDOS CAP. 7 Y 8.
- WILKINSON, B. 1983. AFTERMATH OF A DISASTER: THE COLLAPSE OF - THE HYATT REGENCY HOTEL SKYWALKS. AMERICAN JOURNAL OF --- PSYCHIATRY. 140(9):1134-1139.
- WOLPE, J. 1981. PRACTICA DE LA TERAPIA CONDUCTUAL. ED. TRILLAS.

- . WUKMIR, J. 1977. EMOCION Y SUFRIMIENTO. ED. LABOR.
- . ZUNG, W. 1965. A SELF-RATING DEPRESSION SCALE. ARCHIS. OF GENERAL PSYCHIATRY. 12:63-70.
- . ZUNG, W. 1983. IDENTIFICACION Y TRATAMIENTO CUIDADOSO DE LA DEPRESION EN LA PRACTICA MEDICA GENERAL. JOURNAL CLINICA -- PSYCHIATRY. 44:365-368.
- . ZUNG, W., MAHORNEY, S. 1984. CLASIFICACION DE LOS DESORDENES - DEPRESIVOS. UNA APROXIMACION MULTITAXIAL. JOURNAL CLINICA PSYCHIATRY. 45(7-2):5-13.