

FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
U. N. A. M.

11241  
2 ej 32

CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

"RELACION ENTRE DEPRESION Y APROVECHAMIENTO ESCOLAR EN UNA POBLACION  
ESTUDIANTIL DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA U. N. A. M."

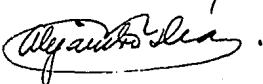
TESINA QUE PRESENTA PARA OBTENER  
EL GRADO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

DR. CARLOS OTERO ORTEGA

FALLA DE ORIGEN

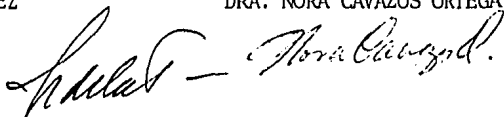
TUTOR:

DR. ALEJANDRO DIAZ MARTINEZ



ASESOR:

DRA. NORA CAVAZOS ORTEGA





Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

# I N D I C E

PAGS.

I	Introducción.	1.
II	Marco Teórico.	3.
	1. Depresión.	3.
	1.0 Definición.	3.
	1.1 Antecedentes Históricos.	5.
	1.2 Etiología.	7.
	1.3 Aspectos Epidemiológicos.	9.
	1.4 Aspectos Clínicos.	11.
	1.5 Aspectos Psicodinámicos.	15.
	1.6 Diagnóstico.	19.
	1.7 Diagnóstico Diferencial.	22.
	1.8 Clasificación.	25.
	1.9 Pronóstico.	29.
	1.10 Tratamiento.	31.
	2. Depresión y MMPI.	35.
	3. Depresión y Aprovechamiento Escolar.	38.
III	Problema	43.
	2. Justificación.	43.
	2.0 Objetivos Generales.	43.
	2.1 Objetivos Específicos.	43.
	2.2 Hipótesis.	43.
	2.3 Universo.	43.

	PAGS.
IV Metodología.	44.
3. Diseño	44.
3.0 Variables	44.
3.1 Descripción de la Muestra.	48.
3.2 Características de la Muestra.	48.
3.3 Instrumentos.	49.
3.4 Procedimiento.	53.
3.5 Tratamiento Estadístico.	53.
V Resultados.	55.
VI Análisis de Resultados.	71.
VII Conclusiones y Discusión.	73.
VIII Bibliografía.	76.
IX Anexos.	79.

## I. INTRODUCCION.

En la actualidad, el enorme incremento de la depresión, su tendencia a romper con los impulsos instintivos básicos, como el de conservación, el gregario y el maternal; y el efecto bloqueador sobre necesidades biológicas como el hambre, el sueño y la sexualidad, además de sus repercusiones psicológicas, han motivado múltiples investigaciones con el fin de obtener mayor información, en relación con este problema.

La depresión en el ser humano, considerado como una unidad biopsicosocial-es multifactorial y aún cuando no es específica, se propone dividir las causas en genéticas, psicológicas, ecológicas y sociales; y dependiendo del predominio de alguna de ellas, influirá en el tipo de depresión que se desarrolle en el enfermo.

Clínicamente, la depresión puede presentar dos aspectos, uno con alteraciones francas de la Esfera Afectiva, que permite un diagnóstico rápido y seguro, y otro en el cual, éstas se encuentran emboscadas, predominando síntomas somáticos que no son fácilmente identificables por el médico, como elementos constituyentes de un cuadro depresivo, dividiéndose los síntomas en 4 grupos: Trastornos Afectivos, Trastornos Intelectuales, Trastornos Conductuales y Trastornos Somáticos.

Entre los trastornos de la Esfera Intelectual encontramos: Sensopercepción-Disminuida, Trastornos de Memoria, Disminución de la Atención, Disminución de la Comprensión, Ideas de Culpa o de Fracaso y Pensamiento Obsesivo.

En este contexto se planteó investigar, la correlación que pudiese existir entre la depresión y el aprovechamiento escolar en los alumnos de primer ingreso a la Facultad de Medicina de la U. N. A. M., durante el año lectivo de 1984.

Cabe mencionar que la depresión, es una de las alteraciones psiquiátricas más frecuentes en México, al igual que en otros países, y que existen escasas investigaciones de su relación con el Proceso Enseñanza-Aprendizaje, por lo que se pretendió con este estudio aportar datos acerca de la depresión en el estudiante universitario de Medicina y su repercusión en el aprovechamiento escolar.

## II. MARCO TEORICO.

### 1. Depresión.

#### 1.0 Definición.

La neurosis depresiva es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una disminución de energías, una reducción de la autoestima, autodepreciación, trastornos del apetito o del sueño y una variedad de otros síntomas, que comprenden dependencia, sentimientos de culpa o de insuficiencia, fatiga, disminución del interés, dificultad en la concentración y una variedad de afecciones-somáticas. (7).

Mackinnon y Michels, definen la Depresión como: "Un síntoma y un grupo de enfermedades que tienen ciertos rasgos en común, En cuanto a síntoma, la depresión describe un tono afectivo de tristeza acompañado de sentimientos de desamparo y amor propio reducidos. El individuo deprimido siente que su seguridad esta amenazada, que es incapaz de enfrentarse a sus problemas y que otros no pueden ayudarlo. Todas las facetas de la vida, emocionales, cognitivas, fisiológicas y sociales podrán verse afectadas". (12)

Neurosis Depresiva: "Se manifiesta por una reacción excosiva de Depresión frente a un conflicto interno ó a un suceso identificable, como la pérdida de un objeto amado o de una apreciada posesión. Debe distinguirse de la Melancolía Involutiva y de la enfermedad Maníaco-depresiva. Las depresiones reactivas o las reacciones depresivas deben de clasificarse aquí. (5).

Neurosis Depresiva " también se le conoce con los nombres de: Depresión reactiva, reacción depresiva, depresión neurótica y estado neurótico depresivo. Es una neurosis que se caracteriza por depresión intensa, excesiva, que se presenta como consecuencia de una experiencia aflictiva. Se considera que una depresión es de tipo neurótico, cuando la personalidad, en su lucha por adaptarse a las tensiones interiores y exteriores, se sirve de la depresión como un mecanismo de defensa. A menudo hay preocupación excesiva por el trauma psíquico que casi invariablemente precede a la enfermedad. Es decir, existe el antecedente de pérdida de algo amado por el sujeto: persona, dinero, prestigio, salud, etc. Sus características no comprenden delirios o alucinaciones. Se diferenciaría de los accesos depresivos de la psicosis maníacodepresiva, por carecer de las alteraciones periódicas de estos.(3)



### 1.1 Antecedentes Históricos.

El uso del término Depresión tiene aproximadamente un cuarto de siglo, siendo contemporáneo al advenimiento de la Psicofarmacología, pero el cuadro patológico en su forma severa, fue descrito desde tiempos pretéritos con el nombre de Melancolía.

Los Griegos de la Antigüedad:

En el siglo IV a. d. C., Hipócrates escribió que desde el punto de vista médico, la "locura" estaba relacionada con la reacción conjunta de los 4 humores corporales: Sangre, Bilis Negra, Bilis Amarilla y Flema.

La Depresión descrita por Hipócrates como Melancolía era producida por la Bilis Negra o Atrabilis.

Los Romanos:

En el siglo I a de C., Asclepiades recomendó los estímulos intelectuales, la música agradable y la formación de buenas relaciones emocionales, como medio para aliviar las Depresiones.

Celsus en su libro "DE Re Medica", destacó la importancia de la relación personal médico-paciente, además de las actividades recreativas en grupo.

En el siglo II d. de C., Sorano de Ephesus, en su descripción del cuadro clínico señalaba como síntomas principales de la Melancolía los siguientes: Tristeza, Deseo de Morir, Suspiciacia, tendencia al llanto, irritabilidad y en ocasiones jovialidad, Sorano, recomendó el teatro a sus enfermos como medio terapéutico. Se sugería a los enfermos deprimidos participar en obras tipo comedia, mientras que a los maníacos se les instaba a actuar en tragedias.

La Edad Media:

Durante la Edad Media hubo un gran número y formas de la llamada "Melancolía" provocada por espíritus y causas naturales. Como causas naturales figuraban, el exceso de trabajo, de actividad sexual o de otros tipos; las causas espirituales se consideraban de origen divino.

La creencia en influencias espirituales como causas de la Depresión, cesó a fines de 1630, cuando Robert Burton publicó su famoso tratado "Anatomía de la Melancolía", que facilitó apreciablemente la identificación de los estados depresivos.

A principios del siglo XIX, Philippe Pinel, indicó que el pensamiento de los melancólicos estaba completamente concentrado en un objeto, y que la memoria y la asociación de ideas estaban frecuentemente perturbadas, pudiendo en ocasiones inducir al suicidio. Como causas posibles de la Melancolía señaló: Las psicológicas como el miedo, desengaños amorosos, la pérdida de propiedades y las dificultades familiares; y en segundo lugar las físicas, por ejemplo, la amenorrea, el puerperio, etc.

En 1896, Kraepelin, estableció la diferencia entre psicosis maníaco-depresiva y Demencia Precoz, llamada posteriormente Esquizofrenia. Al mismo tiempo fueron aceptadas en general sus explicaciones etiológicas y su distribución bimodal de las depresiones entre las basadas en las enfermedades del cerebro y las surgidas a reacciones a sucesos de la vida; las depresiones podrían dividirse en otras palabras, entre lo que eran enfermedades "endógenas", "orgánicas", surgidas de meras causas físicas internas, y las otras que eran "reactivas", "psicógenas", Psiconeurosis surgidas meramente de factores situacionales externos.(9). Después los estudios genéticos en psiquiatría, llevaron a considerar a los síndromes depresivos, como parte de las Psicosis maníaco-depresiva, situación que prevaleció durante las 3 primeras décadas de este siglo. En consecuencia el deprimido era calificado de psicótico aunque sus síntomas fueran muy leves.

El gran incremento de la Depresión en los últimos años y la enorme cantidad de enfermos con cuadros sintomatológicos obviamente no incluidos en los cuadros psicóticos o neuróticos, motivaron a los expertos de la OMS a establecer un nuevo grupo en la IX revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, que empezó a ser utilizada en Enero de 1979. Este grupo bajo el rubro 311 y con el nombre de Trastorno Depresivo no clasificado en otra parte, incluye a los pacientes que presentan este cuadro patológico, que es definitivamente curable con los recursos médicos actuales. (2)

## 1.2 Etiología

La etiología de la neurosis depresiva es confusa y un área que confunde.

Las dificultades emergen como mínimo de tres fuentes:

- 1) A que la palabra "depresión" es empleada tanto para denotar un estado afectivo del Yo, como para denominar el síndrome clínico, en que el estado afectivo es el síntoma central. La línea divisoria entre lo normal y lo patológico no está claramente definida, y cualquier consideración sobre la etiología del síndrome debe incluir una discusión sobre la causa de este sentimiento.
- 2) El hecho de que no exista acuerdo entre los clínicos, sobre la clasificación de los síndromes depresivos, y su relación entre ellos, hace difícil adjudicar posibles causas específicas a entidades específicas.
- 3) La falta de conocimiento sobre los procesos psicológicos y biológicos implicados en la depresión, comportan importantes lagunas en el conocimiento de su etiología. (9).

La Etiología de la Depresión es multifactorial, con predominio de algunos agentes predisponentes y determinantes sobre otros, según el cuadro. El estado constitucional y los factores ambientales deben ser en todos los casos mutuamente complementarios, pues el predominio del primero o de los segundos influirá en el tipo de depresión que desarrolle el enfermo.

Aún cuando no existen factores etiológicos específicos en ningún tipo de depresión, se han dividido las causas de la misma en genéticas, psicológicas, ecológicas y sociales. (2).

Las depresiones exógenas o reactivas se ven como respuesta a experiencias -- traumáticas precipitantes en la vida del paciente, en tanto que las depresiones endógenas se consideran, como un patrón de reacción constitucionalmente condicionado, que está relativamente poco afectado por los acontecimientos -- externos.

Los modelos constitucionales o biológicos de depresión se ven a menudo como opuestos a los conceptos reactivos o psicodinámicos, pero es lo cierto que no hay contradicción entre estos dos marcos de referencia, es decir para la Depresión las explicaciones biológicas y psicodinámica, son no solo compatibles, sino además interdependientes. (12).

Muy probablemente todas las depresiones van asociadas a un trastorno en la -- transmisión de norepinefrina y de serotonina; es probable también que la Imipramina, los IMAO y la TEC, mejoren la depresión al aumentar la transmisión de la -- norepinefrina y serotonina cerebrales. (5).

Todo el tema de la Depresión se halla todavía mas confuso por el hecho de que la palabra es usada, como expresión del Talante, un síntoma, un síndrome o una enfermedad.

Hay 4 modelos básicos teóricos de Depresión:

- 1) La estructura de la "agresión interiorizada", la cual es patente en muchos casos clínicos de depresión, pero no tiene prueba substancial, aunque la emergencia o expresión de ira alivia en ocasiones la depresión.
- 2) El modelo de la "pérdida de una persona, cosa, posición, autoestima o hasta de un patrón de hábito. Este modelo es muy evidente con frecuencia en las situaciones de la vida cotidiana, y la conexión entre la pérdida y la respuesta deprimida es a menudo demasiado clara.
- 3) El enfoque de la "relación interpersonal", que utiliza conceptos de conducta. La persona deprimida puede usar la depresión, como un medio de controlar a otras personas (incluyendo a los médicos). Puede ser una extensión de desarrollo de un comportamiento como poner cara de enojo o desagrado, etc. Estas formas de copia pueden crecer en forma maligna a medida que la persona expande las reacciones producidas por sentir lástima de si misma, no querida y sola. Esto puede temporalmente evocar cierta tranquilidad o atención proveniente de otra persona, pero gradualmente como la mayoría de los patrones neuróticos fracasa, no obtiene la finalidad buscada, y se agrava el problema.
- 4) La Hipótesis de la "aminas biógenas), que hace hincapié en alteraciones bioquímicas por depauperación de aminas biógenas. La acción de la reserpina en su actividad fisiológica y producción ocasional de depresión, ha constituido un sostén mayor de la hipótesis que requiere mayor investigación.

Los cuatro factores pueden hallarse presentes en una depresión. (11).

### 1.3 Aspectos Epidemiológicos.

A mediados de la década de los 60's, una serie de artículos científicos empezaron a señalar que la Ansiedad, está siendo desplazada por la Depresión y la desesperanza como estados emocionales predominantes en el hombre, lo que en opinión de Gerald Klerman implicaría, que si las décadas de mediados de este siglo, fueron etiquetadas como la "edad de la Ansiedad", las últimas serían consideradas como la "edad de la Melancolía".

Otro dato interesante, es que el promedio de vida de los pacientes deprimidos disminuye cada vez más, y estudios recientes en Estados Unidos indican que la edad promedio de los pacientes deprimidos es de 30 años.

Y en opinión de Nathan Kline, la Depresión no solo se considera como el problema más frecuente en el Campo de la Salud Mental, sino como el padecimiento que más trastornos acarrea a la humanidad.

Expertos internacionales estiman en un 3 a 5% de la población total, la frecuencia de las depresiones. Esto significa que entre 100 y 200 millones de seres humanos padecen hoy en día de Depresión.

Durante las 3 últimas décadas se ha registrado un incremento continuo del cuadro depresivo, entre las personas que viven en las grandes comunidades urbanas, y sobre todo entre la población de los países industrializados, en especial por los profundos cambios ecológicos que han ocurrido.

En una encuesta efectuada en 1974, en la que participaron más de 15000 médicos generales de la República Federal Alemana, Francia, Austria y Suiza, se encontró que el 48% de los médicos interrogados calculaban que uno de cada 20 pacientes sufría de Depresión (5%). Casi el 80% de los médicos respondió afirmativamente cuando se les preguntó si creían que la Depresión iba en aumento. (2).

Alec Coppen, señala que de acuerdo con las investigaciones realizadas sobre incidencia y extensión de los síndromes afectivos, especialmente en Gran Bretaña y los países escandinavos, puede esperarse que aproximadamente un 8% de los hombres y un 16% de las mujeres de la población general puede padecer un cuadro depresivo durante su vida.

Los reportes internacionales acerca de la prevalencia de la Depresión coinciden con los de médicos generales, psiquiatras y otros especialistas de nuestro medio, en anotar un constante incremento de este síndrome en los últimos años. (2).

Es difícil establecer cálculos de incidencia del padecimiento, ya que el individuo con una neurosis depresiva normalmente se mantiene como paciente ambulatorio. Estimaciones realizadas sobre pacientes ambulatorios, indican que 5 a 10% de todos los pacientes evaluados en este medio sufren neurosis depresiva como trastorno principal. Los pacientes que visitan a un psiquiatra de forma privada o que son tratados por el médico general, no se incluyen en los intentos de tabulación estadística, pero deben ser legión. Baste decir que el trastorno aparece en todas partes y si bien no incapacita, es productor de un amplio sufrimiento humano . (9).

#### 1.4 Aspectos Clínicos

Los síndromes depresivos implican un trastorno afectivo característico, retraso y constricción de procesos de pensamiento, espontaneidad lenta y reducida de la conducta, relaciones sociales empobrecidas y síntomas físicos.

##### Afecto:

La persona deprimida experimenta un descenso de su estado de ánimo, lo describe como tristeza, melancolía o desesperación. El paciente podrá destacar un aspecto particular del sentimiento depresivo, hablando de angustia, tensión, miedo, culpabilidad, vacuidad o anhelo.

El paciente deprimido pierde el interés por la vida, sus apetitos se reducen antes de que su conducta manifiesta se vea afectada, cuando la depresión progresa acaba sintiendo indiferencia.

Dependiendo del grado de depresión se pueden presentar ansiedad, apatía y retraimiento.

El enojo es así mismo manifiesto en el afecto de los pacientes deprimidos, podrá expresarse directamente como cuando el paciente se queja de que no se le quiere y se le trata mal, en tanto que en otros casos es más sutil y los sufrimientos del paciente entristecen la vida de los que lo rodean.

La persona deprimida se siente insuficiente en extremo, no tienen confianza y pueden considerarse un individuo inservible. Todas las metas de la existencia parecen carecer de significado y valor. (12).

### Pensamiento:

El deprimido está preocupado consigo mismo y con su estado, lamentandose de su infortunio y del efecto de este sobre su vida. Cavila acerca del pasado y se siente lleno de remordimientos, espera la resolución de sus problemas por intervención de alguna fuerza omnipotente, aunque abriga poca esperanza de que semejantes soluciones tengan lugar.

Sus pensamientos estereotipados prestan un color monótono a su conversación, trata de dirigir sus pensamientos a donde sea como defensa, particularmente los pacientes obsesivos.

El paciente deprimido se dice mucho mejor de lo que se siente en realidad. Sus pensamientos están disminuidos en cantidad, y aunque puede ser sensible, el paciente muestra con todo poca iniciativa o espontaneidad.

Comprende lo que se dice y contesta apropiadamente, pese a que su pensamiento sea más lento y su lenguaje pueda ser acaso imperfecto e inseguro. (12)

### Conducta:

La lentitud caracteriza tanto la vida entera del paciente deprimido, como sus procesos mentales; sus movimientos y sus respuestas requieren más tiempo, la conducta orientada o intencional está disminuida. El paciente participará acaso en la vida si se le impele a hacerlo, pero si se le deja a si mismo es probable que se retraiga.

Las actividades que selecciona son pasivas y a menudo socialmente aisladas. (12).



### Relaciones Sociales:

Del Deprimido anhela el cariño de otros, pero deja de corresponder en una forma que recompense a la otra persona o refuerce la relación, se aísla, teme el rechazo. (12).

### Signos y Síntomas Físicos:

El paciente puede parecer desgraciado y abatido, además cansado y desanimado e incluso apático, generalmente hay falta de vivacidad y color en su lenguaje y modales.

Puede quejarse de fatiga, pero tiene dificultad en conciliar el sueño, y una vez dormido su sueño es intermitente. Algunos pacientes parecen huir en el sueño de sus preocupaciones y angustia.

Su apetito puede estar disminuido, sin embargo, algunos pacientes recurren a la comida como un alivio. Casi todos los pacientes deprimidos experimentan una intensificación de deseos orales durante los períodos de depresión, pero solo en algunos pacientes estos deseos toman la forma de comer más. (7).

### Trastornos Físicos:

Pueden presentarse trastornos depresivos después de la administración de ciertos fármacos. La Reserpina y los corticosteroides, por ejemplo, pueden producir depresión que no debería calificarse de neurosis depresiva.

Una variedad de enfermedades físicas pueden también dar lugar a estados deprimidos. Puede producirse un estado de -

ánimo deprimido en trastornos hormonales como la disfunción tiroidea, la menopausia y la disfunción corticosuprarrenal.

La malnutrición y los trastornos electrolíticos pueden producir estados deprimidos.

Los trastornos del sistema nervioso central, como la esclerosis múltiple y tumores cerebrales pueden producir síntomas depresivos. (1)

### 1.5 Aspectos Psicodinámicos.

Cuatro factores básicos se hayan implicados en la producción de Neurosis Depresivas:

- 1).- Los cambios inmediatos de humor, como reacción a una pérdida en el ambiente, por desengaño o privación.
- 2).- Cambios en el Sistema de Autoestima.
- 3).- Conflictos con el Impulso Agresivo.
- 4).- Personalidad Previa, con una estructura caracterizada por Narcisismos, Dependencia y Ambivalencia, que ayuda a determinar la cantidad y cualidad de los tres factores enunciados.

Se menciona que los procesos psicológicos anteriores están inextricablemente relacionados.

Que la tristeza, la soledad, el desepero y la pena, siguen normalmente a la pérdida de una persona una persona u objeto apreciado, es sabido por el hombre, desde el momento en que realizó la primera introspección. No fué, sin embargo, hasta el momento en que Freud llamó la atención sobre este hecho en Mourning y Melancholia, cuando los investigadores fijaron su atención en la similitud entre la pena normal y el afecto central de la enfermedad depresiva.

Más tarde, Lindemann en su estudio clínico sobre el desconsuelo agudo, describió en detalle los signos somáticos y los síntomas más extendidos en las personas desconsoladas, proporcionando la evidencia de la similitud

en la esfera somática.

Concluyéndose que la pena normal y la enfermedad depresiva tienen muchos aspectos en común. Pero solo observando las diferencias, puede aumentarse el conocimiento de la etiología de la depresión patológica.

Fue Edward Bibring, quien prestó atención a la importancia de las alteraciones de la Autoestima en los estados depresivos, considerándose estos cambios como elementos básicos y centrales en la depresión, convirtiéndose muchas veces en condición "sine qua non", sin olvidarse de que la experiencia de tristeza, es otro ingrediente igualmente importante y primario.

En relación a la Agresión se ha observado en forma general que las relaciones altamente dependientes, suelen ser ambivalentes en su naturaleza, Dentro de este tipo de relaciones el potencial de Ira se mantiene fuerte, y la pincipal fuente de estímulo para su activación, radica en el fallo de conseguir satisfacción para las necesidades de dependencia.

A causa de conflictos con el impulso, el paciente emplea mecanismos psicológicos que complican la reacción depresiva de base. (9). El paciente deprimido ha recibido un golpe en su autoestimación. Esto puede resultar de la ruptura de una relación con objetos, ya sean externos o internalizados o bien, de un golpe directo a su capacidad de adaptación. En ambos casos, el paciente experimenta una mengua de la imagen que tiene de si mismo y trata de reparar el daño y de defenderse del trauma ulterior, por medio de diferentes mecanismos psicodinámicos, por ejemplo: la identificación, la relación del enojo con la depresión, el papel del aislamiento y

y la negativa, la evolución de los estados maníacos y la relación de la depresión y las defensas proyectivas.

#### Identificación o Introyección:

Quando la muerte o la separación conducen a la pérdida de un ser querido, la representación mental emocionalmente cargada de la persona perdida, sigue constituyendo una parte permanente del Yo., este mecanismo se designa como Introyección, en tanto que la Identificación es un proceso menos global y más sutil, en que el individuo modifica su autoimagen, de acuerdo con su imagen de la persona importante a la que se ha perdido, pero no lo hace más que en determinadas áreas seleccionadas. Ambas recapturan o retienen el objeto perdido, al menos en términos de la vida psicológica del paciente, son mecanismos vitales en el desarrollo normal.

#### Depresión y Enojo:

La base psicodinámica más simple para esto, es el enojo del paciente ante la pérdida, por abandono, del objeto querido.

El paciente deprimido desplaza su enojo hacia personas substitutivas, de las que espera que reemplazarán su pérdida y seguirán satisfaciendo sus necesidades.

Posteriormente, vuelve la agresividad contra si mismo, en forma de una autoacusación y una condena.

#### Aislamiento y Negativa:

El individuo deprimido, lucha a menudo por mantener sus sentimientos fuera del ámbito de la conciencia o ignorar sus orígenes en el mundo exterior.

Estas maniobras lo protegen del dolor psicológico. Cuando el paciente logra su objeto. vemos depresión sin depresión, esto es, el

clínico sin el afecto subjetivo. Por regla general, algún aspecto del complejo emocional emerge, con todo.

El Aislamiento y la Negativa son defensas características de la personalidad obsesiva y una depresión subyacente se expresa corrientemente cuando se analizan las defensas de esta.

#### Síndromes maníacos:

El paciente maníaco, parece ser clínicamente el opuesto del deprimido. Pero pese a la exaltación superficial, la manía se comprende mejor como una defensa contra la depresión.

Es el producto de la negativa y la inversión del afecto.

#### Proyección y Respuestas Paranoides:

Si el deprimido utiliza la defensa de la proyección, para protegerse a si mismo de su dolorosa autocondena, siente no solo que los demás dejan de ayudarle, sino también que son causa de su dificultad.

Es como si el paciente se dijera a si mismo "no es que yo sea malo sino, simplemente, es él quien dice que yo soy malo". O -- "mi infortunio no es culpa mía, sino que es lo que el me hizo" La proyección va acompañada de transiciones de la tristeza al enojo, de la demanda de ayuda a la expectativa de persecución. La relación entre los síndromes Paranoide y Depresivo es una de las razones de que los pacientes paranoides presenten riesgo de Suicidio: puede producirse una depresión de aparición repentina. (12).

## 1.6 Diagnóstico.

Lo mismo que la diferenciación entre formas psicóticas y neuróticas de depresión, a menudo también es difícil - por las grandes áreas que se superponen en el espectro de la enfermedad depresiva, distinguir entre la depresión como respuesta afectiva y las formas mas leves de la enfermedad depresiva. Por lo general se considera un estado depresivo como patológico por cantidad y cualidad.

Cuantitativamente se considera patológica una Depresión, si es muy grave en respuesta a la magnitud del suceso precipitante, o si la respuesta a un valor perdido importante es demasiado prolongada.

Las manifestaciones agudas de la pena no deben ser evidentes, al cabo de unos seis meses, y si se alargan deben sospecharse mecanismos neuróticos. Por el contrario, la ausencia de pena ante una pérdida significativa, debe llevar a considerar la posibilidad de fuerzas patológicas intrapsíquicas.

Desde el punto de vista Cualitativo, la razón para hacer un diagnóstico de neurosis depresiva, aumenta si las manifestaciones del afecto depresivo y el decremento de la autoestima, se concitan en pacientes con una historia anterior de síntomas neuróticos o rasgos de personalidad, que impliquen conflictos de dependencia o agresión. (9).

300.40 Trastorno distímico (o neurosis depresiva).

Criterios para el diagnóstico:

- A. Durante los dos últimos años (o uno en el caso de los niños y adolescentes), el sujeto ha presentado durante mucho o todo el tiempo, síntomas característicos -

del síndrome depresivo, pero no con la suficiente gravedad y duración como para cumplir los criterios de un episodio depresivo mayor.

B. Las manifestaciones del síndrome depresivo pueden ser relativamente persistentes, o estar separadas por períodos de estado de ánimo normal que duran días a pocas semanas, pero no más de unos meses.

C. Durante los períodos depresivos, hay un llamativo estado de ánimo depresivo (por ejemplo, triste, -- melancólico, abatido, bajo), o una notable pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades y pasatiempos habituales.

C. Durante los períodos depresivos están presentes, - como mínimo, tres de los siguientes síntomas:

- 1) Insomnio o Hipersomnia;
- 2) Bajo nivel de energía o cansancio crónico;
- 3) Sentimientos de incapacidad, pérdida de la autoestima, autolamentaciones o desaprobación;
- 4) Disminución de la atención, concentración o capacidad para pensar con claridad;
- 5) Retraimiento Social;
- 6) Pérdida de interés o disfrute de las actividades placenteras.
- 7) Disminución de la efectividad o productividad en la escuela, trabajo o en la casa;
- 8) Irritabilidad o cólera excesiva;
- 9) Incapacidad para responder con placer a los elogios o



refuerzos;

- 10) Menos activo o hablador de lo habitual o sensación de lentitud o inquietud;
- 11) Actitud pesimista hacia el futuro, rumiación negativa de acontecimientos pasados o sentimientos de lástima hacia uno mismo;
- 12) Llanto o sollozo;
- 13) Pensamiento repetitivo de muerte o suicidio.

E. Ausencia de síntomas psicóticos, tales como ideas delirantes, alucinaciones, incoherencia o pérdida de la capacidad asociativa.

F. Si el trastorno se sobreañade a un trastorno preexistente, como un trastorno obsesivo compulsivo o la dependencia de alcohol, el estado de ánimo deprimido puede diferenciarse con claridad, del estado de ánimo habitual del sujeto en virtud de su intensidad o su efecto sobre la actividad. (6).

## 1.7 Diagnóstico Diferencial.

### Otras Neurosis:

El afecto depresivo puede observarse en pacientes de diferentes condiciones neuróticas, pero en lo general los síntomas específicos, como las parálisis histéricas o fobias claras, especialmente cuando dominan estas, determinaran la categoría Dx apropiada.

Existen áreas de superposición entre las neurosis obsesivo-compulsiva y el síndrome depresivo, aproximadamente 20% de los pacientes que presentan la enfermedad depresiva, tienen síntomas obsesivo-compulsivos y un tercio poseen también rasgos de carácter obsesivo-compulsivo. Es decir, la depresión y la compulsión son los dos polos de un espectro, que recorre toda una serie de estados clínicos intermedios, en los cuales aparecen muchos rasgos que son comunes a los dos cuadros.

Ansiedad y Depresión, a menudo coexisten en un mismo paciente, y aquí el Dx último queda a juicio de cada clínico, para valorar que afecto es el más significativo.

### Depresiones Psicóticas:

Se ha repetido la dificultad de diferenciar entre depresiones psicóticas y neuróticas. La presencia de cambios marcados en el funcionamiento corporal, como anorexia grave, pérdida de peso, constipación, insomnio y retardo psicomotor, así como delirios depresivos y preocupaciones suicidas graves, sitúan la enfermedad en el extremo psicótico del espectro. En las alteraciones que se sitúan en el centro del espectro, el clínico tiene pocos medios firmes para el Dx diferencial.

### Esquizofrenia:

Los pacientes esquizofrénicos, pueden mostrar afecto depresivo o apatía, que se presenta superficialmente como una depresión, al examen más minucioso la apatía aparece, más bien vacía o falta de tono afectivo, que una experiencia positivamente dolorosa, que es la que constituiría la verdadera depresión y las típicas alteraciones del pensamiento esquizofrénico diferencian las dos alteraciones.

### Enfermedad Física:

La fatiga de las enfermedades infecciosas o de la Mononucleosis Infecciosa pueden confundirse algunas veces con la Neurosis Depresiva, el Hipotiroidismo algunas veces se ha confundido. La ausencia de un trauma emocional claro como precipitante y la presencia de resultados diagnósticos de laboratorio en pacientes con enfermedades somáticas, establece por lo general una clara diferenciación. En los ancianos la depresión puede estar asociada a una temprana enfermedad degenerativa del cerebro. (9).

El trastorno distímico debe considerarse como diagnóstico alternativo de la depresión mayor en remisión, cuando la depresión mayor este en remisión parcial durante un período de dos años. Cuando a la depresión mayor se sobreañade un trastorno distímico, deberán registrarse ante diagnósticos, ya que es probable que el sujeto continúe con el trastorno distímico cuando se recupere de la depresión mayor.

A menudo los síntomas afectivos de este trastorno son considerados secundarios a un Trastorno Subyacente de Personalidad. Cuando un-

sujeto cumple los criterios para este trastorno y para el trastorno de personalidad, deberán hacerse ambos diagnósticos, sin pensar para nada, en la relación casual entre los dos. Este trastorno, es especialmente frecuente en los sujetos que presentan trastornos de personalidad límite, histriónicos o de dependencia.

Las fluctuaciones normales del estado de ánimo, no son tan frecuentes ni graves, como el estado de ánimo deprimido del trastorno distímico y en ellas no hay interferencias con la actividad social.

Los trastornos mentales crónicos, como el trastorno obsesivo compulsivo o la dependencia del alcohol, cuando se acompañan de síntomas depresivos, pueden sugerir un trastorno distímico. Solo se hará el diagnóstico adicional de trastorno distímico, si el estado de ánimo deprimido, en virtud de su intensidad o de su efecto sobre la actividad, puede distinguirse con claridad del estado de ánimo habitual del sujeto. En los niños, el trastorno distímico puede sobre añadirse a un trastorno por déficit de atención, a un trastorno específico del desarrollo, o a un trastorno mental orgánico. (6).

## 1.8 Clasificación.

La clasificación del síndrome depresivo siempre ha sido objeto de múltiples investigaciones y controversias, estableciéndose con frecuencia una diferencia entre las formas reactivas y las endógenas. La historia clínica de algunos pacientes muestra causas ambientales y psicológicas como factores determinantes aparentemente obvios entonces la depresión es llamada Exógena o Reactiva; en otros no hay factores desencadenantes evidentes y la depresión es considerada como Endógena. En la práctica es difícil distinguir el límite entre estos dos supuestos subgrupos.

Por otra parte, la dicotomía entre cuadros depresivos psicóticos y neuróticos ha sido siempre un problema para la clasificación de los trastornos mentales. Este problema se ha incrementado, al presentarse en los últimos años un gran número de cuadros depresivos, cuya clasificación no corresponde a ninguno de los cuadros anteriores, es decir, un gran número de pacientes con trastornos depresivos; no pueden ser considerados como neuróticos y mucho menos como psicóticos.

A fin de colaborar con el clínico en la codificación del cuadro diagnosticado, la Organización Mundial de la Salud, incrementó en la IX Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-9) de 10 a 19 categorías que a nivel de cuatro dígitos podían corresponder a este cuadro, agregando una nueva categoría, la 311, para "Trastornos depresivos no clasificados en otra parte".

Con fines de clasificación se plantea agrupar la depresión en 3 categorías: depresión psicótica, neurótica y simple.

De acuerdo con la ICD-9, a la depresión psicótica le corresponden los siguientes rubros:

- 295 Psicosis Esquizofrénicas.
  - 295.7 De tipo esquizoafectivo.
- 296 Psicosis Afectivas:
  - 296.1 Psicosis Maníacodepresiva, de tipo depresivo.
  - 296.3 Psicosis Maníacodepresiva, de tipo circular, pero generalmente depresiva.
  - 296.4 Psicosis Maníacodepresiva, de tipo circular, mixta.
  - 296.5 Psicosis Maníacodepresiva de tipo circular, con estado general no especificado.
  - 296.6 Psicosis Maniacodepresiva, otras y no especificadas.
  - 296.8 Otras
  - 296.9 No especificadas
- 298 Otras Psicosis no orgánicas
  - 298.0 De tipo depresivo.

A la depresión neurótica le correspondería el rubro:

- 300 Trastornos Neuróticos:
  - 300.4 Depresión Neurótica

Y en este intento de clasificación dentro de la depresión simple, podrían incluirse los cuadros:

- 308 Reacción aguda al estrés:
  - 308.0 Contrastorno predominante de las emociones (si son depresivas).
  - 308.4 Mixtas (si incluyen depresión)
- 309 Reacciones de Ajuste:

- 309.0 Reacción depresiva breve.
- 309.1 Reacción depresiva prolongada
- 309.4 Con trastornos mixtos de las emociones y de la conducta  
(si hay depresión).
- 311 Trastorno depresivo no clasificado en otra parte.
- 312 Trastorno de la conducta no clasificado en otra parte:
  - 312.3 Trastornos mixtos de la conducta y de las emociones  
(si hay depresión).
- 313 Trastornos de las emociones específicos de la infancia y de la  
adolescencia:
  - 313.1 Con pena e infelicidad.
  - 313.8 Otros y Mixtos.

Para diferenciar con mayor claridad los tres tipos de depresión planteados, se menciona lo siguiente: en la depresión psicótica los elementos genéticos desempeñan un papel muy importante; se caracteriza por la seria alteración de la personalidad, perdida importante de la autocrítica y choque importante con el medio.

En la depresión neurótica, la personalidad del sujeto ha sido mal - integrada durante la etapa evolutiva, debido a problemas importantes que se presentan durante la infancia o la adolescencia.

En la Depresión Simple, la personalidad no sufre ningún trastorno, - por lo que no se le considera un trastorno psiquiátrico en el sentido hasta ahora reconocido para el término; el enfermo es una persona con un estado satisfactorio de salud mental, cuyos problemas psicológicos, ecológicos o sociales, le han provocado un desequilibrio - bioquímico, que afecta el metabolismo de las aminas biógenas cerebrales, originando el cuadro depresivo y cuando el paciente se recu

pera, actúa seguro de no haber sufrido el algún momento un trastorno mental (2).

En el DSM-III, la clasificación de los trastornos afectivos difiere de otras clasificaciones, que se basan en distinciones dicotómicas, como neurótico versus psicótico o endógeno versus reactivo. En este manual los trastornos afectivos se dividen en trastornos afectivos mayores (en los que hay un síndrome afectivo completo), como el trastorno bipolar y la depresión mayor, que se distinguen entre si por la presencia de algún episodio maníaco anterior; en otros trastornos afectivos específicos (con un síndrome afectivo parcial de al menos dos años de duración), como el trastorno Ciclotímico y el trastorno Distímico. En el trastorno Ciclotímico, hay síntomas característicos tanto de los síndromes depresivos como maníacos, pero sin la gravedad y duración suficientes, para cumplir los criterios para el diagnóstico de episodio depresivo o maníaco. En el trastorno Distímico, los síntomas no son de la gravedad y duración suficientes para cumplir los criterios del episodio depresivo mayor, además no se presentan períodos hipomaníacos. Y por último, en trastornos afectivos Atípicos (categoría que incluye aquellos trastornos afectivos que no pueden clasificarse en ninguna de las dos subclases específicas), como el Trastorno Bipolar Atípico y la Depresión Atípica (6).



### 1.9 Pronóstico.

Lo mismo que con su epidemiología, resulta imposible hacer afirmaciones fiables sobre el curso y pronóstico de la neurosis depresiva, puesto que no se han llevado a cabo estudios sistemáticos y rigurosos sobre este tema.

La experiencia clínica empírica sugiere que el curso es de corta duración y la esperanza de recobrase es mejor en los casos en que:

- 1) el factor precipitante es un solo suceso o una serie de sucesos circunscritos en el tiempo.
- 2) el factor precipitante es más importante en la aparición de la depresión que la estructura de la personalidad, y
- 3) las complicaciones resultantes de conflictos sobre la agresión están ausentes o son mínimas.

Una persona psicológicamente sana, puede estar desbordada y temporalmente incapacitada si el suceso precipitante es realmente catastrófico, pero en general, se recobrará por completo al cabo de un tiempo y se protegerá contra posibles cambios ambientales. Por otro lado, un individuo con graves conflictos de personalidad relacionados con la dependencia y agresión desarrollará una neurósis depresiva moderada como resultado de la menor agresión del medio y su enfermedad es más probable que sea más larga y más incapacitadora.

Existe un punto en otras palabras, en el cual el individuo cesa de responder directamente a los estímulos externos, pero el proceso iniciado por los estímulos ambientales, sigue su curso independientemente de las circunstancias externas, a través del mecanismo de las condiciones internas específicas y las fuerzas que se ponen en movimien

to en el organismo a causa del estímulo inicial.

Tanto si estas condiciones internas se hallan mejor explicadas en términos biológicos, psicológicos o en ambos, será el conocimiento sobre los procesos que se producen, desde el momento de la transición a la reacción de autonomía, lo que proporcione una comprensión mejor de la naturaleza, desarrollo y curso de la enfermedad - depresiva (9).

## 1.10 Tratamiento.

Por regla general, el paciente con neurosis depresiva puede ser tratado eficazmente con juiciosas medidas psicoterapéuticas y quimioterápicas.

### Medidas Psicoterapéuticas.

#### Psicoterapia de Apoyo.

Quizá una de las ayudas más inmediatas para el paciente que se haya en medio de una aguda reacción de depresión sea la relación de apoyo proporcionada por el médico y la oportunidad de hablar sobre sus problemas, suele ser todo lo que algunos pacientes necesitan para salir de este período.

Es importante tener en cuenta, que si las circunstancias ambientales desempeñan un papel importante en las neurosis depresivas, el psiquiatra debe encontrar útil a menudo, revisar las circunstancias externas con el paciente, para ayudarlo con sugerencias prácticas acerca de como alterar alguno de los elementos que deben cambiarse.

Mas aún puesto que las necesidades de dependencia se hallan a menudo relacionadas íntimamente con el estado depresivo, el médico debe ayudar al paciente a encontrar otras relaciones más apropiadas con su medio ambiente.

No debe dudar el médico en consultar a los parientes del paciente - no sólo para hacerles comprender lo que el paciente está experimentando, sino también, para ayudarles y proporcionarles el apoyo necesario para que a la vez ayuden al paciente en sus relaciones; las demandas del paciente deprimido pueden ser molestas e irritantes, y al tener la oportunidad de hablar con el médico acerca del paciente, los

parientes pueden ser ayudados y se les puede proporcionar la fuerza moral necesaria que deben transmitir al paciente.

#### Psicoterapia de "insight".

La decisión de utilizar este tipo de psicoterapia para los pacientes con neurosis depresivas, debe estar basada principalmente en aquellos criterios referentes a las funciones del Yo que indican la posibilidad de una buena reacción a esta terapia, más que la naturaleza de los síntomas presentados por el paciente.

A menudo, la psicoterapia de "insight" no es necesaria, sobre todo en la forma más larga, especialmente en aquellos pacientes en los que la depresión es resultado de un grave trauma externo arrollador, sobre una personalidad relativamente madura, caso en que el énfasis terapéutico debiera incidir en la psicoterapia de apoyo.

Requieren especial mención, aquellos pacientes con reacciones de duelo patológicas, cuyo duelo ha sido boqueado por una agresión no resuelta hacia la persona que ha perdido. En estos casos, un descubrimiento cuidadoso de la agresión inicial inconciente en el curso de la psicoterapia de insight, puede deshelar la fría emoción y permitir al paciente expresar, tanto su ira como su duelo y por tanto, eliminar los síntomas depresivos que forman parte de la reacción patológica.

#### Terapéutica Marital.

Cuando la Neurosis depresiva (caso bastante común), surge como consecuencia de dificultades matrimoniales, debe considerarse el recurso de la terapéutica matrimonial. En esta situación, el rompimiento de las barreras de comunicación y la oportunidad de que cada miembro de la pareja obtenga, una mejor comprensión de sí mismo, y de su - -

esposo o esposa, puede mejorar la relación hasta el punto en que las causas externas en la depresión del paciente puedan ser mejoradas significativamente o incluso abolidas. (9).

#### QUIMIOTERAPIA.

El uso de agentes químicos es a menudo central en el tratamiento de pacientes con neurosis depresivas, los antidepresivos tricíclicos, especialmente la Imipramina y la Amitriptilina, son los fármacos indicados. Para reducir la incidencia a efectos colaterales habituales, como la hipotensión o la obnubilación (que deben comunicarse al paciente), se empieza generalmente por una medicación baja hasta llegar a las dosis óptimas, empezando por 25 mgs. 3 veces al día, e incrementando la dosis en 25 mgs. cada 4 o 5 días hasta un máximo de 250 a 300 mgs/día. El tratamiento con fármacos, no debe considerarse inefectivo hasta que el paciente haya seguido con la dosis completa durante 3 a 4 semanas, sin resultados terapéuticos.

Los inhibidores de la MAO, se reservan por lo general para pacientes con depresiones psicóticas, que no han respondido a los ensayos con fármacos tricíclicos. Existe una creciente tendencia en contra de la utilización de IMAO, como consecuencia de los frecuentes e importantes efectos colaterales.

La antigua costumbre de utilizar una combinación de barbitúricos y anfetaminas, ha desaparecido prácticamente en el tratamiento moderno de este trastorno, y se considera por lo general, que el hidrato de cloral y los tranquilizantes menores, como el diacepam son preferibles a los barbitúricos para combatir las alteraciones del sueño. Como regla general, no debe instituirse un tratamiento farmacológico

co, hasta que no se haya establecido relación con el paciente, aunque en algunas ocasiones la gravedad del síntoma pueda requerirlo.

Muchos de los síntomas del paciente pueden reaccionar rápidamente a las técnicas psicoterapéuticas solas, y los fármacos no deben surgir como sustituto de la relación con el doctor. Por supuesto, la mejoría en el humor, como consecuencia de la acción del medicamento, hace que el paciente parezca mas accesible a la psicoterapia.

Aunque la mayoría de los pacientes con neurosis depresivas, no presentan riesgos suicidas altos, debe recordarse que algunos pacientes utilizan rasgos suicidas e intensos gestuales como medio de expresar sus conflictos, y en estos casos, los fármacos deben utilizarse con las necesarias precauciones respecto de su abuso. (9).

## 2. Depresión y MMPI.

Hay una relación estrecha entre el uso de escalas de evaluación y el nivel de la práctica médica. En la mayor parte de las investigaciones clínicas de hoy en día, se incluye la aplicación de una o varias escalas, y son bien aceptadas por los médicos que se dedican a este tipo de investigaciones. Siendo esto contrario en la gran mayoría de los profesionales que trabajan en la práctica clínica.

Las primeras escalas de evaluación fueron de un tipo muy general, debido a que se utilizaban para estudiar síntomas de enfermos ambulatorios y hospitalizados, sin tratar de encontrar la naturaleza del padecimiento que los originaba.

Actualmente, se considera que el uso de las escalas de medición, apenas se inicia en la práctica clínica, ya que estas simplifican el registro de datos para su estudio en computadoras, permiten recabar el máximo de información importante y facilitan la estandarización, que disminuye la variabilidad de la información acerca de los enfermos, aunque es preciso señalar que ni el mejor cuestionario o la más elaborada escala de evaluación podrá suplir a un buen estudio clínico.

El uso amplio de estas escalas corresponde pues, al campo de la investigación psicosocial (determinación de tasas de prevalencia en población general o en grupos de riesgo específico) y clínica (valoración del efecto terapéutico de nuevos antidepresivos).

Actualmente, hay un gran número de escalas para medir la Depresión, pero las más conocidas y utilizadas son: el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, la Escala de Hamilton, el Inventario de Beck y la Escala de Autoevaluación de Zung.

En años recientes, la OMS elaboró una escala para medir la depresión y la utilizó en su investigación internacional del problema, sin embargo, aún no se encuentra en disponibilidad para su uso general (2).

Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnessota.

Conocido en todos los países por sus iniciales MMPI, introducido por Hathaway y Mckinley en 1942, es el inventario construido y estudiado más cuidadosamente que se utiliza hoy en día.

Consta de 550 preguntas en forma de afirmaciones positivas o negativas, que corresponden a muchos aspectos de la personalidad, incluyendo la salud general, hábitos, familia, actitudes sexuales, religión, actitudes políticas y muchos items psicopatológicos importantes para el diagnóstico y tratamiento psiquiátricos. (1).

Pese a que el MMPI está considerado como la escala más válida, su aplicación solo puede hacerse a personas con más de 16 años, con primaria terminada y tarda de una a dos horas en resolverse, lo que podría hacerlo poco práctico. (2)

Freedman y Kaplan, señalan lo siguiente en relación al Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota; (formas: individual, colectiva y abreviada "R"); Test de Personalidad Objetivo, Cuestionario de verdadero-falso, dando unas calificaciones para 10 escalas clínicas además de otras 10 escalas; entre sus rasgos especiales, incluye escalas relacionadas con actitudes que se toman ante el Test. Construido empíricamente sobre la base de criterios clínicos. Se dispone de servicios de interpretación computarizada. (10). Las características detalladas de la Prueba se describen en Metodología (Instrumentos).



La utilización de la combinación de las escalas del MMPI, comenzó a llamar la atención de los autores desde un principio y actualmente se encuentran una serie de referencias, en las que se le dá menos atención a la interpretación aislada de las escalas clínicas y mucha mayor importancia a la combinación de dos, tres y hasta cuatro escalas. Las escalas utilizadas aisladamente siguen siendo interpretadas por varios autores, pero con mayor frecuencia se observa la investigación, utilizando este método de interpretar los perfiles, y se encuentra de gran ayuda en la interpretación clínica ya que es más aproximado al cuadro diagnóstico. (16).

La utilización del MMPI como instrumento de detección en la presente investigación, tiene un importante antecedente en un estudio -- realizado por Pucheu y Rivera, en estudiantes admitidos a la Facultad de Medicina de la UNAM, durante los años de 1969, 1970 y 1971, siendo un total de 5625 estudiantes quienes efectuaron el MMPI, de ellos, 4277 fueron hombres y 1348 mujeres, sus edades variaron entre 17 y 25 años, el promedio fué de 20 y la desviación standar de 3 años.

Cinco diferentes clases de reglas para la Clasificación de los perfiles del MMPI fueron creadas, una clase para el establecimiento de la validez del perfil y 4 clases para determinar el grado de psicopatología.

Cada regla fue cuidadosamente revisada, sobre la base de un criterio fundamentalmente cuantitativo, configuración del perfil, el código Welsh, y los conceptos delineados en los manuales y libros de

clasificación de Hathaway y Mckinley (1967).

Estas reglas hicieron posible clasificar el perfil de cada estudiante, con un grado representativo alto o bajo de tendencias -- psicopatológicas.

Las reglas fueron programadas por análisis computarizado, proveyendo una clasificación automática del perfil, cuando se identificaron los estudiantes con mayores disturbios (17).

### 3. Depresión y Aprovechamiento Escolar.

Ya mencionamos que los síntomas del cuadro depresivo se podrían agrupar en 4 apartados: Trastornos afectivos, Trastornos Intelectuales, Trastornos Conductuales Somáticos.

Y que entre los trastornos en la Esfera Intelectual encontramos: Sensopercepción disminuida, Trastornos de Memoria, Disminución de la Atención, Disminución de la Comprensión, Ideas de Culpa o de Fracaso, y Pensamiento Obsesivo.

Por otro lado, algunos estudios realizados en Instituciones Universitarias, muestran que el Proceso Enseñanza-Aprendizaje, está Multideterminado, y entre los factores que concurren encontramos: los económicos, los sociales, los psicológicos, los académicos, etc., que contribuyen a que en dicho proceso no se alcancen los objetivos propuestos.

En la población estudiantil Universitaria, existe un alto índice de alumnos reprobados en diversas materias, fenómeno en el cual inciden múltiples aspectos de diferente índole, uno de los cuales es la influencia que pueda tener la Depresión en relación al aprovechamiento escolar, y al no contar con estudios al respecto, se planteó el presente proyecto de Investigación.

Además de considerar el análisis de las variables: Sexo, Edad, Estado Civil, Ocupación, Escuela de Procedencia, Hábitos y Técnicas de Estudio, y Nivel Sociocultural, en relación con el aprovechamiento escolar de los alumnos de primer ingreso a la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. durante 1984.

En un estudio de Kashani y Priesmeyer, (10), realizado en la Universidad de Missouri, encontramos los siguientes datos de importancia:

Estudiaron 100 alumnos de la Universidad, de los cuales 70 eran mujeres y 30 hombres, cuyas edades variaron entre 18 y 24 años, Hubo 29 estudiantes de recién ingreso y 71 de otros grados.

Entre los hallazgos encontrados se reportan los siguientes:

Que entre los estudiantes de 1er. ingreso existieron significativamente más problemas en la concentración, sentimientos de inutilidad e incapacidad, así como alteraciones en el apetito.

Los estudiantes eran referidos al centro por una variedad de razones, entre los que se incluían, consulta general, potencial de oportunidades de trabajo y problemas psiquiátricos.

Analizando las razones de referencia, se encontró que el 90% de los estudiantes de 1er. ingreso acudieron por razones psiquiátricas, constituyéndose en una diferencia significativa. Este descubrimiento indica una frecuencia mayor de problemas, entre los estudiantes de recién ingreso que entre los estudiantes de otros niveles académicos, entre los que se encuentra su inexperiencia ante mayor presión y stress, Durante el primer año de la universidad, los estudiantes se debieron ajustar a la separación de la casa y de la familia, a vivir independientemente, a la demanda inesperada para cui

darse por sí mismos, la expectación para su realización, la competencia académica y al acompletamiento de la transición de adolescente a adulto. Por lo que este primer año resulta el más crítico de la universidad y el estudiante puede tener una especial necesidad de apoyo.

El descubrimiento de que cerca de un tercio de la población que usó el centro de consulta estaba deprimido es importante, ya que la Depresión con pérdida de interés en general y en los estudios en particular, puede ser responsable del hecho que menos de la mitad de los 100, no más de 40% de los estudiantes se hayan graduado con sus clases completas.

Nuestro descubrimiento de que no hubo diferencias significativas en la prevalencia de la Depresión entre hombres y mujeres que eran estudiantes de la Universidad, contrasta con los descubrimientos entre las poblaciones generales y las que acuden a consultas en la clínica.

Weissman y Klerman especularon que los factores psicológicos, explican la frecuencia más alta de Depresión entre las mujeres y que probablemente influyen factores hormonales o a que son más sentimentales. En vista de que la realización académica la competencia y los sucesos angustiantes y tensionales a que se enfrentan en el colegio, son equivalentes tanto para el hombre como para las mujeres, puede atribuirse la prevalencia similar de depresión en el estudio, a la carencia de diferencias mayores en los factores psicosociales entre ambos sexos, de los estudiantes universitarios, También, se señala el papel con que contribuye la tensión en el desarrollo de desórdenes depresivos en este grupo de edad. (10

Los desórdenes psiquiátricos, han sido implicados como causa de un pobre rendimiento escolar entre los estudiantes, varios estudios han sugerido que los desórdenes afectivos, -especialmente de presión pueden ser uno de los tipos más comunes de desórdenes psiquiátricos asociados con estudiantes que han mostrado pobreza académica. (18).

Nicholi, reporta que entre los estudiantes universitarios de Harvard no licenciados, quienes se separaron de la universidad, la consulta psiquiátrica fué 4 veces más frecuente, que entre los estudiantes que permanecieron en la escuela.

En este estudio, la reacción depresiva apareció en cerca de un cuarto de las enfermedades psiquiátricas y fué el segundo diagnóstico más frecuentemente hecho (la reacción de ajuste de la adolescencia, la cual a menudo se asocia con considerables trastornos afectivos, fué la más frecuente). (15).

Beahan, sugiere que el pobre desempeño académico, definido como quedarse atrás y abandonar la escuela, fué también asociado con desórdenes afectivos, el encontró una alta incidencia de abandono en estudiantes que admitieron fluctuaciones en el humor (1).

Davis y Asociados encontraron, que la incidencia de enfermedad psiquiátrica fué más alta entre estudiantes que desecharon la escuela tarde en el período escolar, que en un grupo control, en que el abandono ocurrió al principio del período. En este estudio la enfermedad depresiva fué el diagnóstico más común. (4).

Estos estudios y observaciones clínicas de estudiantes deprimidos, sugieren que los trastornos afectivos pueden frecuentemente afectar la calidad del desempeño académico.

Considerando el gran número de estudiantes en Educación Superior; la detección y tratamiento de las condiciones que interfieren con el rendimiento académico, pueden prevenir mucho y evitar el despilfarro de recursos humanos. (18).

Alistair Munro, es un artículo sobre algunos factores sociales y familiares en la enfermedad depresiva señala, que no hay diferencia para la depresión en la relación del estado civil y que parece ser menos probable que se atribuya al matrimonio, ya que existe un número significativo entre los solteros que se deprimen, en quienes su enfermedad empieza después de los 45 años.

Otro hallazgo de esta investigación señala que la enfermedad depresiva, parece ocurrir en la misma frecuencia en todos los niveles socioeconómicos de la comunidad estudiada. (14).

### III. PROBLEMA

- ¿ Los alumnos de 1er. ingreso a la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. en el año de 1984 , con depresión, tendrán - un menor aprovechamiento escolar que los no Deprimidos?.

#### 2. Justificación.

A fin de aportar datos que contribuyan al conocimiento científico de Perfil Epidemiológico de la depresión en México, en especial a los trastornos intelectuales que incluye, se planteó una investigación, acerca de la Prevalencia de la depresión en una población estudiantil de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. y su relación con el aprovechamiento escolar.

#### 2.0 Objetivos Generales.

- a) Conocer la prevalencia del Síndrome Depresivo en la población estudiantil de 1er ingreso a la Facultad de Medicina de la U.N.A.M., durante el año lectivo 1984.

#### 2.1 Objetivos Específicos.

- a) Establecer la relación que existe entre Síndrome Depresivo y el aprovechamiento escolar.
- b) Determinar la importancia de las variables: Sexo, Edad, - Estado Civil, Escuela de Procedencia, Hábitos y Técnicas de Estudio y Nivel Sociocultural, en relación con dicho problema.

#### 2.2. Hipótesis.

En los estudiantes de Medicina de 1er. ingreso a la UNAM la presencia del Síndrome Depresivo es inversamente proporcional al aprovechamiento escolar.

#### 2.3. Universo

Estudiantes de 1er. ingreso a la Facultad de Medicina de la U.N.A.M., año 1984.

## IV METODOLOGIA.

### 3. Diseño.

Se conformará un grupo de alumnos deprimidos y un grupo de alumnos no deprimidos y se estudiarán en ellos, tanto el aprovechamiento escolar, como las variables: Edad, Sexo, Estado Civil, Ocupación, Escuela de Procedencia, Hábitos y Técnicas de Estudio y Nivel Sociocultural.

A su vez, el estudio reúne las siguientes características.

- a) De acuerdo a la época en que se captó la información: Retrospectivo, recogiendo información sobre las condiciones o factores que en el pasado, pudieron haber influido sobre dichos grupos para conformarlos como en la actualidad se encontraron.
- b) De acuerdo a la evolución del fenómeno estudiado: Longitudinal, ya que los fenómenos han estado ocurriendo desde cierto tiempo y cuyo análisis ha de realizarse en el momento actual.
- c) De acuerdo a la comparación de las poblaciones: Comparativo, estudio en el cual existen dos o más poblaciones y se quieren comparar algunas variables de ellas, para contrastar una o varias hipótesis centrales.
- d) Finalmente Explicativo, ya que se busca establecer el tipo de relación entre los elementos de un fenómeno; y No Experimental, porque las condiciones no se manipularon.

### 3.0 Variables.

Depresión: Variable Cualitativa Nominal, detectada por medio del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota y que cumplan con las siguientes condiciones:

- a) Escalas 2,7 u 8 del MMPI, cualquiera de ellas igual o mayor a T 65.
- b) Escalas 2,7 u 8 del MMPI, las dos restantes no



incluidas en el inciso a), iguales o mayores a T 55.

c) Escala 9 del MMPI, igual o menor a T 50.

A continuación se señalan interpretaciones tentativas, acerca de las combinaciones más frecuentes, entre dos de las escalas clínicas.

Las combinaciones se expondrán agrupadas de acuerdo a la semejanza que se encuentra entre ellas.

7 2. Se caracteriza principalmente por la presencia de la ansiedad que da lugar al aumento de los sentimientos de inseguridad, minusvalía y culpa, la persona se muestra muy rígida y perfeccionista.

Se puede considerar que cuando los puntajes de ambas escalas no son muy elevados, los niveles de autocrítica son adecuados y la persona, aunque no consigue integrar sus fracasos, tiene de a valorar en forma más objetiva sus experiencias y es capaz de rectificar oportunamente sus errores.

Sus relaciones interpersonales, se caracterizan por una constante ansiedad que las matiza, ante el temor de ponerse en desventaja frente a los demás, a los que en general, en alguna forma se les ve como superiores.

2 7 Las características de la personalidad que agrupa esta combinación, se pueden considerar muy semejantes a las descritas para la combinación 7 2 . Sin embargo, en este caso, los elementos de la inseguridad son más importantes y dan lugar a frecuentes manifestaciones de depresión, al sentir la frustración de no alcanzar las propias metas o no cubrir las propias expectativas.

Se puede decir entonces, que el pesimismo es una característica importante de la personalidad y que el sujeto se angustia mucho ante la exagerada importancia que dá a sus fracasos, considerandose siempre inferior y devaluado.

7 8 Se puede considerar que esta es una de las combinaciones más frecuentes en el perfil del MMPI. En general, describe elementos de ansiedad que se manifiestan a través de una conducta rígida, exigente y perfeccionista, sobresaliendo las tendencias a la meticulosidad y al detallismo. En el pensamiento son frecuentes los contenidos fijos. En la medida en que se eleva la puntuación de las escalas 7 y 8 las características que describen se hacen más severas, llegando a constituirse en aspectos conflictivos en la personalidad.

Una de las características que más se altera, es la capacidad para tomar decisiones, viviendo la persona una fuerte ansiedad ante la presión de tener que tomar alguna opción, quedando siempre la duda acerca de la decisión tomada, rumiando constantemente si estuvo correcta o equivocada e incrementándose la ansiedad en la medida que se tienen que enfrentar más obstáculos.

Se puede decir que la mayoría de los casos, se trata de personas que funcionan adecuadamente en situaciones rígidas, en las que no tienen que enfrentar problemas imprevistos.

8 2 La relación de estas dos escalas como las más importantes del perfil es sumamente frecuente.

Por una parte, características de tipo transcultural en el manejo del MMPI ocasionan que tanto la escala 8 como la 2, obtengan medias aritméticas superiores para las poblaciones mexicanas, en comparación a las reportadas para los grupos normativos de Minnesota.

Es por eso que su interpretación debe ser hecha con cuidado, teniendo en mente esta variable estadística.

Esta combinación, denota elementos psicopatológicos que hacen referencia a sentimientos de inseguridad, culpa y minusvalía y a la tendencia a apartarse del grupo social, siendo esta última una de las características principales.

En esta combinación debe tenerse presente, la existencia de elementos de una severidad psicopatológica más importante,

ya, que las características de la escala 8, tienden a agravar los elementos depresivos.

Es claro, que el manejo de la agresión, en estos casos, se ve más claramente vuelto hacia el propio sujeto.

- 8 Los elementos psicodinámicos de esta combinación, son los mismos a los señalados para la anteriormente descrita. La diferencia parece estar, en un incremento de las características depresivas y en que la tendencia a aislarse puede ser considerada como una expresión más de la reducción de la energía.

Una elevación moderada de estas escalas, hace referencia a la tendencia a fijarse metas por debajo de las capacidades reales y a una actitud ante las relaciones interpersonales, que pudiera ser descrita como cierta timidez.

- 9 (Ma) El término clínico de Hipomanía, es el que dá nombre a esta escala. En forma general, dentro del MMPI, puede considerarse como una forma de evaluar la energía que tiene el sujeto para fijarse metas, para ambicionar algo y tratar de alcanzarlo.

Los puntajes bajos, principalmente indican la falta de energía y motivación al realizar cualquier actividad. La reducción en el puntaje de la escala y, con frecuencia se correlaciona con la elevación del puntaje en la escala 2, lo que señala que los componentes depresivos de la personalidad del sujeto, son bastante importantes.

En estos casos, la reducción de la energía puede ser entendida como una forma de defensa ante los sentimientos de inseguridad de la persona. ( Entre menos haga, me arriesgo menos a hacerlo mal") (19).

Marks y Secman, señalan en relación a la combinación del perfil 2-7-8, las siguientes características: Tensión, Ansiedad, Depresión, Desaliento, Rumiación suicida, Fobias, Temores y Dificultad en la concentración, con una frecuencia entre el 100 y el 55% en orden decreciente.

Presentándose las siguientes manifestaciones clínicas: Generalmente el sujeto es temeroso, pesimista, tiene manifestaciones neuróticas múltiples, presenta miedos o fobias, está tenso, tiembla, suda o muestra otros signos de ansiedad, se queja de dificultad para dormir tiene sentimientos de deses

peración, tiene dificultades en el pensamiento, no se puede concentrar, se queja de debilidad o se fatiga rápidamente, se mantiene a distancia de la gente, evita relaciones interpersonales estrechas, esta presente el pensamiento obsesivo. (13).

Grado de Aprovechamiento Escolar:

Variable Cuantitativa Discontinua, evaluada por la Hoja Académica de los alumnos estudiados, en base a los promedios y desviaciones standars.

Variabes de Control:

Sexo, Edad, Estado Civil, Ocupación de Procedencia, Hábitos y Técnicas de Estudio y Nivel Sociocultural, por medio de Cuestionarios Específicos.

### 3.1 Descripción de la Muestra.

La población con la que se trabajó reunió las siguientes características:

- a) Ser alumno de la Facultad de Medicina, de 1er Ingreso, en la U.N.A.M., durante el año lectivo 1984.
- 2) Haber resuelto el Cuestionario del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI).
- 3) Haber resuelto los cuestionarios Específicos.

### 3.2 Características de la Muestra.

Se trabajó con un Grupo Problema y con un Grupo Control. El grupo Problema, consituido por 30 alumnos de 1er. ingreso a la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. durante 1984, que cumpliesen con los criterios de Inclusión en relación al Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota.

Grupo Control:

Formado por 30 alumnos, incluidos en el estudio por selección Aleatoria Simple, que no cumpliesen con los criterios de In -

clusión en el anterior.

### 3.3 Instrumentos.

- 1) Test Multifásicos de la Personalidad de Minnesota (MMPI), en su versión corta, formado por 383 preguntas, y adaptado para esta población en el Departamento de Psicología Médica Psiquiatría y Salud Mental de la propia Universidad. Esta versión corta, fué elaborada tomando todos los reactivos que configuran las 3 escalas de control (L,F,K), y las 10 escalas clínicas más utilizadas (1,2,3,4,5,6,7,8,9,0), por lo que en su aplicación no se pierde información, ni se requiere de ningún ajuste estadístico especial (Anexos).
- 2) Hoja Académica. Que incluye el Curriculum de las materias y calificaciones que cursan los alumnos durante el primer año de la licenciatura.
- 3) Cuestionarios: Ficha de Identificación, de Hábitos y Técnicas de Estudio, y Sociocultural.

#### DESCRIPCION DEL MMPI.

El Minnesota Multiphasic Personality Inventory, es una prueba de Personalidad introducido por Starke R. Hathaway y J. Charles Mckinley en 1942.

Fué creada para establecer el Diagnóstico diferencial entre diversas patologías, siendo estudiada y traducida en México por el Dr. Rafael Núñez.

Esta prueba está formada por 566 frases en una versión completa o larga, viniendo 16 preguntas repetidas en la forma comercial que se emplea habitualmente, las frases se basaron en las preguntas que se utilizan para la elaboración de las historias clínicas de medicina general, neurológicas y psiquiátricas, así como la utilización de escalas para encontrar datos sobre la personalidad. Las frases son de tipo afirmativo y negativo, se puede considerar que el MMPI es un instrumento autodescriptivo bajo control. Las escalas se construyeron con las respuestas ofrecidas, por pa-

cientes de acuerdo con las diferentes patologías que presentaban, la prueba consta de 3 escalas de validez y 10 escalas clínicas

- Escala L. Representa situaciones socialmente deseables, sirve para encontrar el grado de franqueza del sujeto al realizar la prueba.
- Escala F. Indica la dificultad en la comprensión y/o la no colaboración por parte del sujeto.
- Escala K. Su función es correctiva, se utiliza combinada con cinco escalas clínicas (Hs, Dp, Pt, Es, Ms); y aporta datos sobre la actitud de reserva o defensa del sujeto ante su Autodescripción.
- Escala H (1) Hipocondría, fué diseñada para diagnosticar a sujetos que expresan sus conflictos psicológicos por medio de malestares físicos, preocupandose de una manera persistente por su salud física. (16).
- Escala D(2). Depresión, fué realizada para la medición de la depresión, se refiere a la insatisfacción con el estado general de las cosas, con la vida, decaimiento en el estado de ánimo. (16).
- Escala Hi(3) Histeria, corresponde a la personalidad histérica, pacientes que presentan síntomas de conversión, quejas de tipo somático. (16).
- Escala Dp(4) Psicopatía, evalúa la personalidad conocida como psicopática, pacientes que presentan conducta antisocial, con ausencia de sentimientos de vergüenza, culpa, y angustia.(16).
- Escala Mf(5) Masculino-Femenino, el objetivo principal, es la obtención de respuestas relacionadas con intereses, que pueden diferirse entre los que son propios de los hombres o de las mujeres. (16).
- Escala Pa(6) Paranoia, diseñada para la obtención de pensamientos o ideas paranoides. (16).

- Escala Pt(7) Fobias la detección de la personalidad en donde se incluyen fobias, reacciones obsesivo-compulsivas. (16).
- Escala Es(8) Diseñada para la detección de la incongruencia de afecto, fraccionamiento en el pensamiento. (16).
- Escala Ma(9) Fue creada para diagnosticar los estados de ánimo de las personas con características maniaco-depresivas. (16).
- Escala Si (0) Es la 1a. escala especial, introducida por Drake en 1949, y se busca con ella la tendencia a la introversión y extroversión social. (19).

#### LAS COMBINACIONES DE LAS ESCALAS CLINICAS.

La Interpretación del MMPI tiene que ser entendida y deberá ser hecha desde un punto de vista integral.

Esto quiere decir que las interpretaciones acerca de las combinaciones de las escalas clínicas deberán ser entendidas como parciales y en la inteligencia que es necesario tener en cuenta, el resto de la organización de todas las escalas en el perfil.

La elevación de los puntajes de las escalas, dentro de la combinación que se vaya describiendo, no puede ser precisada con exactitud por lo que la interpretación se referirá principalmente, a la relación cercana que exista entre una escala y otra.

Sin embargo, deberá entenderse que las características que se describan, serán más severas en la medida en que los puntajes se observen elevados. (19).

#### ELABORACION DE LA CLAVE.

La forma para elaborar la clave o código, es anotar el dígito con que se denomina cada escala, jerarquizándolo de acuerdo al puntaje T, del más elevado al más bajo.

Convencionalmente se usan diferentes marcas para señalar la elevación de cada escala en el perfil.

Aunque algunos autores mencionan que la escala 5 se anote con una

marca diferente, dejándola fuera de la jerarquización de las demás, en nuestra experiencia se ha encontrado, que es conveniente incluirla en la clave en el rango en que ocupe, ya que alguno de sus elementos clínicos están estrechamente relacionados, con los de las demás escalas.

La anotación de las tres escalas de validez puede hacerse de dos formas:

- a) Anotando los puntajes en bruto, de cada una de estas escalas, en la misma secuencia en que se encuentran dentro de la prueba. (Es decir los puntajes en bruto de L, F. y K).
- b) Anotando la letra de cada una de estas escalas, en forma jerarquizada del mayor al menor puntaje T.

Cualquiera de las dos formas que se elija, deberá ser puesta después del signo punto y coma (;) al final de la clave de las escalas clínicas.

Otra anotación que se utiliza, es la de subrayar los dígitos de las escalas que se encuentran en el perfil con una puntuación T semejante o cuando mucho, con dos puntos T de diferencia. (19).

- 2) Hoja Académica: Constituida por el curriculum de las materias que incluye el primer año de la licenciatura en Medicina y que son las siguientes: Anatomía Humana, Fisiología Humana, Medicina - Humanística e Introducción a la Práctica Médica, en el 1er. ciclo; y Bioquímica, Histología Humana, Embriología Humana, Medicina Preventiva y Psicología Médica, en el 2o. ciclo, así como las calificaciones obtenidas por el alumno, en la siguiente escala: MB -10 , B -8 , S -6, NA -No aprobado., manejandose la información por nombres y número de cuenta, en el Departamento de Estadística y Computación de la Secretaría de Planeación y Servicios Escolares de la Facultad de Medicina, de la Universidad.

### 3) Cuestionarios Específicos:

- a) Ficha de Identificación: De donde se obtuvo la siguiente información para nuestro estudio: Nombre, Número de cuenta, Sexo, Edad, Estado Civil y Escuela de Procedencia. (Anexos).



- b) De hábitos y técnicas de estudio: Formado por dos secciones, la primera de 70 preguntas y la segunda de 14, aplicándose al inicio del curso, sin restricción de tiempo y con las instrucciones y características referidas. (Anexos).
- c) Sociocultural: Formado por 42 preguntas específicas. (Anexos).

### 3.4. Procedimiento.

La siguiente investigación se realizó en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, ya que aquí se encontraría la muestra de alumnos a estudiar. La Investigación duró 8 meses en sus distintas fases.

Los alumnos estudiados fueron seleccionados, para el grupo - problema por medio del MMPI, y que cumpliesen con los criterios de inclusión ya señalados.

El grupo control fué integrado por medio de Selección Alca-toria Simple.

De un Universo total de 1491, que ingresaron a la Facultad de Medicina, al 1er. año, se les aplicó el Inventario Multi-fásico de la Personalidad de Minnesota, a 1352; por lo que - Índice de no respuesta fue de aproximadamente de 10.3%, la gran mayoría, debido a inasistencia en el momento de la apli-cación del cuestionario; dicho cuestionario además de el de hábitos y técnicas de estudio y el sociocultural se aplica - ron en distintos momentos en las 3 primeras semanas de Noviem-bre de 1983, fecha de inicio del año escolar.

La aplicación de los cuestionarios fue grupal y libre en su resolución sin restricciones de tiempo.

La información obtenida de los diversos cuestionarios fué - capturada directamente a tarjeta de cómputo y se procesó - por medio de programas específicos elaborados para cada -- prueba, calificándose por medio de Computadora Burroughs 6800 en el Departamento de Cómputo de la Secretaría de Educación Médica de la propia Facultad de Medicina de la U.N.A.M.

### 3.5. Tratamiento estadístico

Se aplicó la prueba "t" de student, para grupos independien-

tes y pequeños, con el fin de encontrar diferencias significativas, entre los promedios de calificaciones de los deprimidos y los no deprimidos.

El procedimiento se realizó separadamente para cada ciclo escolar. Se utilizó, una prueba de una cola, con hipótesis Nula  $M_1=M_2$  y una hipótesis alterna  $M_1 < M_2$ ; siendo  $M_1$  el promedio de calificaciones de los alumnos deprimidos y  $M_2$  el promedio de calificaciones de los alumnos no deprimidos.

Para el I ciclo, el valor crítico a rebasar con  $\alpha = .05$  y 21 grados de libertad era de 1.7207; t calculada, resultó igual a ,92

Para el II ciclo, el valor crítico con  $\alpha = .05$  y 27 grados de libertad era de 1.7033; t calculada fue de .13

En ninguno de los dos casos fue posible rechazar la hipótesis Nula, por lo que a partir de los datos estudiados, se concluye que no existen diferencias significativas entre las calificaciones de los alumnos deprimidos y los no deprimidos.

## V RESULTADOS.

La Gráfica # 1 corresponde al Perfil de la Calificación Automatizada del MMPI, para la población Masculina, comparando a los Alumnos de Medicina de 1983, con los de 1976, se incluye Código Welsh.

La Gráfica # 2, incluye información similar pero para la Población Femenina en este caso.

El Cuadro A, nos muestra la Distribución de la Población captada por Edad y Sexo.

En la Gráfica # 3, se señala la Distribución de Tiempo del Alumnos: Actividades Prioritarias y Situación Laboral.

En la Gráfica #4, muestra la Población Escolar, según la escuela pública de la Cd. de México, donde cursó su Preparatoria.

En la Tabla 1) se muestra el Grupo Problema y las diversas puntuaciones obtenidas en el MMPI que permitieron cumplir con los criterios de inclusión en dicho grupo, estando constituido por 30 alumnos, de los cuales 21 fueron del sexo masculino y 9 del femenino, con una edad promedio de 21.2 años, siendo todos solteros, el 63% de nivel socioeconómico medio, de los cuales el 37.04 trabajaba y el 62.96% no lo hacía. Por lo que la Prevalencia de Neurosis Depresiva para un Universo de 1352 alumnos, correspondió al 2.22%.

El grupo control estuvo formado por alumnos, incluidos en el estudio por Selección Aleatoria Simple, que no cumpliera los criterios señalados para el grupo problema, de los cuales 14 fueron el sexo masculino y 16 del femenino con una edad pro-

medio de 20.1 años, siendo 28 solteros y 2 casados, el 78% de nivel socioeconómico medio, de los cuales el 37.5 trabajaba y el 62.5% no lo hacía.

El cuadro # 1, nos muestra el agrupamiento por edad, tanto de deprimidos, del grupo Grupo Control y Totales, con un faltante de 4 valores para el grupo control.

El Cuadro #2, corresponde a los diferentes Sexos, de ambos grupos y totales.

En el Cuadro #3, se agruparon en relación al Estado Civil, con las mismas variantes.

En el Cuadro #4, se analiza el factor Trabajo, para ambos grupos y los valores faltantes para el grupo de deprimidos fué de 3, para el grupo control de 6, haciendo un total de 9 valores faltantes para esta variable,

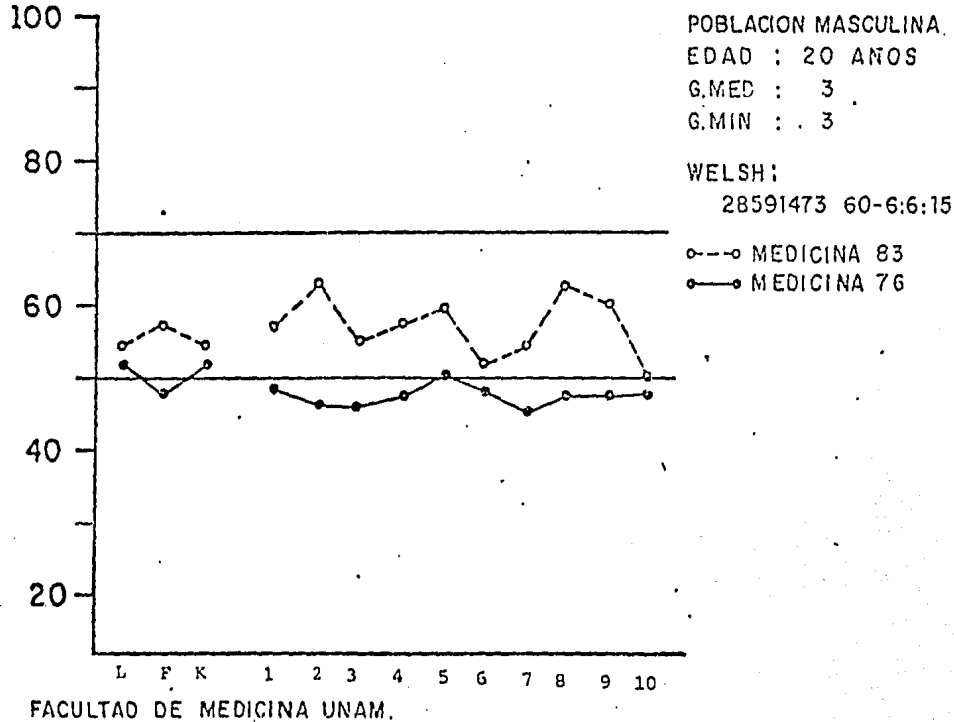
El Cuadro #5, señala las diferentes categorías en relación a los Hábitos y Técnicas de estudio de los alumnos incluidos.

En el Cuadro #6, la variable estudiada fué el Nivel Socioeconómico faltando 3 valores en el grupo de deprimidos y 4 en el grupo control para un total de 7.

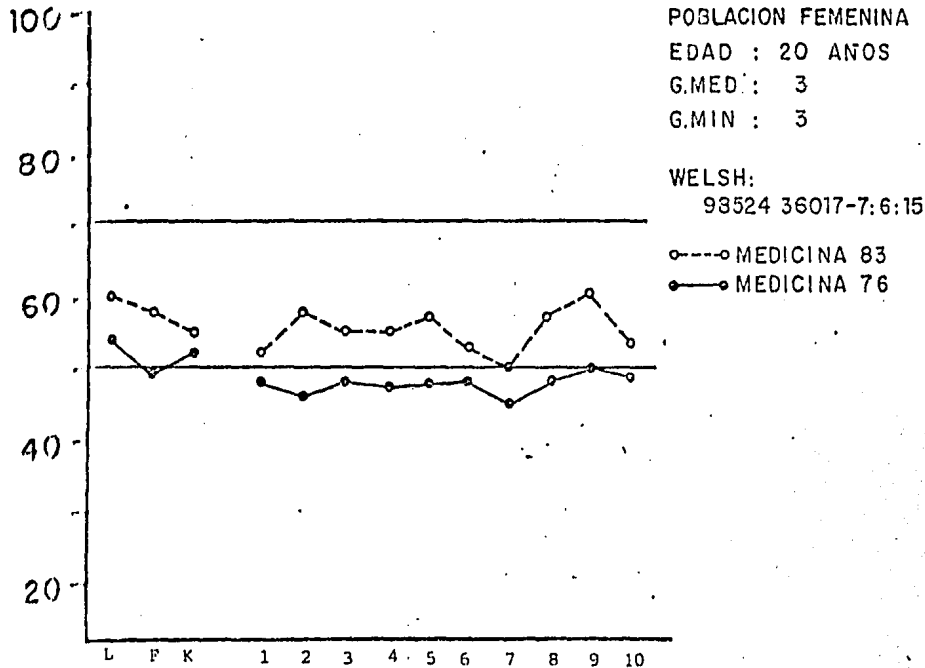
En el Cuadro #7 se señalan las Escuelas de Procedencia de los alumnos estudiados.

En el cuadro #8 se enlistan los alumnos, de acuerdo a las calificaciones obtenidas, según estado afectivo y ciclo escolar, así como los promedios y las desviaciones standards.

CALIFICACION AUTOMATIZADA DEL M. M. P. I.  
ALUMNOS DE PRIMER INGRESO  
1983



CALIFICACION AUTOMATIZADA DEL M.M.P.I.  
ALUMNOS DE PRIMER INGRESO  
1983



FACULTAD DE MEDICINA UNAM.

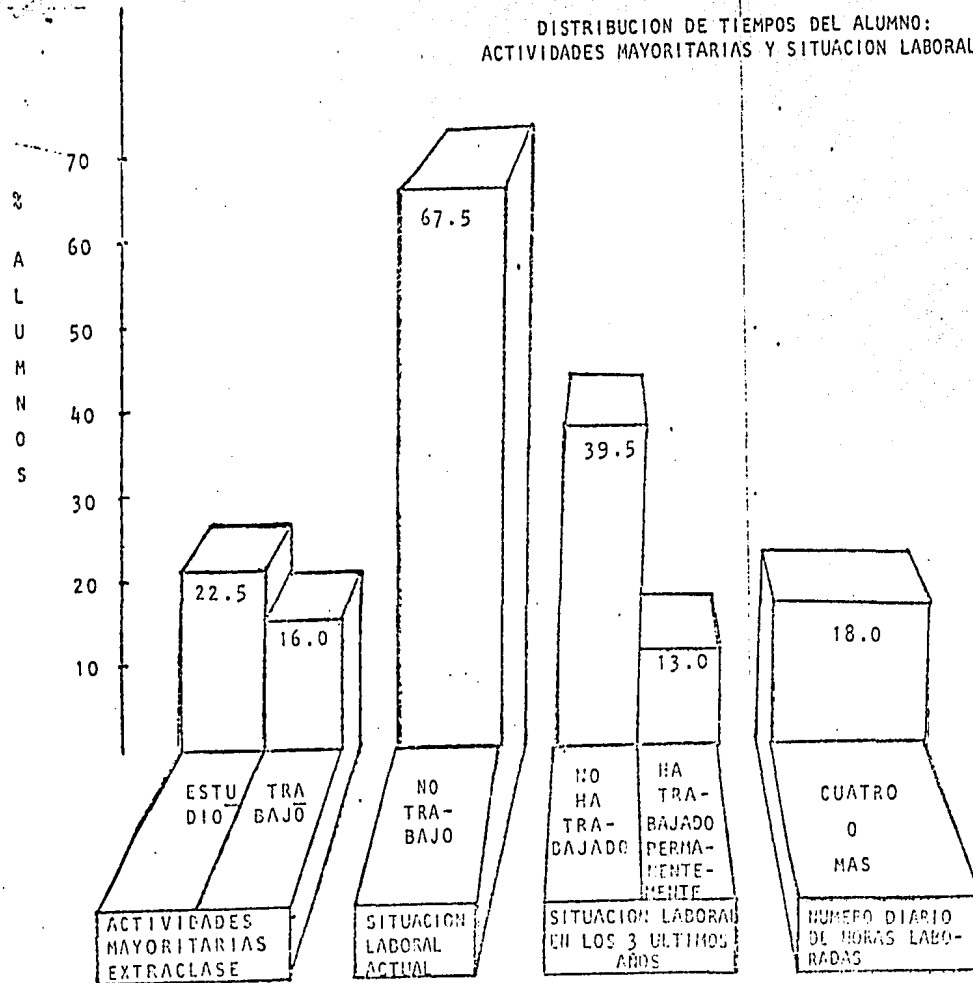
CUADRO A

DISTRIBUCION DE LA POBLACION CAPTADA POR EDAD Y SEXO.

EDAD	SEXO		HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	ABSOLUTO	%	ABSOLUTO	%	ABSOLUTO	%	ABSOLUTO	%
17	37	4.6	42	6.1	79	5.3		
18	236	29.4	274	39.8	510	34.2		
19	203	25.3	144	20.9	347	23.3		
20	115	14.3	93	13.5	208	14.0		
21	70	8.7	41	6.0	111	7.4		
22	38	4.7	25	3.6	63	4.2		
23	29	3.6	17	2.5	46	3.1		
24	16	2.0	14	2.0	30	2.0		
25	18	2.3	10	1.4	28	1.9		
26-30	32	4.0	20	2.9	52	3.4		
31-35	5	0.6	5	0.7	10	0.7		
36-40	2	0.3	2	0.3	4	0.3		
41-45	1	0.1	1	0.1	2	0.1		
58			1	0.1	1	0.07		
TOTAL	802	100.0	689	100.0	1491	100.0		

GRAFICA # 3

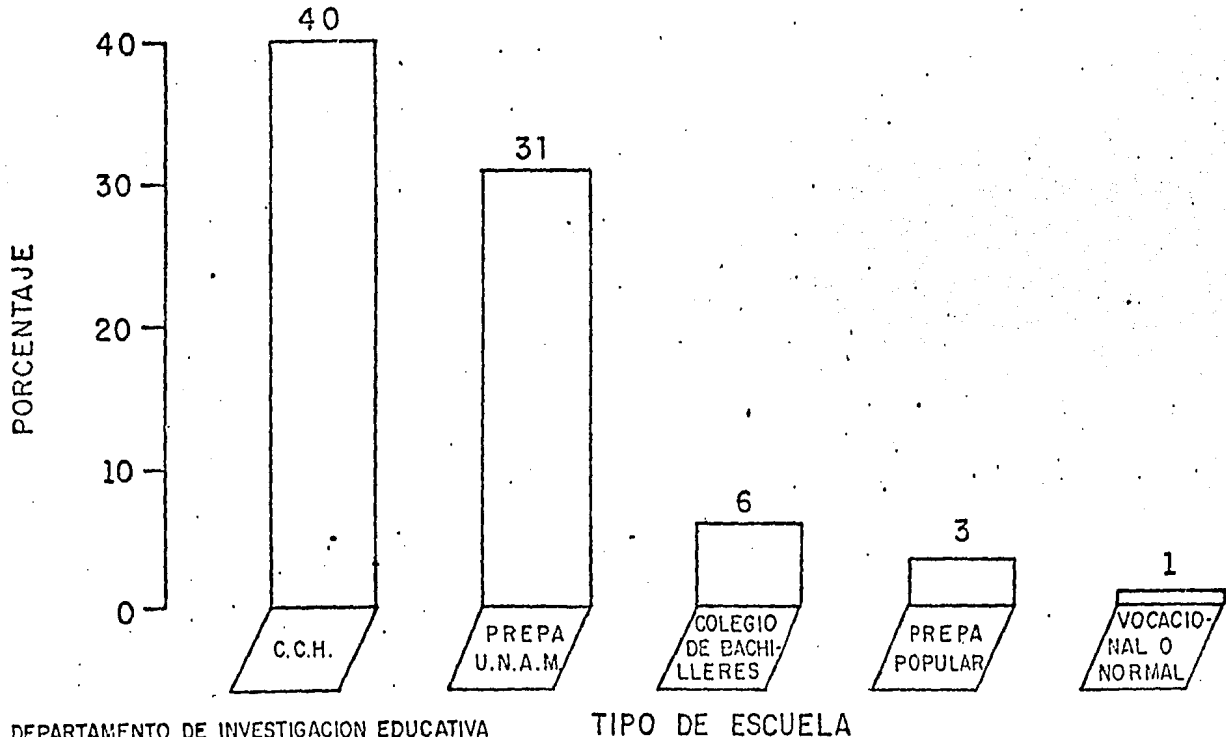
DISTRIBUCION DE TIEMPOS DEL ALUMNO:  
ACTIVIDADES MAYORITARIAS Y SITUACION LABORAL



100% = 1320 alumnos



POBLACION ESCOLAR SEGUN LA ESCUELA DE GOBIERNO PUBLICA DE  
LA CIUDAD DE MEXICO DONDE CURSO SU PREPARATORIA  
ALUMNOS DE PRIMER INGRESO  
1983



DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION EDUCATIVA  
SECRETARIA DE EDUCACION MEDICA  
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM

TIPO DE ESCUELA

100% = 1343 ALUMNOS

T A B L A # 1 .

CALIFICACIONES OBTENIDAS EN EL IMFI. (GRUPO PROBLEMA).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100

## CUADRO # 1.

<u>EDAD</u>	<u>DEPRIMIDOS</u>	<u>GRUPO CONTROL</u>	<u>TOTAL</u>
- 20 AÑOS	14	16	30
20-30 AÑOS	14	9	23
MAS 30 AÑOS	2	1	3
TOTAL	30	26*	56

\* En el Grupo Control el total de valores faltantes: 4.

## C U A D R O #2.

<u>SEXO</u>	<u>DEPRIMIDOS</u>	<u>GRUPO CONTROL</u>	<u>TOTAL</u>
MASCULINO:	21	14	35
FEMENINO:	9	16	25
TOTAL:	30	30	60

## C U A D R O # 3.

<u>ESTADO CIVIL</u>	<u>DEPRIMIDOS</u>	<u>GRUPO CONTROL</u>	<u>TOTAL</u>
SOLTEROS:	30	28	58
CASADOS:	0	2	2
TOTAL:	30	30	60

## C U A D R O # 4.

<u>TRABAJO</u>	<u>DEPRIMIDOS</u>	<u>GRUPO CONTROL</u>	<u>TOTAL</u>
MAS 4 HRS/DIA	4	5	9
MENOS 4 HRS/DIA	6	4	10
NO TRABAJAN	17	15	32
TOTAL:	27*	24**	51

\* Valores faltantes del Grupo Deprimidos : 3.

\*\* Valores faltantes del Grupo Control : 6.

Total de valores faltantes : 9.

C U A D R O # 5

<u>TECNICAS Y HABITOS DE ESTUDIO</u>	<u>DEPRIMIDOS</u>	<u>GRUPO CONTROL</u>	<u>TOTAL</u>
BAJO	10	6	16
MEDIO	17	13	30
ALTO	3	7	10
TOTAL	30	26*	56 *

\* En el grupo Control total de valores faltantes : 4.

## C U A D R O # 6

<u>NIVEL</u> <u>SOCIOECONOMICO</u>	<u>DEPRIMIDOS</u>	<u>GRUPO CONTROL</u>	<u>TOTAL</u>
BAJO	5	2	7
MEDIO	17	20	37
ALTO	5	2	7
TOTAL	27*	24**	51

\* Valores faltantes en Grupo Deprimidos: 3

\*\* Valores faltantes en Grupo Control : 6

Total de valores faltantes: 9



## C U A D R O # 7

<u>ESCUELA DE PROCEDENCIA</u>	<u>DEPRIMIDOS</u>	<u>GRUPO CONTROL</u>	<u>TOTAL</u>
C. C. H.	15	14	29
PREPARATORIAS ( U. N. A. M. )	5	10	15
COLEGIO BACHILLERES	2	2	4
OTRAS*	7	3	10
SE DESCONOCE	1	1	2
TOTAL :	30	30	60

\* Vocacional #6, Preparatoria Popular, Univ. del Valle de México, etc.

## C U A D R O # 8

## CALIFICACIONES DE ALUMNOS SEGUN ESTADO AFECTIVO Y CICLO ESCOLAR.

<u>Deprimidos</u>		<u>No Deprimidos</u>		
I Ciclo.	II Ciclo.	I Ciclo.	II Ciclo.	
6.5	8.4	8	8.8	
6.5	8.4	7.5	8.8	
6	7.6	7.5	8.4	
5.5	6.4	7	6.8	
4.5	6.4	6.5	6	
4	6.4	6.5	6	
	6	6	5.6	
	6	6	5.2	
	5.6	5.5	4.8	
	5.6	5.5	4.4	
	5.6	4.5	4	
	5.2	4.5	4	
	5.2	4.5		
	4.4	4.5		
	4	4		
	4	4		
X =	5.5	5.95	5.75	6.03
D.S. =	1.048808	1.337659	1.329159	1.779754
CLAVE:	MB-10	B - 8	S - 6	NA - 4

Faltaron las calificaciones de 10 alumnos; 8 del grupo deprimidos y 2 del grupo no deprimidos, debido a que son alumnos del Plan A-36, cuyo ciclo es anual y aún no se disponía de las calificaciones obtenidas.

## VI ANALISIS DE RESULTADOS.

Tanto en las Gráficas #1 y #2 de la Calificación Automatizada del MMPI, se aprecia una modificación de los perfiles, tanto en el sexo masculino como femenino, comparando las poblaciones que ingresaron a la Facultad de Medicina, en 1976 y en 1983, siendo los valores más elevados para esta última población. Se han incrementado algunas características de conflictos en los estudiantes, especialmente en las escalas 2,8 y 9, lo que podría indicar una actitud de búsqueda de metas, acompañada de una sensación frecuente de frustración. (19).

En el Cuadro #1, se señala que la Población que ingresó en 1983, corresponde al sexo masculino fué de 53.78% y el femenino de 46.22%.

En la Gráfica #3, se aprecia que de los alumnos encuestados no trabajó el 67.5 y que el 18% trabajaba 4 Hrs. o más al día.

La Tabla #1, enlista los alumnos que cumplieron con los criterios de inclusión para constituirse en grupo Problema, en relación a las diferentes escalas del MMPI, correspondiendo a una Prevalencia de Neurosis Depresiva del 2.22% como ya se ha señalado, la cual es menor a lo reportado por diversos autores (3 a 5%) en relación a la población general, (2). Pero dado que el estudio se llevó a cabo en un grupo con características especiales, como son el estar iniciando una carrera universitaria, motivados para el estudio, etc., podría explicar la menor incidencia del problema en este grupo.

En el Cuadro #1, no se aprecian diferencias significativas en relación a la edad para ambos grupos.

En el Cuadro #2 encontramos, que en el grupo problema predominó el

sexo masculino y en el grupo control, el femenino, aunque aquí la diferencia fué mínima, no así en el grupo problema en donde los hombres deprimidos fueron más del doble que las mujeres, lo cual resultó contradictorio con la Bibliografía consultada en donde la depresión es más frecuente en el sexo femenino en población general (2), y similar para ambos sexos en poblaciones universitarias (10) .

En el Cuadro #3, no se apreciaron diferencias significativas en relación al Estado Civil, de ambos grupos.

Lo mismo para el variante Trabajo que aprecia el cuadro #4.

En el cuadro #5 referente a Hábitos y Técnicas de Estudio, más de la mitad de los alumnos estuvieron en el término medio para ambos grupos.

El cuadro #6, analiza el Nivel Socioeconómico, en donde nuevamente la mayoría de los alumnos quedan comprendidos en el nivel Medio, tanto en el grupo de deprimidos como en el grupo control, existiendo el problema así mismo en las otras clases sociales, coincidiendo con los reportes estudiados.

En el Cuadro #7, Escuela de Procedencia, encontramos que el 49.4% de los alumnos de nuestro estudio procedían de los planteles de los Colegios de Ciencias y Humanidades (C.C.H.), y entre estos y los procedentes de la Preparatoria dependientes de la Universidad, conformaron el 74.4 del total, lo que es congruente con el Universo, ya que entre los alumnos de 1er. Ingreso, los que procedían de los C.C.H. y de las Preparatorias de la Universidad conformaban el 71%. En relación al cuadro #8, calificaciones obtenidas, no se apreciaron diferencias importantes, ni entre los promedios o las desviaciones standards.

## VII Conclusiones y Discusión.

La depresión en el ser humano, considerado como una unidad biopsicosocial es multifactorial y entre sus causas señalan las genéticas, psicológicas, ecológicas y sociales. Clínicamente puede presentar dos aspectos, uno con alteraciones francas de la esfera afectiva, que permite un diagnóstico rápido y seguro y otro con manifestaciones enmascaradas, no siendo fácilmente identificable, dividiéndose los síntomas en 4 grupos: Trastornos Afectivos, Intelectuales, Conductales y Somáticos.

Y entre los trastornos Intelectuales encontramos: Sensopercepción disminuída, Trastornos de memoria, Disminución de la atención, disminución de la comprensión, ideas de culpa o fracaso y pensamiento obsesivo.

Por otro lado, el Proceso enseñanza aprendizaje está multideterminado, y entre los factores que concurren encontramos: los económicos, los sociales, los psicológicos, los académicos, etc. Existiendo en la Población estudiantil universitaria, un alto índice de alumnos reprobados en diversas materias, condicionado por múltiples aspectos de diferente índole, se trató en la presente investigación de estudiar la Depresión y el Aprovechamiento escolar en una comunidad universitaria, y la influencia de los factores edad, sexo, estado civil, ocupación, escuela de procedencia, hábitos y técnicas de estudio y nivel socioeconómico, en relación con dicho problema, encontrando las siguientes conclusiones:

- 1) Las variables: Edad, Estado Civil, Ocupación, Escuela de Procedencia, Hábitos y Técnicas de estudio y Nivel socioeconómico, fueron equiparables, tanto para el grupo problema como para el

grupo control en nuestro estudio.

- 2) El Aprovechamiento Escolar de los alumnos según estado afectivo (detectado por el MMPI), y ciclo que cursaban, presentó pequeñas diferencias en los promedios obtenidos, pero que no fueron estadísticamente significativas.
- 3) La Prevalencia de Depresión, detectada por medio del MMPI, fué de 2.2% menor, que la reportada en población general (3 a 5%).
- 4) Un hallazgo interesante de nuestro estudio, es que el cuadro depresivo predominó en el sexo masculino, ya que los reportes en población general señalan un predominio en el femenino, y en poblaciones universitarias, similar, para ambos sexos.
- 5) Las calificaciones obtenidas en los grupos estudiados, se encontraron en niveles inferiores, en ambos casos.

#### Discusión:

El hecho de que las variables de control se hayan encontrado equi-  
parables en ambos grupos estudiados, nos habla de la similitud de  
los estudiantes que ingresan a la facultad de medicina de la uni-  
versidad, y que estos factores tuvieron la misma influencia en am-  
bos grupos en relación a su aprovechamiento escolar.

Ya que las diferencias en el aprovechamiento escolar de ambos gru-  
pos no fueron estadísticamente significativas, se plantean las si-  
guientes posibles explicaciones: que el estado afectivo no tiene  
una relación directa con el aprovechamiento escolar o bien que el  
instrumento para detectar este problema, en este caso el MMPI, no  
fué lo suficientemente específico para seleccionar adecuadamente

el grupo problema, siendo mas factible esta última explicación, ya que el tiempo trascurrido entre la aplicación del inventario de la personalidad, y los resultados en calificaciones obtenidos por los alumnos, fué de aproximadamente 6 meses, hecho por si mismo pudo haber modificado el estado afectivo de los estudiantes, en la obtención de sus calificaciones.

La prevalencia encontrada fué menor que la reportada para población general, lo cual pudiera estar condicionado por las características propias del universo estudiado, ya que se encuentran en el inicio de una carrera universitaria, motivados para el estudio, etc.

El hecho de que en nuestro estudio haya predominado el sexo masculino en el grupo de deprimidos, contra lo reportado por otros investigadores, debe ser un factor a considerar en futuras investigaciones que se realicen en esta población.

Y finalmente, el que las calificaciones en general, de los alumnos estudiados se encuentren en niveles inferiores, puede deberse a que en la actualidad el proceso enseñanza-aprendizaje en la Facultad de Medicina de la UNAM, se haya sometido a la influencia política, social y económica que vive el país, reflejándose en los logros académicos que se obtienen.

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

- (1) BEAHAN LT: Initial psychiatric interviews and the dropout rate of College Students. J. Amer. Coll Health Ass. 1966.p. 14:305-308.
- (2) CALDERON, G. Depresión. Consideraciones Generales. Ed. Trillas. 1984. p. 11-17
- (3) CASO, A.; FUNDAMENTOS DE PSIQUIATRIA, Neurosis Depresivas. Ed. Limusa. 1982. p. 858-862.
- (4) DAVIS H.; HALL F.; et al. Incidence and Type of Psychiatric disturbance in dropouts from a state university. J. Amer Coll Health Ass. 1971. p. 241-46.
- (5) DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS ( DSM-II)  
American Psychiatric Association. 1968.
- (6) DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS (DSM-III)  
American Psychiatric Association. 1983.
- (7) FREEDMAN A.M.; KAPLAN H.I., et al. Compendio de Psiquiatría. Neurosis Depresiva. Ed. Salvat. 1980. p. 389-92.
- (8) FREEDMAN A.M.; KAPLAN H.I., et al. Tratado de Psiquiatría. Exámen del Paciente Psiquiátrico. Ed. Salvat. 1982.p. 862.-64
- (9) FREEDMAN A.M.; KAPLAN H.I., et al. Tratado de Psiquiatría. Neurosis Depresiva. Ed. Salvat. 1982. p. 1403-12.
- (10) KASHANI J.H. and PRIESMEYER M. Differences in Depressive Symptoms and Depression Among College Students. Am.J Psychiatry August 1983. 140:8. p. 1081-82.
- (11) KRUPP M.A., CHATTON M.J. Diagnóstico Clínico y Tratamiento Trastornos Psiquiátricos. Ed. El Manual Moderno. 1981.p.745-48.
- (12) MACKINNON R.A.; MICHELS R. Psiquiatría Clínica Aplicada. El paciente deprimido. Ed. Interamericana. 1981. p. 162-204



- (13) MARKS P.A.; SEEMAN W. Actuarial Description of Anormal Personality. An Atlas for Use with the MMPI. 1963.p. 130-36
- (14) MUNRO A.; Some familial and Social Factors in Depressive Illness. Brit. J. Psychiat. 1966. 112, p. 429-441.
- (15) NICHOLI AM Jr.: Harvard dropouts: some psychiatric findings. Amer. J. Psychiat. 1967. 124, p. 105.12.
- (16) NUÑEZ R. Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) a la Psicopatología. Ed. El Manual Moderno 1968.
- (17) PUCHEU C.; RIVERA O. The Development of a Method for Detecting Psychological Maladjustment in University Students. A Handbook of Cross-National MMPI Research. 1976.p. 218-30.
- (18) WHITNEY W. et al. Depressive Symptoms and Academic Performance in College Students. Amer. J. Psychiat. December 1971. p.766-70.
- (19) RIVERA O; Notas sobre la Interpretación Clínica y Psicodinámica del MMPI. Ed. Diana. (En Prensa). 1984.

ESTA TERCERA NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

79.

A N E X O S



NOMBRE: \_\_\_\_\_  
(apellidos paterno-materno y nombre(s))

No. DE CUENTA \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: SOLTERO \_\_\_\_\_ CASADO \_\_\_\_\_ UNION LIBRE \_\_\_\_\_ VIUDO \_\_\_\_\_ DIVORCIADO \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Colonia \_\_\_\_\_ C.P. ó Z.P. \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA ESCUELA DE DONDE PROCEDE: \_\_\_\_\_

U. N. A. M.

FACULTAD DE MEDICINA

PRESENTACION.

Este cuestionario comprende una serie de enunciados respecto de los cuales algunas personas pueden estar de acuerdo y otras en desacuerdo, en consecuencia NO existen respuestas buenas o malas: las correctas -- son aquellas que representan mejor su manera de pensar.

INSTRUCCIONES.

Para cada una de las frases que se presentan en este cuestionario, se le solicita que usted indique en que grado se encuentra de acuerdo o desacuerdo. Para ello, dispone de cinco alternativas de respuesta, que son:

- A) estoy totalmente de acuerdo
- B) estoy de acuerdo
- C) estoy indeciso
- D) estoy en desacuerdo
- E) estoy totalmente en desacuerdo

NO HAGA ANOTACIONES EN ESTE CUESTIONARIO. SERALE SU RESPUESTA DIRECTAMENTE EN LA TARJETA DE COMPUTO QUE SE LE PROPORCIONO, CUIDANDO DE NO EQUIVOCARSE NI OMITIR NINGUNA RESPUESTA.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION

## PARTE I

1. Me siento confuso e indeciso acerca de cuáles deben ser mis metas educativas y vocacionales.
2. Dejo pasar un día o más para revisar mis apuntes.
3. Al leer un tema, no se me dificulta seleccionar - sus puntos más importantes.
4. La orientación acerca de cómo estudiar es una pérda de tiempo para los estudiantes que sacan buenas calificaciones.
5. Si fuera posible, uno debería concentrar todas -- sus clases en tres días de la semana.
6. Un cuaderno de espiral es más propio para reorganizar los apuntes que una carpeta de argollas.
7. Uno debe detener su lectura del texto a intervalos frecuentes y recitar en voz baja los puntos principales que han sido cubiertos.
8. Tratar de predecir las preguntas generales que serán formuladas, es un procedimiento ineficaz cuando se estudia para un examen.
9. Cuando me asignan una tarea muy larga o difícil, la abandono o sólo estudio las partes más fáciles.
10. Los maestros critican mis trabajos porque los escribo precipitadamente y porque carecen de organización.
11. Creo que el modo más fácil de sacar buenas calificaciones es estar de acuerdo con todo lo que - dicen los maestros.
12. La antipatía que siento por ciertos maestros me hace descuidar los estudios.
13. Pienso que es más importante estudiar que divertirse y disfrutar de la vida.
14. Descubro que, de manera imprevista, se me termina el tiempo para entregar mis trabajos.

## PARTE II

1. Creo que los estudiantes que preguntan y participan en la discusión de clase sólo quieren quedar bien con el maestro.
2. Hago lo posible por interesarme sinceramente en cada materia que llevo.
3. No tengo por costumbre discutir futuros programas educativos o vocacionales con mis maestros.
4. Mi tiempo de estudio no se ve perturbado por actividades o ruidos que provienen del exterior de mi - - cuarto.
5. Normalmente empleo mucho tiempo en la resolución de la primera mitad de una prueba y, por lo tanto, tengo que apresurarme en la segunda.
6. Sería mejor utilizar en el estudio el tiempo que se emplea en preparar un horario de actividad diaria.
7. Los compañeros de cuarto deberían colocar sus escritorios, ya sea uno al lado de otro o uno frente a otro.
8. La organización tiene poca influencia en la calificación que uno recibe en los trabajos escritos.
9. Subrayar los nombres clave, las fechas, los lugares y eventos mientras se lee un libro de historia, es un procedimiento de estudio poco efectivo.
10. Discutir en clase los exámenes calificados es una pérdida de tiempo.
11. Antes de empezar un período de estudio, organizo mi trabajo para que me rinda mejor el tiempo.
12. Sólo puedo concentrarme durante poco tiempo en el estudio, después, las palabras dejan de tener sentido.
13. Los maestros ponen, deliberadamente, las fechas de examen al día siguiente de algún evento social o cultural importante.
14. Pienso que me convendría más dejar la escuela y conseguir trabajo.

57. Estudio hasta el último momento en forma improvisada y desorganizada, obligado por lo que exigen las clases.
58. Cuando tengo mucho que estudiar, me detengo periódicamente y trato de recordar los puntos principales que he estudiado.
59. Considero que los maestros hacen sus materias demasiado difíciles para el estudiante promedio.
60. Creo que el único propósito de la educación debería consistir en darle a los estudiantes medios para ganarse la vida.
61. Siento que mis maestros exigen demasiadas horas de estudio fuera de clase.
62. Mi mesa de estudio está tan limpia y ordenada que me permite estudiar con eficiencia.
63. Frecuentemente pierdo puntos en los exámenes con preguntas falso-verdadero, debido a que no leo las preguntas detenidamente.
64. Para el estudiante promedio de nuevo ingreso es -- prácticamente imposible conseguir un equilibrio entre el tiempo dedicado al estudio, la recreación y el descanso.
65. La lámpara de mi escritorio debe estar colocada de tal manera que la luz se concentre directamente sobre el material de estudio.
66. A la larga, tomar apuntes en forma de cuadro sinóptico aumenta la comprensión del material.
67. Escribir breves resúmenes de los puntos principales en los márgenes del texto lleva demasiado tiempo para ser práctico.
68. Estudiar los encabezados, los materiales ilustrativos y los resúmenes, constituye una preparación suficiente para presentar un examen objetivo con carácter parcial.
69. Las actividades extraescolares me retrasan en mis estudios.
70. Parece que aprendo poco en relación con el tiempo que paso estudiando.



SECRETARIA DE EDUCACION MEDICA

FACULTAD DE MEDICINA

U N A M

·CUESTIONARIO SOCIOCULTURAL

INSTRUCCIONES:

Para cada una de las preguntas que integran este cuestionario, elija una sólo opción: aquella que más corresponda a su situación personal.

NO HAGA ANOTACIONES EN ESTE CUESTIONARIO. SEÑALE SU RESPUESTA DIRECTAMENTE EN LA TARJETA DE COMPUTO QUE SE LE PROPORCIONO, CUIDANDO DE NO EQUIVOCARSE NI OMITIR NINGUNA RESPUESTA.

SECRETARIA DE EDUCACION MEDICA  
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM

CUESTIONARIO SOCIOCULTURAL

- 1.- Señale usted con qué frecuencia acostumbra leer el periódico:
  - a) nunca
  - b) ocasionalmente
  - c) una vez a la semana
  - d) tres veces a la semana
  - e) todos los días
  
- 2.- Señale la sección del periódico que usted prefiere leer:
  - a) ninguna
  - b) deportiva
  - c) de sociales
  - d) editoriales
  - e) política
  - f) policiaca
  - g) de espectáculos
  - h) financiera
  - i) suplemento cultural
  - J) otra no especificada
  
- 3.- Señale la frecuencia con que usted lee libros que no tienen relación con sus estudios:
  - a) nunca
  - b) rara vez
  - c) algunas veces
  - d) frecuentemente
  - e) siempre
  
- 4.- Indique el género de libros que usted prefiere leer:
  - a) ninguno
  - b) aventuras
  - c) poesía, novela o cuento
  - d) política
  - e) ciencia
  - f) erótico
  - g) ciencia ficción
  - h) clásicos
  - i) best-sellers
  - j) otro no especificado

38.- Señale el grado máximo de estudios de su padre: -

- a) no asistió a la escuela
- b) primaria incompleta
- c) primaria completa
- d) capacitación técnica después de la primaria
- e) secundaria
- f) preparatoria, vocacional o normal
- g) carrera técnica después de la preparatoria o vocacional
- h) carrera profesional incompleta
- i) carrera profesional completa
- j) estudios de postgrado

39.- Señale el grado máximo de estudios de su madre:

- a) no asistió a la escuela
- b) primaria incompleta
- c) primaria completa
- d) capacitación técnica después de la primaria
- e) secundaria
- f) preparatoria, vocacional o normal
- g) carrera técnica después de la preparatoria o vocacional
- h) carrera profesional incompleta
- i) carrera profesional completa
- j) estudios de postgrado

40.- Indique el tipo de conducta que su padre (o tutor) ha mostrado en relación con los estudios de usted:

- a) ha muerto o no vive conmigo
- b) es indiferente
- c) es obstaculizador
- d) es sobreprotector
- e) es complaciente pero no apoya
- f) es entusiasta y le apoya fuertemente

41.- Indique el tipo de conducta que su madre (o tutora) ha mostrado en relación con los estudios de usted:

- a) ha muerto o no vive conmigo
- b) es indiferente
- c) es obstaculizadora
- d) es sobreprotectora
- e) es complaciente pero no apoya
- f) es entusiasta y le apoya fuertemente

42.- Señale cuál es la actitud de sus padres (o tutores) en relación con la elección de su carrera de medicina:

- a) están de acuerdo con ella
- b) uno de ellos está en favor y otro en contra
- c) los dos están en contra
- d) les resulta indiferente

NO HAGA MARCA ALGUNA EN ESTE FOLLETO

1. Me gustan las revistas de mecánica
2. Tengo buen apetito.
3. Me despierto descansado y fresco casi todas las mañanas.
4. Creo que me gustaría el trabajo de bibliotecario.
5. El ruido me despierta fácilmente.
6. Me gusta leer artículos sobre crímenes en los periódicos.
7. Por lo general mis manos y mis pies están suficientemente calientes.
8. Mi vida diaria está llena de cosas que me mantienen interesado.
9. Estoy tan capacitado para trabajar ahora como siempre lo he estado.
10. Casi siempre me parece que tengo un nudo en la garganta.
11. Una persona debiera tratar de comprender sus sueños, guiarse por ellos o tenerlos en cuenta como avisos
12. Me gustan los cuentos detectivescos o de misterio.
13. Trabajo bajo una tensión muy grande.
14. Tengo diarrea una vez al mes o más frecuentemente.
15. De vez en cuando pienso en cosas demasiado malas para hablar de ellas.
16. Estoy seguro de que la vida es cruel conmigo.
17. Mi padre fue un buen hombre

372. A menudo he encontrado personas envidiosas de mis buenas ideas precisamente porque a ellas no se les habían ocurrido antes.
373. Siempre que me es posible evito encontrarme entre una multitud.
374. No me molesta el ser presentado a extraños.
375. Recuerdo haberme fingido enfermo para zafarme de algo.
376. En los trenes, ómnibus, etc., con frecuencia les hablo a los extraños.
377. Me rindo fácilmente cuando las cosas me van mal.
378. Me gusta hacerle saber a la gente lo que pienso - acerca de las cosas.
379. He tenido épocas cuando me sentía tan lleno de vigor que el sueño no me parecía necesario a ninguna hora.
380. No me sentiría desconcertado si tuviera que iniciar una discusión o dar una opinión acerca de algo que conozco bien ante un grupo de personas.
381. Me gustan las fiestas y las reuniones sociales.
382. Me acobardo ante las crisis, dificultades o problemas.
383. Puedo dejar de hacer algo que deseo hacer cuando otros creen que no vale la pena hacerlo.

FACULTAD DE MEDICINA  
SECRETARIA DE EDUCACION MEDICA

DEPRIMIDOS GRAL.

CUMPLEN CON: SEXO

VALOR	FREC.	PORC.	FREC. ACUM.	FREC. ACUM.(%)	
1	35	58.33	35	58.33	I *****
2	25	41.67	60	100.00	I *****

MEDIA : 1.42  
D.S. : 0.50

TOTAL DE VALORES CEROS: 0

TOTAL DE VALORES FALTANTES: 0

FACULTAD DE MEDICINA

SECRETARIA DE EDUCACION MEDICA

DEPRIMIDOS

CUMPLEN CON: SEXO

VALOR	FREC.	PORC.	FREC. ACUM.	FREC. ACUM.(%)	
1	21	70.00	21	70.00	I *****
2	9	30.00	30	100.00	I *****

MEDIA : 1.30

D.S. : 0.47

TOTAL DE VALORES CEROS: 0

TOTAL DE VALORES FALTANTES: 0

#

## FACULTAD DE MEDICINA

## SECRETARIA DE EDUCACION MEDICA

DEPRIMIDOS GPO. PILOTO

CUMPLEN CON: SEXO

VALOR	FREC.	PORC.	FREC. ACUM.	FREC. ACUM.(%)	
1	14	46.67	14	46.67	I *****
2	16	53.33	30	100.00	I *****

MEDIA : 1.53  
D.S. : 0.51

TOTAL DE VALORES CEROS: 0

TOTAL DE VALORES FALTANTES: 0

+