

11241
12/16

DEPRESION Y SINDROME DE TENSION PREMENSTRUAL

HOSPITAL REGIONAL 20 DE NOVIEMBRE
I. S. S. S. T. E.

JOSE LUIS VARGAS REYNOSO

TESIS PARA OBTENER EL TITULO
DE PSIQUIATRA

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

MEXICO, D. F.

1987

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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 esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

CONTENIDO.

	Pag.
INTRODUCCION.....	1
MATERIAL Y METODOS.....	14
RESULTADOS.....	20
DISCUSION.....	27
BIBLIOGRAFIA.....	28

INTRODUCCION.

"LA MENSTRUACION, ESE CASTIGO QUE ARRASTRAN LAS MUJERES".(Shakespeare).

El síndrome de tensión premenstrual (STP) se define como la recurrencia de síntomas en el período premenstrual, con ausencia completa de síntomas en el período postmenstrual. Se presentan una variedad de síntomas recurrentes físicos, psicológicos y conductuales, que ocurren en algunas mujeres -- durante 4-5 días antes del período menstrual y desaparecen tiempo después del inicio de la menstruación. Ocurre aproximadamente en el 50% de las mujeres y es bien conocido que las mujeres son menos eficientes y que los accidentes son -- más frecuentes durante el período premenstrual.

Un trastorno de la afectividad relacionado con la menstruación puede ser definido como la ocurrencia cíclica de síntomas que son de suficiente severidad para interferir con algunos aspectos de la vida, los cuáles aparecen con una consistente relación con la menstruación.(Caso Muñoz 1982).

Se ha encontrado hasta un 40% de mujeres con Depresión en -- el STP. Otras manifestaciones mentales incluyen irritabilidad, labilidad emocional, nerviosismo, crisis de llanto y -- sensación de fatiga. Se ha informado de una variedad de conducta como actos criminales e intentos suicidas. Otros síntomas que ocurren incluyen cambios en el apetito y "anto---jos" de dulces y chocolates, dolor de cabeza, edemas, ganancia de peso, quejas gastrointestinales, dolor pélvico y de espalda. También se han reportado crisis convulsivas y de -- asma bronquial.(Rubinow y col. 1984).

EPIDEMIOLOGIA.

Las molestias menstruales son una de las causas más comunes de ausentismo en la escuela y el trabajo.

La incidencia del STP varia en diferentes estudios y se presenta entre el 25-85% de los casos. El 99% de las mujeres tienen alguna vez síntomas relacionados con el STP, lo que se sugiere que es fisiológico y probablemente no es un estado anormal. Las molestias somáticas y psíquicas están combinadas y por lo menos 30 síntomas han sido descritos. (Timonen y col. 1973).

Se ha mostrado que el edema juega una mayor parte en el desarrollo de síntomas cerebrales y las alteraciones circulatorias en la región carotídea pueden explicar la cefalea. Se ha encontrado que quienes practican deportes muestran menos síntomas de tensión nerviosa central, particularmente dolor de cabeza. También hay evidencias que sugieren que el stress tiene un efecto sobre el inicio del STP. (Timonen y col. 1971).

Aunque la etiología no es clara, hay pocas dudas de su existencia. El STP raramente ha sido mencionado como un serio problema durante la adolescencia. Se asegura que las hijas presentan los mismos patrones menstruales que sus madres. Los factores genéticos y la imitación inconsciente pueden jugar parte importante en la etiología. (Kantero y col. 1971)

TRASTORNOS DE LA AFFECTIVIDAD RELACIONADOS CON LA MENSTRUACION.

Hipócrates ya refería la relación entre las alteraciones del talante y la menstruación en "La Enfermedad de las Vírgenes", donde menciona una variedad de síntomas cognitivos y conductuales incluyendo delirios, manía, ideas suicidas y "actos para retener la sangre menstrual". En la era premoderna, Pinel en 1799, reportó el caso de una mujer con depresión en relación con la menstruación y síntomas de conversión. Icard en 1890 observó durante la menstruación: cleptomanía, piromanía, dipsomanía, manía homicida, manía suicida, erotomanía, ninfomanía, delirios, impulsividad, celos,

alucinaciones, ilusiones y melancolía. En contraste Prichar en 1835 describió un STP: "algunas mujeres, en el período - catamenial experimentan un considerable grado de excitación nerviosa, temperamento caprichoso, excitabilidad en los sen timientos, mal humor y algunas veces un abatimiento de la mente aproximándose a la melancolía.(Yusoff 1985).

Hasta ahora, los síntomas premenstruales han sido descritos que desaparecen con el inicio de la menstruación.(Suther -- land y Stewart 1965); que ocurren desde 6 días antes de la menstruación hasta 2 días después del inicio de la misma -- (Kramp 1968); ó que ocurren desde 4 días antes hasta 4 días después del inicio de la menstruación.(Dalton 1964).

La influencia de la fase del ciclo menstrual sobre los cambios en el talante son de importancia para el psiquiatra, - que se deben considerar durante la consulta, ó como un factor el cuál puede influir en el curso del tratamiento.

RELACION CON LOS TRASTORNOS PSIQUIATRICOS.

Diamond y col (1976) reportó una incidencia de 65% de depresión premenstrual en pacientes con un trastorno afectivo -- primario, pero encontró una similar incidencia (57%) en su grupo control.

Hurt y col. (1982) usando datos retrospectivos, reportó la prevalencia de síndrome afectivo premenstrual en el 64% de pacientes diagnosticados con depresión, comparandolos con - el 83% de pacientes con depresión y personalidad limítrofe, 62% de pacientes esquizofrénicas y 33% de pacientes con trastornos de personalidad limítrofe.

Schuckit y col. (1975) reportó que estudiantes con síntomas emocionales premenstruales, tuvieron una alta incidencia de depresión previa.

Wetzel y col. (1975) describió estudiantes que reportaron - alteraciones afectivas premenstruales que buscaron ayuda -- psiquiátrica y fueron diagnosticadas con un trastorno afectivo.

Algunos estudios reportan una suficiente relación entre los test de personalidad y los cuestionarios para stress menstrual. Podría demostrar ésa correlación, una asociación entre los trastornos menstruales y alguna psicopatología. (Gannon 1981).

Coppen y Kessel (1963) señalan que algunas mujeres con STP fueron neuróticas, medidas por la Escala Neurótica Eysenk. Rees(1953), encontró una condición similar, pero notó que algunas mujeres severamente neuróticas no se quejaban de síntomas premenstruales, además las mujeres neuróticas que mejoraron psicológicamente durante la psicoterapia, no necesariamente mejoraron de sus síntomas premenstruales.

La recurrencia cíclica ó la exacerbación de los trastornos psiquiátricos durante la fase lútea tardía se describe como una característica cardinal de la "Psicosis Atípica" (Hatanani y col. 1962); así como también "El Período Psicótico de la Pubertad"(Altshule y Brem 1963).

Numerosos reportes de suicidio en el período premenstrual son importantes en relación a la influencia de la fase del ciclo menstrual y el curso de enfermedades psiquiátricas -- (Mandell y Mandell 1967);(Tonks y col. 1968);(Dalton 1959); (Felthous 1980).

Los cambios en el talante relacionados con la menstruación pueden influir en la evolución de los trastornos psiquiátricos como un medio de estímulo sensibilizador.

Estudios de sensibilización con cocaína en la amígdala han demostrado que la repetida administración de una sustancia química ó estímulo eléctrico pueden producir un incremento de los efectos y cambios en la actividad cerebral y la conducta.(Yusoff 1985).

Se podría pensar que la repetida experiencia de disforia premenstrual en algunos individuos genéticamente vulnerables, llevaría a la expresión de una enfermedad afectiva basada sobre los mecanismos de sensibilización. Los reportes de epilepsia del lóbulo temporal presentados como un síndrome

me afectivo premenstrual, son consistentes con ambos modelos de expresión sintomática y de sensibilización en el desarrollo de los síntomas.(Priece 1980).

Hay abundantes evidencias que suponen el significado de los cambios endócrinos en la enfermedad afectiva. En un estudio retrospectivo de 70 mujeres con depresión recurrente primaria, 22(30% aproximadamente) expresaron su primer episodio depresivo durante un período de cambio hormonal reproductivo (Kolakowska 1975).

Hatotani y col en 1962 en un estudio de mujeres con psicosis atípica, reportó que el primer inicio de la psicosis apareció durante la mitad ó mitad tardía del ciclo menstrual.

En conclusión, la relación entre el ciclo menstrual y los trastornos del talante son imprecisos y poco entendibles.

LA ENDOCRINOLOGIA DEL SINDROME DE TENSION PREMENSTRUAL.

STP y actividad cíclica ovárica.

Es claro que el STP está unido a la actividad cíclica del eje ovario-hipófisis-hipotálamo. Aunque el STP ocurre solo después de la activación de los ovarios en la pubertad y cesa posterior a una menopausia natural ó postquirúrgica, el ciclo menstrual per se no es un prerequisite para la ocurrencia de síntomas.(Reid y Yen 1981).

Teorías de la Fisiopatología.

Se sugiere la posibilidad de que un exceso de estrógenos ó una deficiencia de progesterona sea la causa del STP. Estudios de concentración sérica de estrógenos y progesterona diarios ó en días alternos durante la fase lútea, han mostrado un incremento de la relación estrógeno-progesterona.(Munday y col. 1981). Algunos autores están a favor de que hay un exceso de estrógenos y deficiencia de progesterona, citando la respuesta favorable al administrar progesterona.

Retención de líquidos.

Los estrógenos inducen retención de sodio y agua por un incremento en la aldosterona y algún otro efecto vascular directo. Los niveles de vasopresina circulante se elevan cuando la producción de estrógenos es máxima. Sin embargo poco se sabe acerca de los niveles de vasopresina durante el ciclo menstrual normal y en el STP con retención de líquidos.

Prolactina.

La prolactina se sospechó que fuera el agente causal del STP basados sobre la evidencia de que tiene efectos osmoreguladores en otras especies y su incremento en la circulación se ha visto en casos aislados de marcada retención de líquidos en el STP. (Horrobin 1980). Estudios clínicos han revelado -- que la incidencia de hiperprolactinemia en el STP es muy bajo.

Dieta y otros factores.

Las catecolaminas, la regulación del balance de sodio y los cambios en la producción o sensibilidad hacia la angiotensina II, han sido sugeridos como posible explicación en los casos de edema en el STP. Son pocos los datos que apoyan ésa -- hipótesis. (Reid y Yen 1981). Es posible que algunos factores en la dieta sean importantes en los casos de edema premens-- trual por un incremento en la cantidad de sodio ó carbohidra-- tos ingeridos ocasionalmente, por los antojos en la dieta, -- que pueden incrementar el peso.

Deficiencia de Vitamina B6.

La hipótesis de la deficiencia de la vitamina B6, se piensa que es primariamente una teoría nutricional, que invoca una interrelación entre los niveles de vitamina y la función en-- dócrina. No hay datos que evidencien la existencia de una -- absoluta ó relativa deficiencia. La respuesta clínica a la -- terapia de vitamina B6 ha sido variable.

Hipoglicemia.

Se han observado cambios inducidos por los esteroides gonadales en los receptores a insulina y de los opiáceos endógenos en la regulación de la actividad de las células pancreáticas (Reid y Yen 1981).

Hipótesis de los Opiáceos Endógenos.

En experimentos clínicos los opiáceos han mostrado que alteran la función reproductora primariamente, por trastorno de la secreción de las hormonas hipofisarias (LH y Prolactina). Los recientes descubrimientos de que los esteroides ováricos pueden influir en la actividad de los opiáceos endógenos sugieren la posibilidad de una única interacción entre éstos -- dos sistemas. (Wehrenberg y col. 1982).

Como una interacción daran las bases para una funcional unión entre los cambios cíclicos de la actividad ovárica y los diversos cambios en la secreción hormonal, la afectividad, la conducta, el apetito y la función intestinal, los cuáles se sabe, son directa ó indirectamente modeladas por los opiáceos endógenos. (Reid y Yen 1981).

La infusión de Naloxona durante la fase lútea produce un incremento de la secreción de LH, mientras una infusión similar de naloxona durante la fase folicular temprana ó menstrual (estrógenos bajos, progesterona baja) no producen cambios en la secreción de LH (Quigley y Yen 1980).

Las neuronas que contienen norepinefrina y dopamina, tienen una importante función en la regulación de la conducta y talante, y se sabe que tienen receptores pre-sinápticos opiáceos. La activación de éstos receptores por un incremento en la actividad opiácea endógena (fase lútea) puede resultar en fatiga y depresión por una disminución de la cantidad de NE y DA. Las inyecciones centrales de endorfina han mostrado -- que causan satisfacción y reanudación vigorosa del apetito en los animales. Por lo tanto un incremento en la actividad endorfinica dentro del hipotálamo puede explicar el incremen

to del apetito observado por muchas mujeres durante la fase lútea. Los opioides endógenos, también están implicados en los deseos de sustancias dulces y de los antojos.

Las endorfinas también se han encontrado en el intestino delgado y disminuyen la actividad propulsora muscular y la secreción de líquidos dentro de la luz. Un incremento de los niveles de endorfinas durante la fase lútea, puede dar la constipación y retardo intestinal que ocurre antes de la menstruación. (Wald y col. 1981). Las endorfinas están presentes en los islotes pancreáticos y la inyección de Beta endorfinas induce hiperglicemia con hiperinsulinismo. (Reid y Yen -- 1981).

Cuando la neurotransmisión de opiáceos es inhibida (por ejemplo cuando caen los niveles endorfinicos previos a la menstruación) dan una hiperactividad de rebote y puede resultar en irritabilidad, ansiedad, tensión, agresión y explosión de energía experimentada por algunas mujeres cuando se aproxima la menstruación. Los mismos cambios conductuales se han producido en voluntarios humanos, en los cuáles la actividad endorfinica ha sido bloqueada por la administración de naloxona. (Cohen y col. 1978).

La hiperfunción dopaminérgica severa podría explicar ciertos casos de psicosis y podría ser la razón de la conducta psicótica recurrente premenstrual. (Cohen y col. 1978).

La diarrea y el trastorno en la temperatura, que son síntomas de la supresión de opiáceos, son quejas comunes en STP.

ALGUNOS DE LOS SINTOMAS EN EL STP.

Depresión. La depresión premenstrual es una depresión diferente caracterizada por ganancia de peso, antojo de alimentos, habilidad para dormir a cualquier momento y algunas veces urgencias ninfomaniacas. Otra característica es su corta duración, medida en días, no en meses ó años, así como su presencia en el período premenstrual, con ausencia en el pos

menstrual.

Dolor de cabeza. Se encuentra en un 16% en mujeres menores de 35a y en el 35% en mujeres mayores de 45a. Es más frecuente entre las nulíparas, comparandolas con las que han tenido hijos.

Asma. En el grupo de asmáticas no se ha encontrado que la de presión o dolor de cabeza precediera los ataques. Las mujeres asmáticas fueron más a menudo nulíparas.

Psicosis. Algunas mujeres por pocos días tienen cuadros psicóticos y desarrollan ideas delirantes, alucinaciones ó confusión en el período premenstrual y espontáneamente revierten su conducta normal en el postmenstrual.

Actos criminales. Algunas mujeres cometen actos criminales y son mujeres jóvenes propensas a suicidarse y automutilarse. (Yusoff y col. 1985).

EL TABU DE LAS MUJERES MENSTRUANTES.

Desde la antigüedad se habla mucho en relación con la menstruación. Las mujeres australianas en sus "períodos" tienen prohibido, bajo pena de muerte tocar nada de uso de los hombres y ni aún caminar por el sendero que frecuenta el hombre. En Uganda, la vajilla que una mujer toca debe ser destruida si ella está menstruando.

Entre la mayoría de las tribus americanas, difícilmente se encontraba un ser que produjera tanto miedo como una mujer menstruante. El solo verla constituía un peligro para la sociedad, tenía que llevar un gorro especial de piel y se ocultaba de la vista pública.

Los Dieri de la Australia central creen que si una mujer en esas épocas comiera pescado ó se bañara en el río, todos los peces morirían y el río quedaría seco.

Los campesinos del Líbano creen que la sombra de las mujeres menstruantes marchita las flores, seca los árboles y paraliza el movimiento de las serpientes.

En varios sitios de Europa, todavía se cree que si una mujer menstruante entra en una bodega, la cerveza se acedaría.

En Bronswick la gente cree que si una mujer menstruante asiste a la matanza de un cerdo, la carne se pudriría. (Frazer -- 1984).

En México existe la creencia popular de que una mujer que -- está menstruando no debe plantar ninguna semilla, pues no -- germinaría, o bien la planta crecerá raquítica. Tal creencia se basa en que en éste período la mujer es estéril. (Godoy -- 1985).

ASPECTOS PSICOLOGICOS.

Se cree que los momentos de inestabilidad hormonal en la mujer (menarquía, menstruación y menopausia) son épocas de alteración emocional. Hipócrates enseñaba que los trastornos emocionales emanaban de la matriz o "histeros", lo que originó el término "histeria". Los síntomas del STP pueden deberse a dificultades interpersonales que se originan en rasgos permanentes de la personalidad. Se cuenta con pruebas de que -- las mujeres víctimas del STP, tienen personalidad neurótica. Se ha llegado a sugerir que, si las mujeres no menstruaran, sus grados de depresión, parasuicidio, conducta aberrante y ausentismo por enfermedad serían los mismos que para los varones. La disminución del promedio del tamaño de la familia durante éste siglo indica que la mayoría de las mujeres experimentan muchos más ciclos menstruales con sus problemas acompañantes, que las mujeres de antes. La dismenorrea parece ser particularmente común en mujeres neuróticas introvertidas e intelectualizadas cuya personalidad es obsesiva. Sangre y menstruación simbolizan calor, seguridad, coito y satisfacción y tienen relaciones psicológicas como nacimientos de hijos, relaciones sexuales y matrimonio. Las frustraciones ó desacuerdos en éstos aspectos se pueden expresar durante el ciclo sexual en forma de ansiedad y preocupación mórr--

bida y por tanto originar síntomas.(M.W.P. Corney 1981). Según (Fenichel 1984), el significado inconsciente de la idea de la menstruación y la reacción psíquica a éste significado, pueden alterar el mecanismo hormonal. En los casos de perturbación, la sensación corporal premenstrual representa tensión retención(a veces embarazo), suciedad, pregenitalidad, odio. El flujo menstrual puede acarrear un relajamiento, y es sentido como evacuación(a veces nacimiento), limpieza, genitalidad amor; pero también puede representar pérdida de control anal y uretral, culpa edípica, castración y la frustración del deseo de tener un hijo y humillación.

(Horney 1976) dice que días antes de la menstruación se produce un aumento de la libido sexual como un hecho biológico. -- Las mujeres tendrán que enfrentar el problema(que las restricciones culturales vuelven difícil)de tener que dominar éste aumento de tensión libidinal dentro de sí mismas: si la mujer tiene oportunidad de satisfacer las necesidades instintuales esenciales, la tarea será resuelta fácilmente y solo presentará dificultades si no se presentan tales oportunidades.

Los desórdenes menstruales desaparecen por completo durante los períodos de satisfacción de la vida amorosa y reaparecen durante los períodos de frustración externa ó de experiencias insatisfactorias. La observación de los mecanismos que conducen a la aparición de las tensiones premenstruales revela que en éstos casos se trata de mujeres que por alguna razón no son capaces de aceptar las frustraciones, que reaccionan ante éstas con ira y vehemencia, pero no pueden derivar éstos sentimientos hacia afuera, y por lo tanto los dirigen contra sí mismas.

Las mujeres insatisfechas a causa de inhibiciones emocionales presentan síntomas más serios y mecanismos más complejos.

Las tensiones premenstruales pueden ocurrir aparentemente en los casos en que el deseo de un hijo es acrecentado por una experiencia real, pero por algún motivo su verdadera realización resulta imposible.

ALGUNOS ASPECTOS EN RELACION CON EL TRATAMIENTO.

La primera medicación usada fué el compuesto vegetal de Lydia Pinkham, que contiene glucósidos esteroides, saponinas, estrógenos, ácidos grasos, triptofano y 15% de etanol. También se ha usado el citrato de magnesio y la progesterona, - la cuál parece ser efectiva en un gran número de síntomas, - pero es menos eficaz en la cefalea, la depresión severa y -- en los antojos. Los andrógenos como la metiltestosterona han sido usados y tienen particular efecto en la mastalgia; los efectos colaterales de virilización limitan su uso. El Danazol, un esteroide sintético de la etisterona es útil en la - mastalgia, pero poco efectivo en los otros síntomas. Los estrógenos pueden ayudar en la depresión premenstrual sin irri- tabilidad, pero su uso es limitado.(Yusoff 1985).

Los diuréticos son la medicación más prescrita, basados en - la vieja idea de que los síntomas son debidos a la retención de agua. Deberán ser considerados solo cuando se nota ganancia de peso. La espironolactona puede ser la droga de elec- ción ya que previene la hipokalemia y la tendencia a un al- dosteronismo secundario.(O'Brien y col. 1979).

La bromocriptina puede ayudar en la mastodinia, pero se limi- ta su uso por sus efectos colaterales. Los tranquilizantes - podrán ser usados con moderación y en corto tiempo en algu- nos síntomas como irritabilidad, tensión, ansiedad, depre- sión y fatiga. Varios antidepresivos pueden ayudar a la pa- ciente con un trastorno afectivo asociado. En mujeres con de- presión solo durante la fase premenstrual, son inefectivos - los antidepresivos y producen molestos efectos colaterales. El carbonato de litio no se ha demostrado que sea efectivo. Es poco claro que los inhibidores de la prostaglandina sin- tetasa sea benéfica. Los analgésicos como la aspirina y el - acetaminofen pueden ayudar en el dolor muscular, esquelético articular y de cabeza. Los analgésicos narcóticos deberán -- ser evitados.(Yusoff 1985).

APOYO EMOCIONAL.

El apoyo emocional y la tranquilidad de la paciente comienzan con una evaluación comprensiva. Se deberá de tranquilizar a la paciente y a su familia de que sus quejas son legítimas y se le están tomando en serio. Deberá haber una educación acerca de varios cambios en los estilos de vida de la paciente como: ejercicios de relajación, bioalimentación, yoga, meditación; ejercicios aeróbicos y cambios en la dieta (restricción de sal y cafeína, del azúcar, aumento de ingesta de carbohidratos, de granos, vegetales verdes y de oleaginosas. Se sugerirá la ingestión de cantidades adicionales de ácido gammalinoleico, vitamina E, complejo B, vitamina B6 y Magnesio.

Finalmente se insiste en la importancia de la función del médico para permitir que la paciente acepte el STP y modifique sus actitudes profundas ante la menstruación y la reproducción en general. (Yusoff 1985).

METODOS Y PROCEDIMIENTOS.

La finalidad del estudio fué investigar qué tan frecuentemente se encuentra el STP en la población estudiada y a la vez determinar con qué frecuencia la sintomatología de tipo depresivo aparece dentro del STP.

La investigación fué realizada en el Centro Hospitalario 20 de Noviembre que se encuentra ubicado en la ciudad de México y es dependiente del Instituto de Seguridad Social y de Servicios para los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

POBLACION DE ESTUDIO.

Los sujetos integrantes del estudio fueron en total 53 mujeres sanas, que en un momento determinado se encontraban en el hospital en calidad de médicos, enfermeras, estudiantes, trabajadoras, etc.

En cuanto a la edad de las entrevistadas, varió entre los 15 y los 35 años, decidiéndose entrevistar solo a aquellas mujeres que no hubieran tenido previamente ningún trastorno de tipo ginecológico, que pudiese alterar su ciclo menstrual y que éstos a su vez fueran regulares; también se determinó -- que las investigadas previamente, no hubieran presentado alguna alteración de tipo psiquiátrico, o bien alguna enfermedad sistémica que modificara sus ciclos menstruales.

Se tomó como requisito además, que tuvieran una escolaridad mínima de secundaria.

INSTRUMENTOS DE CAPTACION.

Los instrumentos de captación que se usaron para llevar a -- cabo la investigación, fué una cédula de recolección de datos(modificada de Rubinow y col. 1984), la cuál consta de datos generales del paciente y 38 variables que se describen a continuación:

FECHA.

EDAD.

OCUPACION.

ESCOLARIDAD.

ESTADO CIVIL.

NUMERO DE EMBARAZOS.

FECHA DE LA ULTIMA MENSTRUACION.

METODO DE CONTROL DE LA FERTILIDAD.

A continuación se indica: ¿Algunas de las siguientes molestias le ocurren días antes ó durante la menstruación? Marque con una cruz.

- 1-Disminución de la concentración.
- 2-Indecisión.
- 3-Sensibilidad a ser rechazado.
- 4-Sensación de que alguien le quiere dañar.
- 5-Ideas de suicidio.
- 6-Tristeza.
- 7-Enojo, cólera, ira.
- 8-Irritabilidad.
- 9-Deseos de llorar.
- 10-Dolor de cabeza.
- 11-Sensibilidad aumentada en los pechos.
- 12-Dolor muscular y/o articular.
- 13-Dolor tipo cólico.
- 14-Insomnio.
- 15-Aumento del sueño.
- 16-Pérdida del apetito.
- 17-Antojo por cierto tipo de alimentos. Especifique.
- 18-Agitación, inquietud.
- 19-Aumento ó disminución del deseo sexual. Especifique.
- 20-Náuseas.
- 21-Diarrea.
- 22-Sudoración aumentada.
- 23-Palpitaciones aumentadas.
- 24-Torpeza.
- 25-Crisis convulsivas (ataques epilépticos).
- 26-Mareos.

- 27-Tembloros.
- 28-Hormigueos en alguna parte del cuerpo.
- 29-Hinchazón de alguna zona del cuerpo.
- 30-Aumento de peso.
- 31-Disminución de la cantidad de orina emitida.
- 32-Aparición de acné.
- 33-Aumento de grasa en el pelo.
- 34-Pelo reseco.
- 35-Impulsividad.
- 36-Disminución de la capacidad de eficiencia.
- 37-Aislamiento social.
- 38-¿Toma usted de manera continua algún antidepresivo?

También se incluyó en la investigación la prueba psicológica de Zung, la cuál es autoaplicable y ayuda a determinar algunos síntomas de depresión.

(Zung 1965) realizó una investigación de la depresión, y publicó sus resultados, concluyendo que se debería elaborar una escala que llenara los siguientes requisitos:

- 1.-Que fuera aplicable a enfermos con diagnóstico primario de depresión.
- 2.-Que incluyera los síntomas más representativos de depresión.
- 3.-Que fuera breve y sencilla.
- 4.-De aplicación más cuantitativa.
- 5.-Que pudiera ser autoaplicada, a fin de recabar la respuesta directa del enfermo.

Con tal finalidad, el primer paso fué la elaboración de una lista de síntomas que pudieran ser considerados como característicos de la depresión, concluyendo que éstos síntomas deberían abarcar: alteraciones del afecto, equivalentes fisiológicos y psicológicos. Mismos que ahora se desglosan y acompañan con el tema de la escala de la manera en que se pregunta.

SINTOMAS DE LOS DESORDENES DEPRESIVOS
1.-AFECTIVOS PERSISTENTES.

Deprimido, triste, melancólico.

Accesos de llanto.

11.-EQUIVALENTES FISIOLÓGICOS.

Variación diurna: exageración de síntomas en la mañana y algún alivio --- conforme avanza el día.

SUEÑO: despertar temprano ó frecuente.

Apetito: disminución en la ingestión de alimentos.

Pérdida de peso: asociado con la ingestión disminuida de alimentos ó metabolismo aumentado y reposo disminuido.

Sexuales: libido disminuida.

Gastrointestinales: constipación.

Cardiovasculares: taquicardia.

Musculoesqueléticas: fatiga.

III.-EQUIVALENTES PSICOLÓGICOS.

Agitación psicomotora.

Retardo psicomotor.

TEMAS DE ESCALA DE LA AUTOMEDICIÓN DE DEPRESIÓN (EAMD).

1) Me siento abatido y melancólico.

3) Tengo accesos de llanto ó deseos.

2) En la mañana me siento mejor.

4) Me cuesta trabajo dormir en la noche.

5) Como igual que antes solía hacerlo.

7) Noto que estoy perdiendo peso.

6) Todavía disfruto del sexo.

8) Tengo molestias de constipación.

9) El corazón me late más aprisa.

10) Me canso sin hacer nada.

13) Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.

12) Me resulta fácil -- hacer las cosas que acostumbro.

Confusión.	11)Tengo la mente <u>tan clara</u> como antes.
Vacuidad.	18)Mi vida tiene bastante -- interés.
Desesperanza.	14)Tengo esperanza en el futuro.
Indecisión.	16)Me resulta <u>fácil</u> tomar -- decisiones.
Irritabilidad.	15)Estoy más irritable de lo usual.
Insatisfacción.	20) <u>Todavía disfruto</u> con las mismas cosas.
Devaluación personal.	17)Siento que soy <u>útil y necesario</u> .
Rumiación suicida.	19)Creo que si muriera les -- haría un favor a los demás.

El número que aparece a la izquierda del TEMA, es el orden en que se presentan en el cuestionario; las palabras que aparecen subrayadas indican lo contrario de lo que dicen los pacientes. Al igual que el orden de presentación de los temas es discontinuo en cuanto a positivo y negativo, para evitar que el paciente discerna el patrón de respuesta, las palabras subrayadas se han convertido de sintomáticas positivas a sintomáticas negativas con el mismo objetivo expuesto.

CUANTIFICACION.

Para la cuantificación del síntoma se plantearon cuatro categorías: muy pocas veces, algunas veces, la mayor parte del --- tiempo y continuamente. Calificandose posteriormente con un valor de 1, 2, 3, 4, si la pregunta está formulada en sentido positivo, ó con un valor de 4, 3, 2, 1, si la pregunta está formulada en sentido negativo. Se obtiene la medición de la depresión del paciente mediante la suma del valor otorgado a cada tema, una vez que el paciente haya respondido en alguna de las cuatro opciones ya mencionadas.

Esta calificación básica se convierte entonces en un índice basado en 100. La escala está planteada de tal manera que un índice bajo señala poca o ninguna depresión y un índice alto señala una depresión de significación clínica.

De acuerdo con un estudio ejecutado por Zung en una clínica de pacientes externos, encontró los siguientes promedios:

DIAGNOSTICO DE LOS GRUPOS DE VALORACION.	INDICE AMD promedio	MEDIA (P-95%)
Controles normales.....	33	25 - 43
Deprimidos(hospitalizados).....	74	63 - 90
Deprimidos(ambulatorios).....	64	50 - 78
Reacciones de ansiedad.....	53	40 - 68
Desórdenes de la personalidad.....	53	42 - 68
Reacciones de ajuste de situación tran-- sitorias.....	53	38 - 68

La Escala para la Auto- Medición de la Depresión (EAMD) está destinada a medir cuantitativamente la depresión, siendo posible su uso en cualquier clase de pacientes que manifiesten síntomas físicos sin base orgánica aparente, pudiendo descubrir y medir las llamadas "depresiones ocultas", economizando tiempo valioso en la clínica y varias sesiones de sondeo. Generalmente se necesitan menos de 5 minutos para hacer la prueba y calificar al paciente. Los estudios estadísticos -- realizados indican que las mediciones obtenidas de ésta manera pueden correlacionarse de manera segura con otras escalas de medición de la depresión que requieren más tiempo y que -- están en uso actualmente.

PROCEDIMIENTOS EMPLEADOS EN EL ESTUDIO.

La manera como se realizó la investigación fué la siguiente: se seleccionó a las mujeres que tuvieran los requisitos previamente establecidos, se les informó de la finalidad del--- estudio y se preguntó la fecha de la última menstruación, de biendose aceptar únicamente a aquellas mujeres que estuvie--

ran en el período de tiempo comprendido entre los 6 días previos a la menstruación, incluyendo también a las que estuvieran en su segundo día de menstruación. (Kramp 1968). Posteriormente se les indicó que contestaran la cédula de recolección de datos, haciendo énfasis en que solo marcaran las diferentes variables que se presentaran en cada ciclo menstrual. Enseguida se les entregó el cuestionario de Zung, dando instrucciones para que se contestara de acuerdo a las vivencias y sentimientos presentados en ése momento por la investigada. Los cuestionarios solo fueron aplicados y contestados en una sola ocasión.

VARIABLES ESTUDIADAS.

De las 38 variables estudiadas en la cédula de recolección de datos, tomamos como más importantes aquellas que tuvieran más relación con la triada sintomática de irritabilidad, tensión y depresión descritas por (Kessel y Coppen 1963) encontradas en el STP, éstas variables fueron: disminución de la concentración; indecisión; sensibilidad a ser rechazado; tristeza; irritabilidad; deseos de llorar y disminución de la capacidad de eficiencia.

Asimismo de las 38 variables estudiadas se seleccionaron aquellas que fueran más representativas del síndrome depresivo. Fueron las siguientes: sensibilidad a ser rechazado; ideas de suicidio; tristeza; irritabilidad; deseos de llorar; insomnio; pérdida del apetito; agitación; inquietud; aumento ó disminución del deseo sexual; torpeza; disminución de la capacidad de eficiencia y aislamiento social.

RESULTADOS.

Al aplicar el cuestionario de cédula de recolección de datos, se encontró que de los 53 sujetos estudiados, la siguiente sintomatología fué la más frecuente: el 67.9 % presentó dolor tipo cólico (36 mujeres).

el 58.4 % (31 mujeres) presentó irritabilidad.

el 47.1 % (25 mujeres) tuvo una sensibilidad aumentada en los pechos.

Nos llama la atención también que ninguna de nuestras investigadas presentó crisis convulsivas ni sensación de que alguien la quiere dañar. Tampoco hubo mujeres que hubieran estado ingiriendo antidepresivos.

De los 53 sujetos de estudio se encontró que el 35.8 % (19 -- mujeres) presentaron sintomatología compatible con el STP, de acuerdo a los lineamientos previamente establecidos. Los síntomas más frecuentes encontrados en las 19 pacientes fueron -- los siguientes:

el 94.7 % (18 mujeres) presentaron tristeza

el 89.4 % (17 mujeres) presentaron deseos de llorar

también el 89.4 % (17 mujeres) presentaron irritabilidad

el 78.9 % (15 mujeres) tuvieron dolor tipo cólico

el 73.6 % (14 mujeres) tuvieron aparición de acné

el 68.4 % (13 mujeres) tuvieron "antojos" por algún alimento y los más frecuentes fueron los dulces.

En cuanto a la edad en que se presentó más frecuentemente el STP en las 19 mujeres, fueron las siguientes:

EDAD	% de pacientes.
15 - 20 años	15.8 %
21 - 25 años	26.3 %
26 - 30 años	26.3 %
31 - 35 años	31.6 %

En cuanto al estado civil entre las 19 mujeres con STP, éstos fueron los más frecuentes:

ESTADO CIVIL	% de pacientes.
Casadas.	63.1 %
Solteras.	36.9 %

En relación con la escolaridad en las 19 mujeres, se presentó lo siguiente:

ESCOLARIDAD.	% de pacientes.
Secundaria.	57.9 %
Profesional.	36.9 %
Preparatoria.	5.2 %

En cuanto a la ocupación entre las 19 mujeres, encontramos lo siguiente:

OCUPACION.	% de pacientes.
Trabajan fuera del hogar.	79.0 %
Trabajan dentro del hogar.	21.0 %

En relación a la actividad de las mujeres que trabajaban fuera del hogar se encontró lo siguiente:

ACTIVIDAD.	% de pacientes.
Médico C.	20.0 %
Empleadas	20.0 %
Estudiantes.	20.0 %
Enfermeras.	20.0 %
Secretarias.	13.4 %
Trab. social.	6.6 %

En relación con el número de hijos que tuvieron el total de las 19 mujeres con STP fué el siguiente:

En total 24 hijos, con un promedio de 1.2 hijos por paciente.

En relación al método del control de la fertilidad usado por las diferentes mujeres se encontró lo siguiente:

METODO.	% de pacientes.
D.I.U.	36.8 %
Salpingoc.	10.6 %
Tabas.	5.2 %
Ritmo.	5.2 %
Nada.	42.2 %

De las 19 pacientes que presentaron el STP, se investigó y -- encontró que de ellas, 15 mujeres tuvieron además sintomatología compatible con DEPRESION, valorada por medio del cuestionario de recolección de datos.

De éstas 15 mujeres con DEPRESION, se encontró además que 12 de ellas también tuvieron el TEST de ZUNG compatible con positividad para depresión. Se ilustra a continuación:

Mujeres con STP.....	19	(100 %)
Mujeres con STP y DEPRESION.....	15	(78.9 %)
Mujeres con STP, DEPRESION y test de ZUNG positivo.....	12	(63.1 %)

Para nuestro estudio consideraremos únicamente aquellas mujeres que además de tener el STP y sintomatología depresiva, -- también se les encontró el test autoaplicable de ZUNG positivo para depresión. Esto significa que encontramos dentro de -- las mujeres que presentaron el STP, a 12 mujeres(63.1 %) con sintomatología depresiva.

A continuación presentamos la sintomatología depresiva más -- frecuentemente encontrada en las 12 pacientes:

<u>Sintomatología.</u>	<u>No. de mujeres.</u>	<u>Por ciento.</u>
Deseos de llorar.	12 mujeres.	100 %
Tristeza.	12 mujeres.	100 %
Irritabilidad.	11 mujeres.	91.6 %
Torpeza.	8 mujeres.	66.6 %

Disminución de la capacidad de la - eficiencia.	8 mujeres.	66.6 %
Sensibilidad a ser rechazado.	6 mujeres.	50.0 %
Agitación, inquietud.	6 mujeres.	50.0 %
Aumento del deseo -- sexual.	5 mujeres.	
Baja del deseo -- sexual.	1 mujer.	50.0 %
Insomnio.	5 mujeres.	41.6 %
Ideas de suicidio.	4 mujeres.	33.3 %
Aislamiento social.	4 mujeres.	33.3 %
Pérdida del apetito.	3 mujeres.	25.0 %

En cuanto a los grupos de edad en que se presentó con más --- frecuencia la sintomatología depresiva en el STP fueron los --- siguientes:

<u>EDAD.</u>	<u>% de mujeres.</u>
15 - 20 años	8.3 %
21 - 25 años	16.7 %
26 - 30 años	33.3 %
31 - 35 años	41.7 %

En relación con el estado civil entre las 12 mujeres, se en--- contró lo siguiente:

<u>ESTADO CIVIL.</u>	<u>% de mujeres.</u>
Casadas.	75.0 %
Solteras.	25.0 %

En relación con la escolaridad en las 12 mujeres con depre--- sión, encontramos lo siguiente:

<u>ESCOLARIDAD.</u>	<u>% de mujeres.</u>
Secundaria.	66.7 %
Profesional.	33.3 %

En cuanto a la ocupación de las 12 mujeres con depresión notamos lo siguiente:

<u>OCUPACION.</u>	<u>% de mujeres.</u>
Trabajan fuera del hogar.	83.3 %
Trabajan dentro - del hogar.	16.7 %

En relación a la actividad de las 10 mujeres que trabajaban - fuera del hogar notamos lo siguiente:

<u>ACTIVIDAD.</u>	<u>% de mujeres.</u>
Médicos.	30.0 %
Empleadas.	20.0 %
Enfermeras.	20.0 %
Secretarias.	10.0 %
Trab. social.	10.0 %
Estudiante.	10.0 %

En relación con el número de hijos que tuvieron en total las 12 mujeres con DEPRESION y STP se consideró lo siguiente:

Un total de 19 hijos, con un promedio de 1.5 hijos por paciente.

En relación al método de control de la fertilidad usado por - las 12 mujeres con depresión, se encontró lo siguiente:

<u>METODO.</u>	<u>% de mujeres.</u>
D.I.U.	41.7 %
Tab.s.	8.3 %
Salpingo	8.3 %
Otros	41.7 %

ANALISIS DE LOS RESULTADOS.

- 1.-En el estudio se encontró que el ser casada o ser soltera no influye estadísticamente en el presentar o no el STP.
- 2.-La presencia del STP fué mayor en mujeres con edades superiores a los 31 años (31.6 %), en comparación con el grupo de mujeres de 16 a 20 años; datos encontrados también por otros autores (Kantero y Widholm, 1971). Esto probablemente sea debido a alteraciones hormonales más frecuentemente -- relacionados con el primer grupo de edad.
- 3.-La presencia del STP no se relacionó con el trabajar fuera del hogar.
- 4.-Encontramos que no hubo diferencias estadísticas al usar -- el cuestionario de la cédula de recolección de datos y el test psicológico de Zung.
- 5.-La presencia de mujeres con STP y DEPRESION, comparandolas con mujeres que no tienen STP, pero se les encuentra sintomatología depresiva, es estadísticamente significativa --- ($p < .001$).
- 6.-Se encontró que el nivel de escolaridad no influyó estadísticamente para presentar el STP y depresión.
- 7.-La presencia de pacientes con depresión no tuvo relación -- con la edad, ni con el número de hijos.

DISCUSION.

En la investigación realizada, pudimos percatarnos que de las 53 mujeres, a las cuáles se les estudió, únicamente 19 de --- ellas(35.8 %) presentaron una sintomatología compatible con las características del STP.

Las edades de las mujeres que tomamos en cuenta para el estudio, fluctuaron entre los 15 y 35 años, habiendose presentado el STP más frecuentemente en nuestra investigación en aque--- llas mujeres que tenían una edad promedio de 31 - 35 años.

Los síntomas del STP, que la mayoría de las mujeres estudiadas refirieron, fueron los siguientes: tristeza, deseos de -- llorar e irritabilidad.

Entre todas las mujeres que tuvieron el STP, se encontró que el 63.1 % de ellas, presentaron también sintomatología compatible con depresión, obtenida ésta por sus características -- clínicas y por medio del test autoaplicable de Zung.

La sintomatología depresiva, que se presentó en las diferen-- tes mujeres, tiene la característica principal de que es de -- tipo cíclico y solo se presentó en el período premenstrual, - estando ausente en otro tiempo del ciclo menstrual.

Los síntomas depresivos no fueron de tal gravedad que inter-- firieran importantemente en las actividades de las mujeres -- estudiadas, incluso las 4 pacientes que tuvieron ideas suicidas, no llevaron a cabo ningún acto contra sí.

Estamos de acuerdo en que deberán llevarse a cabo más estu--- dios en relación a éste síndrome, pues sabemos que aún en la literatura mundial, no existe un acuerdo común en relación a la etiología y el tratamiento de ésta entidad.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.-Altschule, M.D. and Brem, J. 1963. Periodic psychosis of - puberty. Am J psych 119:1176-1178.
- 2.-Caso Muñoz A. Trastornos Psicossomáticos(psicofisiológicos) Caso Muñoz A. Fundamentos de Psiquiatria. 2a Ed Mex D.F. - Ed Limusa, 1982:953.
- 3.-Cohen, M and et al. 1978. Periodic psychosis recurring in association with menstrual cycle. J Clin Psychiat 39 (5): 456.
- 4.-Cooppen, A, and Kessel, N. 1963. Menstruation and personality. Br J Psychiatry. 109:711-721.
- 5.-Dalton, K. 1964. The Premenstrual Syndrome. Springfield, III; Charles C Thomas.
- 6.-Dalton, K. 1959. Menstruation and acute psychiatric illnesses. Br Med J. I:148-149.
- 7.-Felthous and et al. 1980. Prevention of recurrente menstrual psychosis by an oral contraceptive. Am J Psych. 137: 245-246.
- 8.-Fenichel O. 1984. Teoria Psicoanalítica de las Neurosis. - Barcelona. Ed Paidós. 276-278.
- 9.-Frazer, J.G.1984.La Rama Dorada. 2a Ed Mex D.F. Fondo de - Cultura Económica. 678-682.
- 10.-Gannon, L. 1981. Evidence for a psychological etiology of menstrual disorders: a critical review. Psychol Rep. 48: - 287-294.
- 11.-Godoy, K.S. 1985. Cadena Perpetua. Mex D.F. Ed Diana. 18.
- 12.-Hatotani and et al. 1962. Psycho-psychological studies of atypical psychoses-endocrinological aspect of periodic psychoses. Folia Psychiatrica et Neurologica Japonica. 16: -- 248-292.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 13.-Horney K. 1976. *Psicología Femenina*. Buenos Aires. Ed ---
Psique. 101-108.
- 14.-Horrobin, D.V. 1980. Prolactin as a regulator of fluid and
electrolyte metabolism in mammals. *Fed Proc.* 39:2567.
- 15.-Hurt, S.W. and et al. 1982. *Psychopathology in the mens--*
trual Cycle, R.C. Freidman (ed), pp 299-316. New York: --
Marcel Dekker, Inc.
- 16.-Kantero, R.L., and Widholm, O. 1971. Correlations of mens-
trual traits between adolescent girls and their mothers.
Acta Obstet Gynec. scand suppl. 14:30.
- 17.-Kessel, N. and Coopen, A. 1963. The prevalence of common
menstrual symptoms. *Lancet*, II, 61-64.
- 18.-Kolakowska, r. 1975. The clinical cause of primary recu--
rrent depression in pharmacologically treated female pa--
tients. *Br J Psychiatry.* 126:336-345.
- 19.-Kramp, J. L. 1968. Studies of the menstrual syndrome in -
relation to psychiatry. *Act Psychiatr Scand.* 703:261-267.
- 20.-Mandell. A. J. and Mandell, M. P. 1967. Suicide and the -
menstrual cycle. *JAMA.* 200:792-793.
- 21.-Munday, M. R. and et al. 1981. Correlations between pro--
gesterone, estradiol and aldosterone levels in the premen-
strual syndrome. *Clin Endocrinol* 14: 1.
- 22.-M. W. P. Corney. 1981. Trastornos Menstruales: ¿Se trata
de una alteración psicógena? *Interamericana. Ginecología
y Obstetricia.* Mex D.F.:101-106.
- 23.-O'Brien and et al. 1979. Treatmen of premenstrual syndro-
me with spironolactone. *Br J Obstet Gynecol.* 86: 142.
- 24.-Priece, T.R.P. 1980. Temporal lobe epilepsy as a premens-
trual behavioral syndrome. *Biol Psych.* 15: 957-963.
- 25.-Quigley, M.E. and Yen, S.S.C. 1980. The role of endoge---
nous opiates on LH secretion during the menstrual cycle.

J Clin Endocrinol Metab. 51: 179.

- 26.-Rees, L. 1953. Psychosomatic aspects of the premenstrual tension syndrome. Br J Psychiatry. 99: 63-73.
- 27.-Reid, R.L., and Yen, S.S.C. 1981. Premenstrual Syndrome. Am J Obstet Gynecol 139:85.
- 28.-Rubinow, D.R., Roy-Byrne. 1984. Premenstrual Syndrome: Overview from a methodologica perspective. Am J Psychiatry; 141 2; 163-172.
- 29.-Schuckit, M.A. and et al. 1975. Premenstrual syntoms and depression in a university population. Dis Nerv Syst 36: 516-517.
- 30.-Sutherland, H. and Stewart. I. 1965. A critical analysis of premenstrual syndrome. Lancet I. 1180-1183.
- 31.-Timonen, S., and Procopé, B. J. 1973. The premenstrual -- syndrome; frecueny and association of symptoms. Ann Chir Gyn Fenniae 62: 108.
- 32.-Timonen, S., and Procopé, B. J. 1971. Premenstrual Tension and exercise. Acta Obstet Gynec Scand 50:331.
- 33.-Tonks, C.M. Rack, P.H. and Rose, M.J. 1968. Attempted suicide in the menstrual cycle. J Psychosomatic Res II: 319-323.
- 34.-Wald, A. and et al. 1981. Gastrointestinal Transit: the - effect of the menstrual cycle. Gastroenterology 80: 1497.
- 35.-Weherenberg, W.B and et al. 1982. B-endorphin in hypophyseal portal blood variations throughout the menstrual cycle. Endocrinology 111: 879.
- 36.-Wetzel, F.D., Feich, T., Mc Clure, J.M., and Wald, I. 1975. Premenstrual affective syndrome and affective disorder. - Brit J Psychiatry 127: 219-221.
- 37.-Williams, E.Y. and Weekes, L.R. 1952. Premenstrual tension associated with psychotic episodes. J Nerv Ment Dis 116:

321-329.

- 38.-Yusoff Dawood. 1985. Premenstrual Syndrome and Dysmenorrhea. Baltimore Munich. Urban and Schwarzenberg. 1985: 41-50.
- 39.-Zung, W.W.K. 1965. A self-rating depression scale. Arch - Gen Psychiat. 12:63.