

24/16



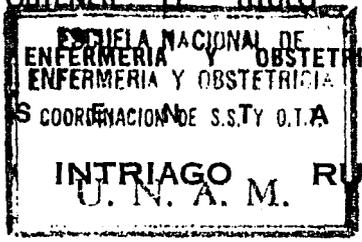
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

“PREVALENCIA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE MEDICINA”

I N F O R M E

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA PRESENTA POR LA COORDINACION DE S.S.T.Y O.T.A. CATALINA INTRIAGO RUIZ



México, D. F.

1988



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.

CONTENIDO.

	Pág.
1.- INTRODUCCION.	1
2.- OBJETIVOS.	3
3.- MARCO TEORICO.	
3.1 La Epidemiología.	4
3.2 La Depresión.	5
3.3 Adolescencia y Depresión.	11
3.4 Factores Predisponentes.	12
3.5 Metodología de la Investigación.	15
4.- PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL DE LA INSTITUCION.	30
5.- ACTIVIDADES DE ENFERMERIA.	
5.1 Programa de Trabajo para el Servicio Social.	32
5.2 Estudio de la Unidad Institucional del Servicio Social.	35
5.3 Actividades de Enfermería.	42
5.4 Informes Mensuales de Actividades.	47
6.- AVANCES DE LA INVESTIGACION.	56
7.- CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.	67
8.- GLOSARIO.	
9.- BIBLIOGRAFIA.	
10.- ANEXOS.	
10.1 Cuestionario.	
10.2 Historia Natural de la Depresión.	

I. INTRODUCCION.

El presente trabajo es valorado para opción de titulación ya que cumpliendo con características donde se aportan mayores conocimientos y sobre todo la aplicación de éstos en la práctica, con referencia a que en cada paso que se realizaba tenía su trascendencia, permitiendo que al finalizar el servicio social haya quedado la satisfacción de haber obtenido logros en el cumplimiento de los objetivos. La importancia radica en: que la investigación en el área de la epidemiología, es un punto cardinal dentro de las ciencias de la salud; el servicio social como pasante de Licenciatura en Enfermería lo realicé en el departamento de Epidemiología, que es dependiente de la unidad de Estudios Profesionales de la Facultad de Medicina que pertenece a la U.N.A.M. cuya investigación, "Prevalencia de trastornos depresivos en estudiantes de la Facultad de Medicina", fué de mayor participación. Al investigar se generan conocimientos, y el conocimiento científico genera otros, como resultado se da un sistema de conceptos acerca de los fenómenos y leyes del mundo exterior o de la actividad espiritual de los individuos que permite proveer y transformar la realidad en beneficio de la sociedad, y esto es: Ciencia.

El concepto de Ciencia se aplica tanto para denominar el proceso de elaboración de los conocimientos científicos, como a todo el sistema de conocimientos comprobados por la práctica que constituye una verdad objetiva, también para señalar distintas esferas de conocimientos científicos en diferentes ciencias. Es entonces donde la ciencia se construye a base de un método, el científico. El método es un conjunto de procedimientos que sirven como instrumentos para satisfacer necesidades de la investigación. (5).

Según Bertrand Russell, el método científico consiste en observar aquellos hechos que permiten al observador descubrir las leyes generales que los rigen. Los dos períodos; el primero el de observación y el segundo el de deducción de una ley, son ambos esenciales y cada uno de ellos susceptible de un afinamiento casi indefinido. De acuerdo a las definiciones anteriores, el método científico persigue la solución de problemas mediante el empleo de diversos razonamientos. Es en él donde los procesos del pensamiento encuentran su más adecuada expresión a través de enunciados y argumentos que explican los fenómenos del universo. El método científico es todo un procedimiento formado por una secuencia lógica de actividades que procura descubrir las características de los fenómenos; las relaciones internas entre los elementos y sus conexiones con otros fenómenos mediante el raciocinio y la comprobación a través de la demostración y verificación. (34).

Existen conocimientos referentes a entes abstractos ideales, que sólo existen en la mente humana; conocimientos que están representados por signos y relaciones entre ellos por ejemplo los números y los símbolos que sirven para asociarlo, en las operaciones aritméticas estos conocimientos, son objeto de las ciencias formales. Por otro lado, existen conocimientos referentes a sucesos, procesos y objetos que existen fuera de la mente humana (peso, talla, volumen,) estos conocimientos son objeto de las ciencias fácticas como por ejemplo: biología y física. (5).

Ambos tipos de conocimientos y ciencias se diferencian para fines de comprensión, pero en realidad se complementan y mezclan en la vida cotidiana y como ya se señaló, da lugar a la adquisición de conocimientos nuevos mediante la aplicación del método científico. En la enorme literatura, por lo menos se mencionan tres niveles en los que se emplea el término de "Metodología de la Investigación y el Método Científico". Estos tres niveles no quedan claramente delimitados y se interrelacionan mutuamente, los niveles son: Nivel filosófico, Nivel Metodológico y Nivel Metodológico Específico. El Nivel Filosófico de la ciencia, donde hay una posición materialista, en el sentido de que existe un mundo real cuyas características son absolutamente independientes de nuestros deseos y opiniones. La Dialéctica es una característica de la naturaleza y el propio método. (9).

Así en la metodología de la investigación se va a presentar una lucha de contrarios que en un proceso ascendente de superación, produce cambios de cantidad en calidad. No se puede ser totalmente objetivo o totalmente subjetivo; de aquí el rechazo tanto del empirismo como del racionalismo, se tienen hechos y teorías. Hay constantes análisis y síntesis, se pasa de la inducción a la deducción y viceversa, se generaliza y particulariza. El desarrollo es individual y es social. El nivel metodológico general, el que considera a la metodología como un proceso no lineal; no se sigue un orden pre-establecido estricto que consta de las etapas interrelacionadas siguientes: Problema, marco teórico empírico, hipótesis, diseño de la investigación, ejecución, análisis y síntesis de la información, ejecución, análisis y síntesis de la información, discusión, conclusiones, informe y generación de nuevos problemas y reinicio del proceso. (29).

Todos estos puntos se abordarán mas adelante en forma más amplia. En el nivel metodológico específico este es el tercer nivel y se ubica a la estadística que provee métodos para diseñar la investigación y para analizar la información de igual manera, se aborda más amplio posteriormente. Así de acuerdo a la estructura de una ciencia, nos encontramos a la Medicina y al especificar el área de ésta, donde se realizaron las actividades - se menciona a la Epidemiología.

2.- O B J E T I V O S .

-Realizar un informe final como requisito para realizar el exámen profesional y obtener el título de licenciatura en Enfermería.

-Informar las actividades realizadas durante el Servicio Social.

-Dar a conocer como se integran los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos durante la carrera, en el Servicio Social.

-Dar a conocer los nuevos conocimientos adquiridos durante el desarrollo del Servicio Social.

3. MARCO TEORICO.

3.1 La Epidemiología.

La epidemiología es una disciplina médica que tiene una importante orientación hacia la investigación en cuanto a la distribución y determinantes de la enfermedad o su prevalencia del hombre. La definición indica las áreas principales, el estudio de la distribución de las enfermedades y la búsqueda de los determinantes de la distribución del estado de salud, en términos de edad, sexo, raza, geografía, etc. podría ser considerada como una extensión de la disciplina de la demografía, del campo de la salud y de la enfermedad. La segunda comprende la interpretación de la distribución en términos de los posibles factores causales. Sus objetivos son: el conocimiento de la distribución de la enfermedad, puede ser utilizado para dilucidar los mecanismos causales, explicar las características locales de la ocurrencia de la enfermedad o bien, servir de guía durante la administración de los servicios de salud. (25).

De otra manera se observa que la epidemiología se vale de otros conocimientos científicos para su apoyo, como es el uso de método científico, la estadística y otras.

Las actividades se realizaron en la unidad de epidemiología en el área de investigación de la salud; dentro de esta unidad se encuentra la coordinación de investigación que se divide en secciones: La de salud mental, salud bucal, de enfermedades transmisibles y la de estudios de tensión arterial. En las secciones de salud ambiental, se llevan a cabo investigaciones de alteraciones neuropsicológicas, y exposiciones crónicas al plomo, detección temprana de alteraciones broncopulmonares en estudiantes de la Facultad de Medicina y análisis de morbilidad y mortalidad en zonas rurales, en la sección de estudios de tensión arterial, se investiga sobre los valores de tensión arterial en adolescentes. En la sección de salud mental, se investiga sobre la prevalencia de trastornos depresivos en estudiantes de la Facultad de Medicina.

La colaboración fué en la sección de salud mental en el área de investigación socio-médica, donde el título del proyecto es: "Prevalencia de trastornos depresivos en Estudiantes de la Facultad de Medicina." Este protocolo nos habla de características importantes dentro de la salud mental, la primera que son los trastornos depresivos, a continuación mencionaremos la importancia y se menciona a los estudiantes de Medicina que consisten en jóvenes en la terminación de la adolescencia

.Cencia y debido a las condiciones que necesitan para el desarrollo de - estudio lo hace una población más susceptible. En el transcurso de este in - forme se hablará más adelante de este asunto.

Entenderemos aquí por investigación socio-médica toda aque - lla investigación que considere aspectos médicos y sociales. Bajo este criterio la mayoría de las investigaciones clínicas son socio-médicas ya que deben considerar aspectos socio-económicos de los pacientes, igual - mente las investigaciones epidemiológicas clásicas caen en la misma con - sideración. Así mismo de las investigaciones sobre tipo de administración y efecto de los servicios de salud. (27).

Al entrar al campo de salud mental se explica con más clari - dad la importancia de la investigación, dando antecedentes de lo reali - zado en este campo.

Por la aplicación de la epidemiología al campo de los desor - denes conductuales, psíquicos y mentales y en virtud de que los procedi - mientos psiquiátricos obedecen a la intervención biopsico-social surgi - endo así una psiquiatría social. El campo de acción de la psiquiatría se ha extendido a la comunidad siguiendo como meta la prevención de una condición de alineación en los enfermos psíquicos.

El I.M.S.S. observó que la demanda de consulta por transtor - nos neuróticos, aparece dentro de los primeros 10 lugares. Esto obliga a generar servicios psiquiátricos y de salud mental así como una vigilan - cia epidemiológica utilizando elementos como: Mortalidad y suicidios por violencia. La morbilidad constituye un elemento principal, la investiga - ción permite delimitar indicadores clínicos y para-clínicos con la fina - lidad de retroalimentar la información, esto complementarlo con investi - gaciones epidemiológicas de campo (Obtención de encuestas). También la utilización de medicamentos sicotrópicos es un elemento orientador acer - ca de la magnitud de las alteraciones que se presentan en los servicios de salud. (6).

3.2 La Depresión.

La depresión es una de las enfermedades más comunes a las - que está sujeta la humanidad . Paradójicamente que sea el síntoma que con más frecuencia pasa inadvertido y cuando se reconoce, probablemente sea el síntoma simple peor tratado en la práctica clínica. (12). Ocupa el 8° lugar dentro de los principales trastornos mentales en 1981, en el primer nivel de atención en la Ciudad de México. (15).

La depresión se refiere tanto a un síntoma como a un grupo de enfermedades que tienen ciertos rasgos en común. En cuanto síntoma la depresión describe un tono afectivo de tristeza acompañado de senti - mientos de desamparo y amor propio reducido. El individuo deprimido siente que su seguridad está amenazada, que es incapaz de enfrentarse a sus problemas y que otros no pueden ayudarlo.

.encia y debido a las condiciones que necesitan para el desarrollo de - estudio lo hace una población más susceptible. En el transcurso de este in - forme se hablará más adelante de este asunto.

Entenderemos aquí por investigación socio-médica toda aque- lla investigación que considere aspectos médicos y sociales. Bajo este criterio la mayoría de las investigaciones clínicas son socio-médicas ya que deben considerar aspectos socio-económicos de los pacientes, igual- mente las investigaciones epidemiológicas clásicas caen en la misma con- sideración. Así mismo de las investigaciones sobre tipo de administración y efecto de los servicios de salud. (27).

Al entrar al campo de salud mental se explica con más clari- dad la importancia de la investigación, dando antecedentes de lo reali- zado en este campo.

Por la aplicación de la epidemiología al campo de los desor- denes conductuales, psíquicos y mentales y en virtud de que los procedi- mientos psiquiátricos obedecen a la intervención biopsico-social surgi- endo así una psiquiatría social. El campo de acción de la psiquiatría se ha extendido a la comunidad siguiendo como meta la prevención de una condición de alineación en los enfermos psíquicos.

El I.M.S.S. observó que la demanda de consulta por transtor- nos neuróticos, aparece dentro de los primeros 10 lugares. Esto obliga a generar servicios psiquiátricos y de salud mental así como una vigilan- cia epidemiológica utilizando elementos como: Mortalidad y suicidios por violencia. La morbilidad constituye un elemento principal, la investiga- ción permite delimitar indicadores clínicos y para-clínicos con la fina- lidad de retroalimentar la información, esto complementarlo con investi- gaciones epidemiológicas de campo (Obtención de encuestas). También la utilización de medicamentos sicotrópicos es un elemento orientador acer- ca de la magnitud de las alteraciones que se presentan en los servicios de salud. (6).

3.2 La Depresión.

La depresión es una de las enfermedades más comunes a las - que está sujeta la humanidad . Paradojicamente que sea el síntoma que con más frecuencia pasa inadvertido y cuando se reconoce, probablemente sea el síntoma simple peor tratado en la práctica clínica. (12). Ocupa el 8° lugar dentro de los principales trastornos mentales en 1981, en el primer nivel de atención en la Ciudad de México. (15).

La depresión se refiere tanto a un síntoma como a un grupo de enfermedades que tienen ciertos rasgos en común. En cuanto síntoma la depresión describe un tono afectivo de tristeza acompañado de senti- mientos de desamparo y amor propio reducido. El individuo deprimido siente que su seguridad está amenazada, que es incapaz de enfrentarse a sus problemas y que otros no pueden ayudarle.

Todas las facetas de la vida, emocionales, cognoscitivas, fisiológicas y sociales, podrán verse afectadas. (24).

La depresión mental es una enfermedad que se caracteriza esencialmente por la sensación de tristeza profunda, de abatimiento de opresión, de decaimiento del ánimo, que conduce a ver la vida y así mismo como algo negativo e insoportable. En la práctica clínica la depresión se presenta con síntomas psicológicos y somáticos. Entre los síntomas psíquicos destacan : tristeza (95%), Ideas obsesivas de culpa y auto-acusación (80%), ansiedad (75%), llanto (72%), Insomnio (97%), Estreñimiento (80%), Pérdida de peso, disnea (75%), entre otros síntomas. (12).

Hay otros autores que refieren que humor triste no es la depresión. El que una persona diga: "Me siento triste, deprimido, taciturno, desmoralizado, desalentado, sin esperanza, asqueado, vacío, agotado". No quiere decir forzosamente que se atraviese una auténtica depresión.

La depresión es un estado duradero. Dura al menos algunas semanas. Quien se sienta triste de vez en cuando, durante algunas horas, no padece de depresión. (13).

Grupos en que se ha clasificado la depresión:

1.-Endógeno o retardado: Pay Kel, ansioso hostil.

Neurótico, agitado, con afección de la personalidad.

Sub-tipos de depresión: Depresión mayor, menor, endógena y situacional.

Son importantes dos componentes de la clasificación de - la depresión, la secuencia y tipo de síntomas, las diferentes en dos sub-tipos son probablemente a la vez cuantitativas y cualitativas, o sea continuas o categóricas.

Otros que el grupo unipolar es más heterogéneo, los sub-grupos unipolar I y bipolar han sido modificados por numerosos autores en base a la distinción neurótico psicótica.

Winokur y Cois. (1971-1975) sugirieron refinar la clasificación utilizando la edad en que se inició el problema se distingue así entre enfermedad depresiva pura en mayores de 40 años con parientes de primer grado de ambos sexos, que tengan una historia familiar positiva y enfermedad del espectro depresivo en: (Mujeres de 40 años con parientes femeninos de primer grado que tengan depresión y parientes masculinos de primer grado con alcoholismo o sociopatía).

Zubin ha señalado que pueden emplearse no menos de seis clases de modelos al diseñar una clasificación psicopatológica.:

a) Socio-culturales

b) Genéticos

c) Neurofisiológicos

d) Evolutivos; 5

e) Basados en procesos de cambio conductual.

Ellos darán lugar a diferentes esquemas clasificatorios (Puede variar según el propósito, precisar etiología, predecir evolución o seleccionar terapéutica. Sin embargo en general aceptamos que una clasificación cumple su propósito, si permite precisar la intensidad del trastorno y distinguir los sub-grupos homogéneos desde el punto de vista de la etiología, el pronóstico o el Tx.

Mencionaremos algunos sistemas nosológicos:
Mobius (1893) trastornos endógenos
y trastornos reactivos.

Kraepelin-----depresiones psicogénicas
y depresiones endógenas.

Gillespie (1929) Desordenes autónomos y
desordenes reactivos.

Observando que la personalidad premórbida de los primeros era a menudo más equilibrada y normal que la de los segundos.

Nota: El término endógeno casi implica la idea de mayor severidad. (12).

La epidemiología y las correlaciones de depresión fueron medidas en una muestra representativa en la escuela pública en el estado de Nueva York y una sub-muestra igual con sus padres en general la muestra de los adolescentes presentó mayor depresión y esta prevalece en las chicas. Esto es porque los adolescentes sufren de periodos de tensión en su ciclo de vida.

Una característica de la investigación es que el padecimiento que se trata de investigar es el de depresión pero esta en sí no es una patología específica o con unas cuantas características que permiten identificarla fácilmente y conocer su verdadera etiología.

Esto da lugar a diferentes esquemas clasificatorios según el propósito : Precisar etiología, predecir evolución o seleccionar terapéutica. Sin embargo en general aceptamos que una clasificación cumple su propósito si permite precisar la intensidad del trastorno y distinguir los sub-grupos homogéneos desde el punto de vista de la etiología, el pronóstico ó el tratamiento.

Mencionaremos algunos sistemas nosológicos. Mobius (1895) la clasifica en trastornos endógenos y trastornos reactivos.

Kraepelin en depresiones psicogénicas y endógenas; y -
Gillespie (1929) en desordenes autónomos y desordenes reactivos.

Observando que la personalidad premórbida de los primeros era a menudo más equilibrada y "normal" que la de los segundos.

Rosenthal y Klerman (1966) presentaron una lista de nueve atributos sintomáticos que caracterizan a la depresión endógena entre las cuales se destaca:

- 1.-El despertar precoz.
- 2.-La pérdida de apetito.
- 3.-El retardo psicomotor.
- 4.-La pérdida de peso.
- 5.-Los síntomas viscerales; y
- 6.-El ritmo diurno con mayor intensidad matutina.

Strauss (1975) sugiere considerar sistemas multi-axiales de clasificación: 1) Síntomas; 2) Circunstancias asociadas con los síntomas; 3) Evolución previa y duración de los síntomas; 4) Calidad de las relaciones inter-personales; 5) Calidad de la capacidad de trabajo, tales esquemas multiaxiales se encuentran ampliamente extendidos; sin embargo, no resuelven por sí mismos la disyuntiva esencial que es basar la nosología en tipos rígidos o en dimensiones cuantitativas.

Algunos investigadores han adoptado una taxonomía genética de los trastornos bipolares y unipolares junto con la conducta fenotípica del hombre se toma en cuenta la historia familiar. (12).

La depresión endógena constituye claramente un grupo separado, pero los intentos para definir otros sub-tipos son controvertidos. En este estudio las categorías no corresponden claramente a las categorías clínicas o de investigación no son validadas por el tratamiento específico y no se muestran como categorías independientes; los síntomas usados para el diagnóstico de depresión endógena son: insomnio terminal, pérdida de apetito, pérdida de peso, retardo psicomotor y variación diurna, (Grupo I). Otros; pérdida de interés, falta de reactividad del afecto e incapacidad de sentir placer (Grupo III). El grupo II con cavidad emocional y reactividad que incluía coraje subjetivo, acceso temperamental y abuso del alcohol durante el episodio depresivo, tendencias suicidas. (2).

En la depresión la intensidad del pesar está en función de la intensidad del cariño, los pensamientos están preocupados por la pérdida. Las personas y los objetos que recuerdan lo perdido se conservan como un tesoro. Una actitud de busca activa da como resultado sueños, falsas identificaciones, enfermedades e incluso alucinaciones.

Por el contrario hay una desaparición del interés por todo lo que no esté conectado con lo perdido. Hay una tendencia a la revisión compulsiva de los cuentos que llevaron a la pérdida, es decir un proceso de recordar doloroso y repetitivo. Esta forma parte de una necesidad de encontrar un sentido a la pérdida. También es un tipo de proceso inmunizante para poder determinar el trauma de la pérdida. Y es parte de la que Freud llamó la elaboración del duelo. (12). Según dicha teoría de Freud, existen tres instancias principales en el Psiquismo.

1) En primer lugar lo que se llama el "Ello", es decir las pulsiones vitales, los instintos fundamentales, la respiración, la nutrición, la sexualidad, las funciones excrementales, en suma todo lo que nos impulsa a vivir.

2) En segundo lugar, el "yo" que es la parte del individuo en contacto con la realidad a través de los órganos sensoriales, el yo se relaciona con el mundo exterior mediante la vista, el oído, el tacto, el olfato y el gusto, por lo tanto el yo depende del interior, pero se haya en contacto con el exterior. El yo es comparable con el director general de una sociedad; tiene que lograr el compromiso entre el interior y las exigencias exteriores y al mismo tiempo desarrollar la empresa, para controlar el conjunto dispone de los informes proporcionados por los órganos de los sentidos que podrán considerarse como los diferentes servicios de su sociedad.

3) Por último tenemos el super yo, en relación con la autoridad, los padres y la sociedad, el super yo es el policía, el juez que llevamos dentro de nosotros. Representa "La conciencia moral". El super yo actúa sobre el yo mediante el sentimiento de culpabilidad. El ideal del yo actúa sobre el yo gracias a un sentimiento de vergüenza. En el super yo se distingue a una parte a la que se denomina "El ideal del yo" Es decir que el individuo querría llegar a ser.

En general ser como el padre o como la madre o la combinación de ambos.

La causa de depresión es un conflicto entre los deseos profundos del individuo y la realidad; o bien un conflicto entre el ello y el super yo frente a la realidad.(1).

La depresión es el resultado de la incapacidad del ego para comprender la pérdida de un objeto significativo, es la pérdida, se percibe como pérdida de sí mismo y conduce a la ruptura de la homeostasis de las funciones psico del ego, experimenta sentimientos de abandono o aniquilamiento, automáticamente se generan mecanismos de defensa y también de restauración. Tales mecanismos sólo operan cuando ha logrado el desarrollo adecuado del aparato psíquico y se expresan claramente en el proceso del duelo.(35).

La depresión lo mismo que el duelo ha formado su parte del funcionamiento mental. A partir del momento en que hay algo importante que perder, se corre el riesgo de una depresión. Ese algo importante puede ser alguien querido, un trabajo o incluso la estima del yo.

Toda situación que provoca un sentimiento de culpabilidad sirve de palanca a la depresión. Porque los fundamentos de la depresión son la culpabilidad, la pérdida de la propia estima, el sentimiento de fracaso respecto al ideal del yo, el replegarse en sí mismo.

Todos estos elementos se presentan muchas veces mezclados en el mismo individuo por la simple razón de que se hallan estrechamente vinculados. (13).

El crecimiento y desarrollo del aparato psíquico culmina al término de la adolescencia con la síntesis de una estructura de carácter independiente para que el proceso del duelo pueda completarse.

Existen cinco etapas de duelo, que corresponden al desarrollo psíquico son: Negación (Pre-simbiótica), depresión (Simbiótica), separación (Individuación), igual, ira hacia el objeto perdido, (edípica-fase de latencia) y reconstrucción (término de la adolescencia).

Cuando normalmente se restaura el equilibrio del ego y la respuesta de la persona se considera una reacción depresiva normal. Pero cuando son cuantitativa y cualitativa deficiente ya sea por trastornos en el crecimiento y desarrollo temprano del aparato psíquico, las etapas del duelo no se complementan y puede establecer la depresión clínicamente. (35).

Las manifestaciones clínicas se pueden manifestar u observar en casi toda la personalidad, que se traslape o sobreponga a muchos otros cuadros patológicos: Algunas manifestaciones son: Área emocional; abatimiento del humor, sentimientos negativos hacia sí mismo, disminución de la satisfacción o el interés a estímulos que anteriormente habían sido gratificantes, ataques de llanto.

Alteraciones Cognoscitivas. Percepción de un autocepto negativo que incluye pérdida de la autoimagen, expectativa de ser derrotado o rechazado, autocritica exagerada, autculpabilidad, distorsión de la imagen corporal e indecisión paralizante.

En el terreno de la motivación, el futuro pierde significación y concurren ideas de evitación, escape o retirada, que cuando son muy intensas pueden conducir a la farmaco-dependencia o al suicidio como complicación.

Manifestaciones neuro-vegetativas y físicas, pérdida de apetito, insomnio, disminución de lo líbido, o del deseo sexual y otros.

Actividad psicomotora: Agitación, lentificación de movimientos a esto en forma psicótica, delirio y alucinaciones. (35).

En los síndromes depresivos tempranos, o moderados el paciente trata activamente de aliviar sus sufrimientos, solicita ayuda de los demás o trata de resolver sus problemas reconquistando magica mente un objeto de cariño perdido o reforzando su vigor. A medida que la depresión se hace más crónica o más grave, el paciente renuncia. Tiene la impresión de que los demás no quieren o no pueden ayudarle, y de

que las cosas nunca más mejoraran. Los síndromes clínicos de la depresión van desde psicosis graves a reacciones neuróticas y de adaptación moderadas.

El suicidio, complicación dramática de las depresiones serias, constituye un fenómeno de importancia capital en la comprensión del funcionamiento psicológico de la persona deprimida. (24).

3.4.-Adolescencia y Depresión:

La depresión en los adolescentes es una área relativamente abandonada por la investigación. En el capítulo dedicado a desordenes durante la adolescencia en el volumen de: Psiquiatría Infantil, Graham y Rutter (notaron) que la falta de estudios de la población en general fomenta la prevalencia de desordenes psiquiátricos en los adolescentes.

Tres artículos que incluyen estudios depresivos son los de Rutter y Graham y colaboradores. Estudio de Isle of Wight, los de Kropinski en Australia y el de Leslie en Inglaterra.

Esta investigación nos lleva a tres salidas o conclusiones:

1.-El Sexo y la edad influyen en los niveles de la depresión entre sus padres y los adolescentes y también interviene en nuestros resultados de la interpretación psicosocial del adolescente. La investigación muestra que la proporción de los adolescentes que fueron delincuentes y/o deprimidos, en ambos sexos fué idéntica. Además el porcentaje de delincuencia fué mayor en chicos 68% que en chicas 57% y el porcentaje de depresión fué 36% contra 56% respectivamente.

El estudio muestra que la depresión se manifiesta entre los 18 y los 20 años y que aparece primero en hombres que en mujeres (19). En este momento habría que hablar de ese periodo que ocupa el estudio de la adolescencia, que es privativa de los seres humanos, algunos piensan que lo es también de nuestra cultura: el resto de los mamíferos alcanza la madurez sexual temprano, pero el hombre con su larga etapa de dependencia la alcanza mucho más tarde. Es así que la función sexual asume ciertas características peculiares del hombre. Esto se refiere al hecho de que el hombre es un animal social y en su estado elevado de madurez puede encontrar una integración equilibrada entre su responsabilidad social y su naturaleza sexual.

Cassorla y Koobel insisten en que la base del desarrollo del proceso de la adolescencia reside en un substrato depresivo, pueden los procesos de duelo adolescentes por el cuerpo y la identidad infantil y por la imagen idealizada de los padres que dan estructura a la personalidad e impulsan la búsqueda de una identidad adulta por medio de la elaboración depresiva, pueden fracasar conduciendo a una patología depresiva, maniaco depresiva o psicopática. (7).

La adolescencia por lo tanto es el periodo en el que el joven lucha por encontrar este equilibrio dentro de sí mismo. Es una etapa de conflicto, tensión y angustia, así mismo también de la autorealización y logros.

La adolescencia termina gradualmente con el comienzo de la vida adulta alrededor de los 18 años en nuestra cultura. El fin de la adolescencia puede manifestarse más tempranamente debido a que el individuo asume las responsabilidades sociales y económicas del adulto, puede prolongarse hasta la mitad de la tercera década y más cuando se ha terminado la educación universitaria. A medida que el joven crece, el lapso en que ocurre un paso específico en el desarrollo se amplía. (26).

En un adolescente se sospecha de depresión si observa - farmacodependencia, violencia exagerada, tendencia a realizar conductas impulsivas, inconcientes, reacciones sadomasoquistas, conflictos graves de la autoridad y de identidad.

El tratamiento del adolescente deprimido debe ubicarlo en el ambiente que impera su propio desarrollo, en congruencia con sus relaciones familiares y del grupo al que pertenece. El grupo como tratamiento da oportunidad al adolescente de verse con otros, de no sentirse extraño ni confundido, de recibir opiniones, que pueda aceptar con mayor facilidad. (35).

3.5. Factores Predisponentes:

El hombre moderno se enfrenta cada vez más con dificultades para adaptarse a un mundo agresivo e inestable, el automóvil ha transformado la configuración de nuestras ciudades. Nuestro medio ambiente saturado de humo y de ruido, el ritmo frenético impuesto por una competencia que no perdona, las ondas sobrecargadas de música y de información, la ampliación del espacio y la rapidez de los medios de comunicación nos acosan por todos lados. Las perspectivas para el futuro no son mejores y el hombre angustiado cada vez más encuentra menos recursos en sí mismo, en su medio familiar o en su pareja para salir de este confuso sentimiento de inseguridad.

Según nuestra naturaleza, a estas agresiones permanentes reaccionamos por la violencia, el refugio, el alcohol o en las drogas, el síntoma psicósomático... pero también en un gran número de casos por la depresión. (13).

Cada vez que se habla de la depresión y del papel del yo en contacto con el exterior, se hace referencia a la posición del individuo con relación a la sociedad. Esto es evidente y que existe un malestar en la civilización industrial, en las culturas tribales, cada uno ocupa un puesto muy preciso en el grupo y una vez que lo tiene asignado, se trata de un estado definitivo que le da derecho a la protección permanente del grupo. Precisamente a causa de eso, se producen menos depre -

siones. Mientras que en la civilización industrial se mantiene una situación de rivalidad continua, a causa del progreso científico, tecnológico, los hijos se ven siempre en la obligación de superar a sus padres. No existe ese estado estable y definitivo de la tribu, con sus roles, sus funciones, sus posiciones. En la sociedad industrial se les pide siempre más a los hijos. No sólo tienen que igualar a sus padres, sino que deben ascender en la escala social. Y por lo consiguiente nuestra sociedad es más exigente y generadora de angustias. Lo que supone un factor general de malestar y de conflicto. Por otra parte la civilización industrial es directamente responsable de un cierto número de estados depresivos que la caracterizan; el exceso de trabajo, de técnicas y dirigentes, las depresiones postraumáticas de los accidentes de circulación, (Centenares de miles de heridos al año), los estados depresivos derivados del alcoholismo y las drogas, los provocados por tratamientos médicos, empleo abusivo de nerolépticos, las depresiones vinculadas al parto, a la competición escolar y universitaria. (13).

Según apuntan varios autores, los grupos socio-económicos bajos tienen mayores cifras de esquizofrenia, están más deprimidos y más ansiosos, presentan mayor morbilidad para casi todas las enfermedades y las diferencias no disminuyen con el tiempo, ya que en los últimos 40 años se han mantenido o tienden a aumentar. Hay duda si las diferencias son explicables en parte a la inadecuación de los servicios médicos o al ambiente físico tóxico y dañino. Se recomienda identificar otros factores que afectan la susceptibilidad de la enfermedad y comprometen los sistemas defensivos del organismo. Se mencionan entre ellos al stress, movilidad cultural y social, ciertos eventos vitales, diferencias en la manera como se encara al stress y los problemas de la vida cotidiana. Este último factor se relaciona con el consumo de cigarrillos y la obesidad. Los cambios de vida son más frecuentes en las clases bajas.

Se trataría pues de caracterizar a el ambiente psicológico y social que incrementa la vulnerabilidad a una serie de enfermedades y condiciones y al hacerlo habría que cuidar:

- 1) Describir los sub-grupos al interior de las clases bajas.
- 2) Discriminar entre variables físicas y sociales del ambiente.
- 3) Procurar usar medidas de la posición de clase, que no sean afectados tanto por la enfermedad.
- 4) Investigar las formas en que el soporte familiar y social mediante el impacto de los eventos vitales y estresantes y la ocurrencia de la enfermedad.

En resumen no limitarse al estudio de factores de riesgo específicos sino abarcar los hechos generales de los ambientes de las clases bajas que comprometen la defensa y entonces afectan la salud y el bienestar en general. (37).

Existen factores que pueden influir como importante amortiguador contra los trastornos depresivos, es el soporte social que puede recibir el individuo de su familia, amistades o instituciones en situaciones de stress que requieren de mecanismos adaptativos. (20).

El stress considerado como uno de los problemas de salud de las grandes ciudades, afecta a todos los individuos, sin embargo los seres humanos tienden a desarrollar una capacidad de adaptación.

Este fenómeno para esto depende de que la gente que se defiende mejor ante el stress es la organizada y la que tiene una buena alimentación; dado que las hormonas son sustancias que protegen al organismo de desequilibrios provocados por el stress, tales como debilidad, falta de interés, cambios en la frecuencia cardiaca y respiratoria y trastornos en la digestión. Un investigador del I.M.S.S. encontró que hormonas producidas tanto en el ovario como en el testículo llamados androgénicos tienen un papel muy importante para contrarrestar los efectos del stress, debido a que estos tienen la facultad de ser sustancias anabólicas que proporcionan vigor y fuerza. De tal manera que explica en la lucha del acomodo del buen vivir, donde se crea un factor preocupante en la lucha social, crean un desequilibrio interno que dan como resultado; inestabilidad emocional y un cambio de conducta. (8).

Por lo anterior se deduce que el ambiente social y el nivel económico predisponen a la persona a un desequilibrio.

En 1962 el profesor Beck y su grupo publicaron tres estudios sobre la replicabilidad de los diagnósticos psiquiátricos. Esto mostro cierta mejoría debido a que excluyeron enfermedades mentales orgánicas. Analizaron las razones del desacuerdo en el diagnóstico donde 5% de desacuerdo fueron débiles a inconsistencia de los pacientes, pero la más seria de las dificultades fué en la especificación de signos y síntomas, se encontró un 63% de desacuerdo debido a lo inadecuado de DSM I dado que en el no hay un criterio claro acerca de como comparar categorías diagnósticas.

Después de 20 años y en base a estos resultados entonces sugirió la estrategia para mejorar la replicabilidad de los diagnósticos psiquiátricos en especial el campo de la depresión.

- 1) Revisar el DSM I para precisar criterios de comprobación.
- 2) Mejorar el DSM con un enfoque multidimensional como un ejemplo desarrollar el Beck Depression Inventory. (BDI).

Aún cuando 10 años antes Spitzer y Fleiss hicieron una importante contribución al análisis estadístico inter-observador al introducir el llamado coeficiente Kappa. (El cual aumenta la proporción de acuerdos observados entre pacientes no clasificados como neurótico (o depresivos) la cual es una diferencia clínicamente significativa.

Por su parte el grupo Filadelfia construye entre sí el BDI el cual fue un intento por definir una dimensión de estados depresivos independientemente del diagnóstico. El inventario es una escala autoaplicable que cubre 21 Items. Durante años ha estado entre las más populares, se ha demostrado que la escala es sensible para detectar los cambios que producen diferentes terapias; elimina muchos de los desacuerdos inter-observador. (3).

Los estudiantes de Medicina, en la primera experiencia con pacientes psicóticos; perdieron temporalmente su capacidad de diferenciarse de los enfermos, de sus hábitos y de sus parientes (enfermos) pero respondieron a terapia corta.

El 5% desarrollo los diagnósticos ante la transgresión ética de los profesores (Favoritismo, tratar a los estudiantes como pacientes, referir a familiares de los estudiantes a su consulta, y establecer relaciones amorosas con los estudiantes.

Otras causas fueron obstaculizadas por la patología del estudiante: Y fueron: Anatomía, pediatría (Identificación con el niño asustado. Diagnóstico clínico, sexualidad en Medicina.).

La autora se cuestiona porque el 94% de los estudios antes citados fueron mujeres y si estas son más susceptibles a lograr una sobreidentificación con los pacientes psiquiátricos.

La Psiquiatría demanda del estudiante identificación con el médico y con el paciente. Las dificultades ocurren cuando el estudiante pierde su capacidad para mantener el balance entre estas dos identificaciones.

Los estudiantes que han tenido enfermedad mental deteriorante en familiares cercanos tienen dificultad para diferenciarse ellos mismos de sus pacientes. También los que empiezan su introducción a la Medicina Clínica son más vulnerables a la sobreidentificación con los pacientes Psiquiátricos.

El profesor que trata al alumno como paciente o pareja, interfiere la identificación del estudiante con el profesor. (22).

Dados los requerimientos de su formación la población estudiantil adolescente, de la licenciatura de Medicina, es la más susceptible de presentar depresión; todo esto constituye motivos para que sean objetos de estudio.

3.6. Metodología de la Investigación:

Para dar una forma amplia y que de alguna manera se enunciará lo aprendido, el reporte de las actividades será de tal manera que se explicará cada paso en una investigación y se ejemplificará con las actividades realizadas en el servicio.

Se considera a la Metodología como un proceso no lineal es decir no se sigue un orden pre-establecido estricto que consta de las etapas inter-relacionadas (Problema, marco teórico empírico, hipótesis, diseño de la investigación, ejecución, análisis y síntesis de la información, discusión, conclusiones, informe, generación de nuevos problemas y reinicio del proceso. (29).

El proceso más importante de la Epidemiología es adquirir conocimientos acerca de los mecanismos causales que pueden constituir la base de las medidas preventivas contra las enfermedades que en el presente no son estables, esta meta englobó una serie de objetivos subsidiarios.

La concentración del esfuerzo sobre las enfermedades parece estar indicada por urgente necesidad de conocimiento que conduzca a su prevención, así como por las diferentes prácticas que se presentan en la investigación cuantitativa de conceptos que no han sido definidos ni en la clínica, ni en la patología, ni en otros términos operativos.

Gran parte del trabajo está orientado hacia la investigación de los factores causales, los mismos métodos se utilizan en estudios que tratan de identificar los factores relacionados en el curso de una enfermedad, una vez declarada. Algunas veces permiten hacer deducciones acerca del curso y la duración de una enfermedad. (25).

Según la metodología epidemiológica la primera etapa es la de observación, donde se clasifican los objetivos que se estudian de acuerdo con la presencia o ausencia de algún atributo, donde haya sido suficientemente estudiado y reconocido. (Cualificación).

En la segunda etapa se establece la relación entre los objetos estudiados de acuerdo con la intensidad con que se presentan el atributo en cuestión en la etapa final de la observación lleva a medir la intensidad del atributo a una escala numérica. Primero disponer de una descripción cualitativa, clara que permita separar diferentes procesos patológicos antes de pasar a la cuantificación de la enfermedad.

De la observación de un hecho o serie de hechos se induce a una teoría y de la teoría se deducen una serie de conclusiones que son sometidas a experimentaciones. La epidemiología busca identificar la naturaleza y el modo de la acción de los factores causales de la enfermedad como paso indispensable para prevenir y evaluar procedimientos y al intervenir sobre aquellos factores sirven para el control de las enfermedades. (14).

El primer paso para un protocolo de investigación es el planteamiento del problema.

Antes de definir el problema a estudiar es importante considerar algunos aspectos negativos que el investigador debe evitar como: Presentar enfoques eminentemente teóricos y desligar de la realidad los problemas que interesa estudiar, concentrar las tareas de inves

gación sobre problemática ampliamente explorada o copiar modelos extranjeros para estudiar situaciones nacionales sin un análisis adecuado de la realidad.

Dentro de lo posible se deben reunir las características como la de poseer una verdadera y amplia proyección social y que tenga la posibilidad de reflejarse en la transformación de la sociedad. También el de ofrecer ideas, hipótesis o lineamientos utilizables en estudios futuros.(33).

Habría que señalar tres criterios para el planteamiento del problema. Deberá expresar una relación entre 2 o más variables debe formularse claramente y sin ambigüedades el problema y la formulación del mismo deben de ser tales que impliquen las posibilidades de comprobación.(21).

Definir la importancia del problema es cuantificar su extensión y equivale por que se va a estudiar, un investigador puede avocarse al estudio de un problema por razones éticas, estéticas, o metafísicas pero la mayoría de las veces es deseo utilitarista el que lo guía.

De acuerdo a la investigación que se realizó durante el Servicio Social cuyo título es: "La Prevalencia de Depresión es Estudiantes de la Facultad de Medicina". De acuerdo a esto el problema se resume así:

¿Cuál es la prevalencia de trastornos depresivos en estudiantes de la generación '87 en la Facultad de Medicina de la UNAM; cuales son los trastornos biopsicosociales que con mayor frecuencia se asocian a dichos trastornos; y cual es el o los patrones habituales de expresión de la depresión en este grupo?

El problema es en esencia la deficiencia de conocimiento para explicar o modificar o predecir una porción de la realidad o bien para observar y medir algún proceso.

Aquí se incluye el objetivo de la investigación, al plantear el problema interviene la teoría, los valores, los intereses, los instrumentos y los métodos específicos de que dispone el investigador. Al plantear el problema se aventura una hipótesis provisional o de trabajo y se visualiza la solución del mismo.(29).

Como siguiente paso en la determinación o formulación de los objetivos que para el método epidemiológico, estadístico, científico o el protocolo tiene el mismo valor o el mismo lugar; al establecer los objetivos es una parte fundamental de cualquier estudio ya que son los puntos de referencia o señalamientos que guían el desarrollo de una investigación. Al plantearlos es indispensable conocer que se pretende lograr, esto permite fijar objetivos debidamente fundamentados y susceptibles de alcance.

Los objetivos deben estar claramente expresados para evitar trastornos o posibles desviaciones en caso de ser objetos específicos, su formulación correcta dependerá del grado de claridad alcanzado.

Determinar los objetivos inmediatos es explicar el como se va a hacer la investigación es decir señalar la estrategia que se utiliza y los procedimientos generales que se usarán en el desarrollo de la misma.(5).

Determinar el objetivo final, significa dilucidar la posibilidad de aplicación práctica de la investigación, es decir explicar para que se realiza.

Los objetivos de la investigación de la Prevalencia de Depresión son:

a) Medir la Prevalencia de trastornos depresivos en la Generación '87 de la Facultad de Medicina de la UNAM.

b) Determinar la relación existente entre algunos factores biológicos, psicológicos y sociales. (Reconocidos como de riesgo en otras poblaciones). Y la presencia de depresión en este grupo.

c) Determinar si existen patrones diferenciales de expresión de la depresión de los estudiantes agrupados según sexo y presencia de depresión en el momento del estudio.

d) Investigar a los alumnos que presentan algunos trastornos depresivos a fin de posibilitar la realización posterior de un estudio en casos y controles.

Antes de proceder al estudio el investigador debe revisar todo cuanto sea posible, lo que al respecto se haya hecho con el fin de percatarse de lo que realmente se conoce sobre el y familiarizarse con las técnicas de estudio más convenientes para su propósito, pues en esta forma tendrá posibilidades de investigar con éxito lo que se propone.

No basta sin embargo todo cuanto sobre determinado tópico se haya escrito, sino que debe hacerse una cuidadosa evaluación de tales publicaciones.

Debe en primer lugar hacerse una búsqueda tan completa como sea posible haciendo uso de todos los medios bibliográficos al alcance, luego el material disponible se clasificará para su lectura para su lectura con tópicos afines, de acuerdo a la investigación que se realice.

La evaluación tiene dos partes: A) Evaluación de trabajos individuales y B) Evaluación conjunta del material estudiado.

Esta fase ayudará sobre manera a concretar la información en relación al problema a surgir o quizá la necesidad de modificar - el problema original en algún caso de modo que la investigación resulte más valiosa, útil, aplicable, etc.

Otros estudios de la misma área, pueden ofrecer numerosas sugerencias respecto a variables no previstas que deban ser controladas e indicar como controlarlas.

Las fuentes más accesibles son las bibliotecas y los centros de documentación e información, algunos de ellos ya computarizados y enlazados a centros de otros países como el SECOBI (Servicio de Consulta de Banco de Información), de CONACYT, el CICH (Centro de Información Científica y Humanística) de la UNAM, y el CENIDS (Centro Nacional de Información y Documentación de Salud) de la S.S.

El investigador en el área de la salud, abrirá y facilitará su labor en la medida que obtenga acceso a más amplias y precisas fuentes bibliográficas tanto nacionales, como internacionales, complementando así su información. (23).

De esta manera se forma lo que es el marco teórico que son los aspectos bibliográficos más importantes.

Se define hipótesis como la suposición que se admite provisionalmente para sacar de ella una consecuencia.

Rosenbluth afirma que el origen de la palabra es griego y significa poner abajo, someter, es decir aceptar provisionalmente - una afirmación acerca de algún hecho y relación fundamental.

En resumen, la hipótesis científica es aquella formulación que se apoya en un sistema de conocimientos organizados y sistematizados y que establecen una relación entre dos ó mas variables para - explicar si es posible predecir los fenómenos que se estudian. (34).

Kerlinger señala, que las mejores hipótesis son expresiones de la relación que hay entre variables y estas expresiones deben indicar claramente la necesidad de verificar o someter a prueba las relaciones expresadas.

Debe redactarse en forma afirmativa y como respuestas tentativas de solución a los problemas de investigación planteados, ya que vienen a ser los instrumentos de trabajo en la teoría.

Es necesario tener hipótesis claramente enunciadas de las cuales sea posible derivar las condiciones factibles de contrastación.

Con lo cual se obtengan conclusiones demostrables, deducibles lógicamente de la hipótesis. Que sean lógicas porque

son contrastantes a través de silogismos rigurosos y demostrables porque son reproducibles empíricamente mediante observación o experimentación.

A diferencia de la investigación bio-médica y clínica en la sociomédica es más frecuente encontrar que la hipótesis se refiere a que pueden ser motivo de experimentación variables tales como fenómenos sociales o económicos.

La hipótesis en este campo frecuentemente plantea como explicaciones, operativas, con respuestas más probabilísticas que determinísticas y manera de correlaciones más o menos estrechas entre diversos factores que se suponen influyentes en una determinada situación de salud o enfermedad colectiva. (21).

La epidemiología persigue el propósito práctico de descubrir relaciones que ofrezcan posibilidades para la prevención de las enfermedades y para este propósito se puede definir una asociación causal como la existente entre dos categorías de eventos, en la cual se observa un cambio en la frecuencia o en la cualidad de uno que sigue a la alteración del otro.

En su forma ideal una hipótesis epidemiológica debería especificar:

- 1.-La población, o sea las características de las personas a quienes se aplica la hipótesis.
- 2.-La causa que se está considerando o sea la exposición específica al ambiente.
- 3.-El efecto esperado o sea la enfermedad.
- 4.-La relación entre la dosis y la cantidad de causa necesaria para producir la incidencia del efecto que se ha registrado.
- 5.-La relación entre el tiempo, o sea el lapso que transcurrirá entre la exposición a la causa y la observación del efecto, colección de los hechos. El examen de la naturaleza de una entidad desconocida empieza lógicamente por medio de preguntas generales. Puesto que las preguntas de la epidemiología no se responden tan fácilmente y el epidemiólogo debe ponderar el valor de la respuesta en una pregunta general comparándola con el gasto y el tiempo empleado en contestarla.

Siendo costosa la recolección de datos de la fase exploratoria de la investigación epidemiológica depende notoriamente de la clase de información disponible y las preguntas que más frecuentemente se plantean son aquellas sobre las cuales ya existe información reconocida y publicada por las oficinas de censos, las estadísticas vitales u otros organismos que se ocupan de estadísticas de salud. (25).

Investigaciones Descriptivas.

Son aquellas investigaciones cuyo propósito no es de - contrastar una hipótesis específica; usualmente involucran el estudio de una población y la búsqueda de asociaciones.

Estos sistemas permiten estudios para búsqueda de asociaciones como paso previo para determinar relaciones causales.

El almacenaje, ocupación y búsqueda de asociaciones en este cúmulo de información puede y debe ser utilizado auxiliado por computadoras, en base a sistemas de información. (27).

La contribución de la epidemiología para la evaluación de las hipótesis, es proporcionar información acerca de si existe en el hombre una asociación entre la causa y el efecto y en caso de haberla describir las características de dicha asociación y en especial la fuerza y constancia con que se presenta. En este tipo de estudios el investigador puede elegir una población, luego observa los grupos. durante el transcurso del tiempo. (25).

Prospectivo: Estudio en que toda la información se recogerá de acuerdo a los criterios establecidos por el investigador y en consecuencia para los fines específicos de la investigación; en este diseño hay una planeación previa a la recolección de la información de las fuentes primarias. (Individual).

Longitudinal; Estudio en el que se mide la o las variables de interés. Esto implica el seguimiento de las unidades de estudio con la finalidad de estudiar la evolución de las mismas en el tiempo, el interés principal de estos diseños es conocer la diferencia de los valores entre una primera medición y las sub-secuentes.

Observacional: Es cuando el investigador no modifica - ninguna de las variables, sólo se limita a describir o medir el fenómeno bajo estudio.

- 1.-De acuerdo a la época en que se capta la información.
- 2.-De acuerdo a la evolución del fenómeno.
- 3.-De acuerdo a la comparación de los problemas.
- 4.-De acuerdo a la intervención o interferencia del investigador. (27).

Para fines estadísticos estos autores clasifican las variables como:

	V a r i a b l e .	
Punto de vista del nivel de medición	Cualitativas	{ nominales ordinales
	Cuantitativas	{ discontinuas o categóricas continuas

Otras clasificaciones de acuerdo a las características de la investigación:

Metodológico	{ Dependientes
	{ Independientes

Teórico Explicativo	{ Estímulos
	{ Respuestas
	{ Intermediarias

Manipulativo	{ Activas
	{ Asignadas
	{ Atributivas

De Sistemas	{ Endógenas
	{ Exógenas

La conceptualización de variables incluye dos fases;

1.-La construcción o sea la definición con palabras.

2.-La operacionalización que consiste en enunciar las operaciones que se necesiten para medir la variable.(34).

El procedimiento experimental de la investigación sociomédica dentro de la etapa de planeación suelen incluirse las especificaciones de las siguientes actividades:

Delimitación de la muestra, definición de unidades de observación, características de instrumentos de recolección, selección de unidades de medida y fijación de escalas definición del plan de tabulación, selección de medidas de resumen y organización de los datos. Dentro de la etapa de ejecución las actividades guardan la siguiente secuencia: recolección de la información, clasificación y recuento, presentación tabular y gráfica descriptiva a través de promedios, medios, medianas y otras, medidas de resumen y análisis estadístico.

Método y Diseño Experimental.

1. Métodos:

El estudio a realizarse es una encuesta descriptiva, la población estará constituida por la totalidad de alumnos que ingresaron en 1987 a la Facultad de Medicina.

La investigación constituirá un estudio piloto que permitirá probar los instrumentos y obtener la prevalencia para esa generación, a partir de la cual se implementará un estudio de casos y controles en el futuro.

La colaboración en el estudio no será obligatoria sino opcional. Para lograr la mayor veracidad en la contestación de los cuestionarios, se brindará la posibilidad de que los datos sean entregados en forma anónima. Sólo se pedirá que el alumno inscriba su número de cuenta universitario el BDI para que pueda recibir retroalimentación sobre resultados.

Se aplicará a cada uno un test psicológico denominado BDI. (Beck Depression Inventory) para diferenciar los casos en que existe trastorno depresivo. Se determinará y compararán los puntos de corte para esta población, con los recomendados en otros estudios como válidos para poblaciones universitarias. (17).

- 0 - 9 No deprimidos.
- 10 - 15 Depresión leve.
- 16 - 23 Depresión Moderada.
- 24 y más depresión severa.

Con base a estos resultados se determinará la prevalencia de trastornos depresivos en esta generación

Se incluirá también un cuestionario denominado DCQ (Depression Coping Strategies; Kleinke) encaminado a explorar la forma como se condujeron frente a los episodios depresivos sufridos en el pasado.

Con base en este instrumento se determinará el patrón de conducta seguido por hombres y mujeres y por individuos deprimidos y no deprimidos, tratando de encontrar las diferencias entre ellos mediante un análisis discriminante. (30).

Finalmente se aplicará un tercer cuestionario - que explora la presencia de algunos de los factores de riesgo reconocidos en la literatura como relevantes y que incluyen las siguientes variables:

- A) Biológicas: Sexo, edad.
- B) Demográficas: Estado civil, número de integrantes de la familia.
- c) Socioeconómicas: Estrato social, ocupación y red de apoyo social.
- d) Familiares: Estado marital de los padres, relaciones intrafamiliares.
- e) Escolares: Asignaturas reprobadas en el primer grado de licenciatura.

A partir de este instrumento se determinará la asociación existente entre las variables en estudio y los puntajes obtenidos de depresión en el BDI.

1.1. Implicaciones críticas del estudio.

Los datos serán manejados utilizando para su identificación el número de cuenta. Solamente la responsable del proyecto estará en capacidad de proporcionar directamente al alumno información sobre el resultado del BDI, ante la solicitud expresa de este.

Estas medidas garantizan que la información dada por los estudiantes sea respetada en su carácter confidencial.

2.-Diseño experimental y resultado de los análisis.

a).-Elaboración del protocolo: A cargo de la sección de Salud Mental del departamento de Epidemiología y Comunidad.

b).-Capacitación de personal.

El personal de base del proyecto será capacitado en el departamento de Epidemiología.

c) Registro de datos.

La aplicación de encuestas y test psicológicos se -
llevará a cabo por la sección de salud mental del departamento.

La supervisión del proyecto se realizará por parte
del responsable del proyecto.

d).-Tabulación y análisis de resultados:

Será llevado a cabo por la sección de salud men-
tal y los datos serán procesados a través de
computadoras para su recuento y análisis, para
la cual se contará con la colaboración del de-
partamento de cómputo en la Facultad de Medici-
na.

En el análisis de los resultados se utilizarán me-
didas descriptivas como: Medida, desviación standar, error standar, frec-
uencias, proporciones y análisis de regresión y como pruebas de hipótesis
la chi cuadrada y el análisis de varianza de Mantel - Haenzel.

Los resultados del cuestionario DCQ se someterán a
un análisis discriminante para determinar patrones diferenciales de con-
ducta frente a la depresión.

e).-Elaboración del documento final.

Se elaborará por parte de la sección de Salud
Mental a través de las críticas y sugerencias,
del resto del departamento.

Nivel metodológico específico.

Este tercer nivel ubica la estadística y provee mé-
todos para diseñar la investigación y para analizar la información. La
estadística tiene relación con el segundo nivel ya que todos los métodos
estadísticos se utilizan en el planteamiento de la hipótesis y en ocasio-
nes en la especificación del problema.

Es una poderosa herramienta para tratar con la va-
riabilidad presente en los procesos naturales y sociales.

Al generar modelos estadísticos para representar
esa variabilidad y sus regularidades la estadística se podrá utilizar
adecuadamente conociendo sus potencialidades y limitaciones, ubicandola
en el nivel metodológico y le corresponde en conjunción con la ciencia a
la que pretende contribuir. Para ser un buen investigador hay que practi-
car la investigación y para utilizar las estadísticas adecuadamente ade-
más de consultar a expertos y libros hay que aplicarla a la investigación,
aprender de los errores y continuar mejorando su aplicación. (29).

Los datos del experimento son sometidos a tratamiento estadístico, generalmente a análisis a fin de validar nuestros datos y hacerlos confiables. Kerlinger enumera los siguientes tipos de análisis.

Distribución de frecuencias, que según Levin, consiste en dos columnas: la columna de la izquierda indica que característica está siendo presentada y contiene las categorías de análisis, la columna de la derecha con el encabezado de frecuencia o "F", indica el número de casos en cada categoría así como el número total de casos. (23).

Las pruebas estadísticas siempre dependerán de los objetivos de la investigación y del tipo de variable que se esté manejando, clasificadas desde el punto de vista del nivel de medición en nominales, ordinales, discretas o continuas.

Lo anterior permitirá realizar pruebas paramétricas que señalen la probabilidad asignada a relaciones, dependencias, diferencias o similitudes encontradas entre las diversas características estudiadas a la persona.

En la investigación médica la validación estadística de los resultados debe preverse desde la fase de planeación y no hasta que ya se tienen los datos del estudio.

Para esto es necesario contar con la orientación de un asesor estadístico especializado que maneje las pruebas y tópicos concernientes a investigación del campo de salud. (28).

Presentación de Resultados:

Una vez ordenados, tabulados y elaborados los datos pueden presentarse de diferentes formas, según Ander Heg, los cuatro procedimientos siguientes son los más usuales:

- Presentación escrita, que consiste en incorporar en forma de texto los datos recopilados en informes, documentos y libros.
- Presentación semi-tabular, la que incorpora cifras de un texto, poniendo cuidado en hacerlas resaltar para facilitar su comprensión.
- Presentación tabular, consiste en ordenar los datos en tablas, cuadros, etc. con las especificaciones correspondientes acerca de su naturaleza.
- Presentación gráfica es un medio auxiliar de la estadística que consiste en presentar mediante distintos tipos de gráficas, resúmenes de datos.

La investigación médica presenta sus resultados - de manera que se pueda apreciar su distribución con facilidad y rapidez; así según las variables estudiadas sean cualitativas o cuantitativas, elaboran diferentes tipos de cuadros como los de distribución de frecuencias, tablas de contingencia y otros más o se realizan gráficas acordes, también al tipo de variables, como los de barras simples, agrupadas o segmentadas, histogramas, polígonos de frecuencia, ojivas y otros. (13).

Recolección de Información.

Esta es la etapa más importante del método estadístico, ya que sin esta no existirían las otras, además si la información fué recogida de manera correcta, podrán tener validez las conclusiones que de ella se deriven.

La decisión sobre los datos recogidos será de acuerdo al objetivo del estudio y únicamente aquella que se va a utilizar.

Cuando la información se obtiene directamente del lugar de los hechos, se considera que se obtuvo de una fuente primaria; cuando por el contrario hubo de aprovecharse la información previamente recogida por otros individuos, se llama fuente secundaria.

Hay dos procedimientos para recolectar la información : La observación y el interrogatorio.

El interrogatorio como su nombre lo dice consiste en la formulación de preguntas de acuerdo a la información que se desea obtener . Puede ser directo o indirecto, el primero es aquel que se hace por medio de entrevistas, siendo su ventaja principal que se puede complementar con la información directa. El indirecto se hace a través de un cuestionario.

Elaboración de la Información.

Una vez recogida la información es necesario organizarla esta organización puede ser cualitativa o cuantitativa, es decir ordenar los datos de acuerdo a una o más características cuali o cuantitativas.

Para facilitar la clasificación de los datos se recurre a escalas o series que de acuerdo a lo anterior podrán ser cualitativas o cuantitativas. Las últimas son más precisas porque permiten además de la diferenciación de los miembros de un grupo, señalar la magnitud de las diferencias.

Las series cuantitativas pueden ser simples o agrupadas, las primeras estudian a cada individuo de la población investigada de acuerdo a una característica, las segundas estudian a los individuos agrupándolos de acuerdo a ciertas características.

Sería simple una serie agrupada, deberán formarse - clases o sub-grupos con datos más o menos homogéneos y anotando a continuación la frecuencia de las observaciones en cada grupo, clase o subdivisiones de escala.(15).

Distribuciones de frecuencia: Agrupamiento de los datos.

Al resumir los datos de la escala de intervalo se pierde práctica en siempre algo de información importante en tanto que por otra parte, incluir toda la información conduce a presentar tanto detalle que la visión resulta mas bien oscurecida que aclarada.

Datos discretos y continuos. Son continuos en el sentido de que cualquier valor puede obtenerse teoricamente para un porcentaje, a condición que la exactitud de la medición fuera lo suficientemente precisa y que los intervalos fueran muy grandes. Algunos otros tipos de datos son discretos, ya que no todos los valores son posibles. En efecto una mujer puede tener 1,2,3, o más pero no puede tener 2.31 niños.(4).

Presentación de la información estadística.

La información ya organizada y elaborada debe presentarse en forma resumida a fin de que permita su lectura y análisis en forma apropiada rápida y sin dificultad. Esto se logra a través de los cuadros y de las gráficas.

Cuadro Estadístico:

En todo cuadro deben considerarse tres partes:

- 1.-El título.
- 2.-El cuadro propiamente dicho.
- 3.-Las notas Explicativas.

El título deberá ser completo y conciso, y responder a las siguientes preguntas.

¿Que se estudia?

¿Cómo? De acuerdo a cuales características se clasifican los individuos investigados.

¿Dónde? A que lugar se refieren los datos.

¿Cuándo? La época a la que se refiere el estudio.

El cuadro propiamente dicho consta de un conjunto de casillas dispuestos en columnas y filas.

La primera columna y la primera fila tienen una finalidad diferente, ya que la primera columna se conoce como columna matriz y es allí donde se señalan las diferentes clases de la escala de clasificación, la primera fila es la de los encabezados o sea allí se indican los títulos de los datos que van en las filas inferiores.

Las investigaciones que requieren de seres humanos deben ser cuidadosamente diseñadas ya que no solamente está en juego la adecuada comprobación de la hipótesis, sino en muchos casos la integridad del ser humano.

Generalmente los investigadores con seres humanos requieren varias decenas de individuos. Por eso las actividades que se realicen deben de ser acordes con los objetivos planteados. Así también para evaluar la importancia y pertinencia del estudio deberán ser ampliamente explicadas.

El protocolo de investigación es un documento en el cual se plasma de manera descrita todos los pasos que se requieren para llevar a buen término una investigación.

Así como para el arquitecto el plano es vital para construir una casa, el protocolo lo es para el investigador.

La elaboración de un protocolo de investigación es un proceso en el cual deberán adecuarse los recursos con los objetivos y ambos deberán estar fundamentados en la metodología a emplear. Es importante señalar que algunas partes del protocolo dependen o influyen al formato de otras, por lo que es necesario efectuar la integración de todas las partes para que exista concordancia entre ellas. (31).

Además otro requisito para que se lleve a cabo este proyecto del área epidemiológica social y de servicio de la salud deben ser formalmente aceptadas por la coordinación de investigación de los departamentos. Deberán registrarse en la Secretaría de Investigación Epidemiológica (S.I.E.) de acuerdo a un formato de protocolo que ya lo estableció. Los protocolos registrados en la S.I.E. se enviarán a un comité independiente para su evaluación técnica. Este comité emitirá un dictamen sobre la calidad técnica de protocolo según tres categorías: Aceptado, aceptado con modificaciones y no aceptado. Los proyectos incluidos en la tercera categoría deberán ser formulados íntegramente.

Además al disponer de la aceptación favorable de parte del comité de evaluación técnica de Medicina para solicitar financiamiento externo. El S.I.E. promoverá gestiones pertinentes ante los organismos nacionales e internacionales para el apoyo financiero y técnico de los proyectos de alta calidad científica y trascendencia social. Así el desarrollo de la investigación será evaluada semestralmente según los lineamientos establecidos por esta secretaría por esta secretaría. (10).

Ante lo anterior expuesto además de todas las actividades que se realizaron estos meses permiten que como información del método científico, epidemiológico, estadístico y la importancia de la trascendencia, su responsabilidad en la elaboración, hacen adquirir conocimiento y práctica de gran valor y que tal vez de otra forma fuera difícil el adquirirlos.

En las siguientes páginas se expone todo acerca del departamento de Epidemiología del programa de Servicio Social y la colaboración en la investigación en forma de los pasos que se llevan en una investigación todo en base al protocolo de salud mental, donde su primera fase fué en el estudio piloto y parte del proyecto en sí.

4.-PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL DE LA INSTITUCION.

Programa de Investigación Epidemiológica.

Justificación.

La escasa información epidemiológica en México, hace necesario el desarrollo de la investigación que integre grupos interdisciplinados con el fin de conocer y prevenir o controlar algunos problemas de salud de la población y de la presentación de servicios sociales.

Objetivo Central.

Contribuir al conocimiento y control de los problemas de salud colectivos más importantes en el país.

Objetivos Educativos.

1.-Coadyudar a la formación de recursos humanos en el área epidemiológica.

2.-Proporcionar los elementos teóricos-metodológicos que le permitan al alumno aplicar el método científico en el estudio y la resolución de los problemas colectivos de salud.

3.-Desarrolla la capacidad de análisis y juicio crítico del estudiante frente a los estudios y acciones realizadas en el nivel de salud comunitaria.

4.-Brinda la oportunidad de aplicar los conocimientos obtenidos durante la Licenciatura. En la realización de investigación trascendentes para la salud colectiva.

5.-Familiarizar teórica y prácticamente al pasante con los problemas a los que se enfrentará en el diseño y la realización de investigación para obtener el grado de licenciatura (Tesis).

Actividades:

1.-Colaborar en la realización de investigación epidemiológica en las áreas de salud mental, enfermedades transmisibles y crónicas en salud bucal.

a)Prevalencia de trastornos depresivos en estudiantes de la Facultad de Medicina.

b)Valores de tensión arterial en adolescentes.

c)Análisis de morbi-mortalidad en zonas rurales.

d)Alteraciones neuro-psicológicas y exposición crónica al plomo.

e)Detección temprana de alteraciones broncopulmonares en estudiantes de la Facultad de Medicina.

2.-Participar en cursos y seminarios con el objeto de consolidar sus conocimientos sobre el proceso de la investigación científica.

a)Bases para la investigación documental.

b)Metodología de la Investigación.

c)Bio-estadística.

d)Introducción a la computación.

e)Capacitación específica por el trabajo de campo.

El programa de investigación epidemiológica ofrece a los alumnos participantes la opción a realizar tesis profesional en las líneas de investigación mencionadas contando con la asesoría pertinente y algunos apoyos disponibles en la unidad de epidemiología.

(Uso de la computadora para el manejo de sus datos, apoyo institucional para la obtención de becas y permisos, etc).

5.-ACTIVIDADES DE ENFERMERIA.

5.1.-Programa de trabajo para el Servicio Social.

Objetivos:

Colaborar con el proyecto del trabajo en cada una de sus etápas.

Obtener mayor conocimiento acerca del uso de la estadística o método estadístico para la investigación.

Conocer la utilidad de la investigación para el desarrollo profesional de mi carrera, así como el conocer su uso para la opción de realizar tesis para titulación.

Metas:

Llegar a conocer como se realiza un protocolo de investigación, como se lleva a cabo el proyecto de trabajo y colaborar en cada una de sus etápas.

Poder aplicar los cuestionarios, al obtener esta información, como se lleva a cabo el proyecto de trabajo y colaborar en cada una de sus etápas.

Poder aplicar los cuestionarios, al obtener esta información, recuento y clasificación. Dentro de lo posible pasarlo a fichas de computadora para realizar tablas y el análisis de computo. Si es posible realizar tablas y gráficas y el análisis descriptivo con los elementos de las estadísticas como: Media, desviación standar, error standar, frecuencias, proporciones, análisis de regresión y comprobación de hipótesis (Chi cuadrada y análisis de varianza).

Ampliar mis conocimientos en el método científico y el análisis estadístico para su aplicación practica.

Límites:

Instalaciones de la Facultad, dentro del departamento de Epidemiología y comunidad de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M.

El proyecto se planeó para realizar un periodo que comprende del 1° de Octubre al 28 de Febrero de 1988. Mis actividades serán en un horario de 4 horas diarias por cinco días a la semana.

La población estará constituida por la totalidad de los alumnos que ingresaron en 1987 a la Facultad de Medicina.

Recursos Disponibles:

Recursos físicos: En cuanto a instalaciones adecuadas escritorio y silla con las que se cuentan.

Recursos Materiales: Se nos proporcionará material de papelería: Papel, hoja, lápiz, plumas, etc.

Recursos Humanos: Tendremos el apoyo de la responsable del proyecto y de los colaboradores del departamento, así como su asesoría.

Recursos Técnicos: Dentro de lo posible podremos tener acceso al uso de la computadora, para nuestro apoyo.

Actividades de Enfermería:

Como ya se mencionó se colaborará en los siguientes aspectos de la investigación:

- Aplicación de Cuestionarios.
- Recuento de la información y clasificación'
- Realizar tablas de concentración de datos y de codificación para computo.
- Elaborar gráficas para su descripción y tablas de contingencia.
- Enmedida de lo posible usar el análisis por computadora.
- Realizar el análisis descriptivo, con la comprobación de las hipótesis.
- Colaborar en el informe final a través de críticas y sugerencias.

Evaluación:

La evaluación será por un lado tan efectiva sea nuestra colaboración en donde los elementos que manejamos lo hagamos lo mejor posible dando como resultado el esperado.

Por otro lado el de una evaluación de los responsables del proyecto de las personas que nos apoyaron, en cuanto a si nuestra labor fué eficaz y correcta. Además de la evaluación por parte del asesor académico en cada uno de nuestros informes mensuales.

Se debe notar que debido a cualquier circunstancia que no permita llevar a cabo la secuencia completa en tiempo es por causas fuera de nuestro dominio.

También se podrá asistir a curso para nuestro desarrollo cognoscitivo.

CALENDARIO DE ACTIVIDADES 87-88.

	OCTUBRE.		NOVIEMBRE.		DIC.	ENERO.		FEBRERO.		MARZO.	
	1-16	19-30	2-13	16-30	1-16	4-15	18-29	1-12	15-29	1-16	17-31
ORIENTACION AL SERVICIO.	*										
CONOCER EL PROTOCOLO.	*										
REVISION BIBLIOGRAFICA.	*	*									
RECOFILACION DE INFORMACION.			*	*							
CLASIFICACION, CODIFICACION Y RECUENTO DE INFORMACION.					*	*					
TABULACION Y ANALISIS							*	*	*		
COLABORAR EN REDACCION DE INFORME FINAL.										*	*
ASISTENCIA A CURSOS.		*	*								

5.2.-Estudio de la Unidad Institucional del Servicio Social.

Datos Generales:

Nombre y ubicación: El servicio social fué realizado en el departamento de Epidemiología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Ubicado en el 2° Piso del edificio "A" de la Facultad de Medicina de Ciudad Universitaria.

Dependencia: El departamento depende directamente de la división de estudios profesionales de la Facultad de Medicina.

Antecedentes Históricos:

La conquista de México se inicia en Abril de 1519 y concluye con la construcción de la Nueva Ciudad en 1524. En ese mismo año se inicia la llegada de los españoles con conocimientos académicos, los religiosos y demás gente preparada. Es a partir de este momento cuando se comienza a utilizar la medicina hipocraticogalénica como medicina oficial durante tres siglos su práctica no se modifica pero sí percibe en la primera centuria, una fuerte influencia de la medicina autóctona que se amalgama con los conceptos europeos. A eso se llama medicina colonial.

Como casi todas las prácticas médicas de la antigüedad la nahuatl también estaba regida por una fuerte influencia teocrática. En la relación salud enfermedad también se veía una fuerte influencia de las fuerzas divinas puesto que la mayoría de las causas a las que se atribuía el desequilibrio de su relación a menudo tenían que ver con las transgresiones de las normas establecidas y el consecuente castigo de los dioses.

Las causas más frecuentes de la enfermedad estaban agrupadas en cuatro:

- 1.-Hechos naturales de remota existencia.
- 2.-Castigo de los dioses por infringir las normas establecidas.
- 3.-Maleficios ó Hechicerías.
- 4.-Circunstancias Predeterminadas.

La medicina mexicana prehispánica que ahora conocemos como indígena, no sólo desapareció sino que infiltró en la práctica de la medicina hipocraticogalénica, incorporando todo su caudal de remedios naturales con el correr de los siglos.

Uno de los hechos más importantes de este primer ciclo de la colonia fué la instauración de la Real y Pontificia Universidad de México en Enero de 1563, con lo que aumentó la preparación de los Profesionales, principalmente en Ciencias Teológicas.

En Noviembre de 1571, el doctor en Teología Pedro Moya de Contreras establece el tribunal de la Santa Inquisición en la Nueva España y con ello la corona española asegura la sujeción del pueblo, tanto español como indígena.

Todas las instituciones de enseñanza estaban a cargo de religiosos de diversas congregaciones, por lo que toda posible información científica era controlada por la censura de la iglesia.

Los centros hospitalarios generalmente pertenecían a cofradías, congregaciones o gremios; estos eran reuniones de fieles cristianos que formaban una corporación con fines religiosos, ya fuera para ejercitarse en obras de caridad o en simple devoción.

El primer hospital que se construye en la Nueva España es el de "Nuestra Señora de la Concepción de María Santísima" Aproximadamente entre 1521-1524, obra de Hernán Cortés.

La enseñanza de la Medicina se inicia en 1579, en la Facultad de Medicina de la Real y Pontificia Universidad de México, con la cátedra de Prima, dictada por el doctor Juan de la Fuente, siguiendo los lineamientos clásicos de Hipócrates y de Galeno. Esta cátedra se daba por las mañanas y de ahí su nombre, y se enseñaba la anatomía humana del cuerpo sano.

Este sistema permaneció invariable por espacio de dos siglos y medio, hasta el cierre de la Facultad de Medicina, decretado en 1833 por Valentín Gómez Farías.

Un cambio importante en la enseñanza, fué la creación del Real Colegio de Cirugía de México, creado en 1770, por el Virrey - Marqués de Croix. Se instaló en el Hospital Real de San José de los Naturales.

Este colegio también permaneció hasta 1833, cuando se creo el establecimiento de ciencias médicas y lo fusiona con la carrera de Medicina, naciendo el médico cirujano.- El tribunal del protomedicato desapareció en el año de 1833, y se creó en su lugar la Facultad Médica del Distrito Federal.

Al clausurarse la Real y Pontificia Universidad de México, en su lugar crean la dirección general de instrucción pública, que establece las ciencias médicas en el antiguo convento de Belem y al frente de él se nombró al doctor Casimiro Liceaga.

En 1839 son enviados al colegio de San Ildefonso; dos años después se le da el nombre oficial de: Escuela de Medicina, por decreto del 24 de Enero de 1842.

Finalmente en 1854, los profesores compran el antiguo edificio donde estaba el Tribunal de la Inquisición. En este lugar permaneció

ce la escuela de Medicina por espacio de 100 años, hasta que es trasladada a su actual edificio en Ciudad Universitaria; por los cambios de planes de estudio pasa a de ser escuela a Facultad de medicina en su actual plantel.

Debido a que en México es muy escasa y limitada la - investigación en epidemiología, por iniciativa e interés de profesores de la Facultad se creó la unidad de Epidemiología que dependía de la división de investigación. Cuando se aplicó el nuevo plan de estudios en 1985 para la carrera de médico cirujano, cambia de ser unidad a departamento y dependencia ahora de la división de estudios profesionales y se le asignó impartir la materia de seminario de integración y práctica a la comunidad y de la epidemiología clínica por el área docente y conjuntamente investigación en la otra área.(*).

(*)San Filipo, B. José. "Panorama histórico de la medicina en México". Rev. Médico Moderno 25 (2), Octubre 1986 P. 8-125.

Organización y funcionamiento, forma de gobierno:

Organigrama.

Recursos Físicos:

El departamento se encuentra dividido en dos áreas, la docente que cuenta con un amplio cubículo para el área de investigación, hay cuatro cubículos uno para salud bucal y ambiental otro para la salud mental, otro para tensión arterial y uno para la computadora.

Además un cubículo para la jefatura del departamento y otro para el coordinador docente.

Los cubículos cuentan con mesas, sillas, papelería, máquinas de escribir y material necesario para cada área.

Recursos Técnicos:

Se cuenta con una micro-computadora donde hay un horario para cada sección y área además de contar con el acceso al departamento de computadoras en el 4° piso de la facultad. Para fines de cada investigación cuando se requiere de apoyo técnico y asesoramiento se le pide a otras facultades (Ciencias, Química, bioquímica, etc.).

Recursos Humanos:

Existe un jefe de departamento en el área docente, hay un coordinador por cada área de la signatura (SIPC) I, II, III y Epidemiología Clínica. Además de los profesores que imparten las materias en el área de investigación por cada sección hay un responsable de cada investigación, colaboradores que pueden ser en pregrado (Pasantes de Me-

dicina o de Enfermería) y posgrado, o profesores que también tienen actividades en esa área. Hay un actuario que es el asesor para la computadora, y apoyo secretarial (5 secretarías).

Area docente:

La asignatura permite la integración y la aplicación de los conocimientos, habilidades y actitudes en el estudio y atención a individuos, familias y grupos en condiciones reales, mediante la participación en programas de investigación y servicios a la comunidad.

Metodología de la Enseñanza.

Se imparte mediante un sistema combinado de exposición teniendo discusiones, lecturas, secciones de integración de conocimientos y trabajo de investigación en comunidad y bibliografía. Se busca la participación activa y se dará orientación para el autodidactismo.

Evaluación; presentación del protocolo de investigación y de evaluación, teórico práctica que le corresponderá el 40% y 60% respectivamente de la calificación final.

Area de Investigación. Todo lo relacionado a esta se anoto anteriormente en el programa del servicio social de la institución.

ORGANIGRAMA

JEFATURA DEL DEPARTAMENTO.

COORDINACION DE
ENSEÑANZA

COORDINACION DE
ASIGNATURA

S.I.P.C. I

S.I.P.C. II

S.I.P.C. III

EPIDEMIOLOGIA
CLINICA

SECCION DE EVALUACION

SECCION DE APOYO
DOCENTE

COORDINACION DE
INVESTIGACION

SECCION DE SALUD
AMBIENTAL

SECCION DE SALUD
MENTAL

SECCION DE ESTUDIOS
DE TENSION ARTERIAL

El departamento de Epidemiología y comunidad.

Objetivo:

El departamento de Epidemiología y Comunidad (DEC) de la Facultad de Medicina de la UNAM tiene como objetivo generar, impartir y difundir el conocimiento epidemiológico a través de investigaciones realizadas sobre la problemática nacional, participando simultáneamente en la formación de recursos humanos calificados en el área de epidemiología tanto a nivel de pre-grado como pos-grado.

Funciones:

Planear, programar y evaluar las asignaturas: S.I.P.C IV y Epidemiología Clínica de la Carrera de: Médico Cirujano.

Formar en Epidemiología, método científico, estadística en trabajo comunitario, dinámica familiar, aspectos normales del ciclo vital y estudio epidemiológico de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, a los estudiantes de la carrera de médico cirujano de acuerdo al proceso de enseñanza aprendizaje establecido.

Promover la formación, actualización y superación de el personal docente en el área.

Planear, implementar los programas de evaluación para los alumnos, profesores y los programas de las asignaturas que imparte el departamento.

Elaborar el material didáctico necesario para la impartición de las asignaturas a su cargo.

Realizar actividades de extensión universitaria.

Planear, implementar los programas de Investigación Epidemiológica; así como evaluar y publicar los resultados de las investigaciones de los mismos, cumpliendo las metas señaladas.

Formar recursos calificados a nivel de posgrado participando tanto formalmente en las asignaturas de los planes y programas vigentes en el área, como a través de la adscripción efectiva de los estudiantes a las investigaciones del departamento.

Determinar y solicitar los requerimientos de útiles - materiales y equipo necesario para el departamento y vigilar su correcta utilización.

Elaborar el informe periódico de las actividades desempeñadas.

Servir como asesor de las autoridades de la Facultad en las situaciones que estas lo determinen.

Cumplir con las comisiones y atender los asuntos que la esfera de su competencia así lo requieren y/o le sean encomendadas por la división de estudios profesionales.

Para cumplir con el objetivo y las funciones antes mencionadas, el departamento cuenta con la siguiente estructura.

Jefatura del departamento:

Es responsable directa de la óptima realización de las tareas encomendadas del cumplimiento de los objetivos correspondientes. Para esto es auxiliada por las coordinaciones de enseñanza e investigación, las cuales supervisan la realización de las funciones relativas a las actividades que les dan nombre, fomentando además una estrecha interacción entre las actividades docentes y las de investigación. Referente a las coordinaciones de asignatura estas dependen de la Coordinación de Enseñanza y sus funciones son las siguientes:

Coordinadores de Asignatura.

Funciones:

Coordinar anualmente las actividades de la asignatura en cuestión, con base en el programa y en el plan de estudios, tanto en lo referente a la teoría como a la práctica.

Identificar las necesidades de la asignatura en lo referente a la teoría como a la práctica e implementación y modificación de actividades prácticas, seminarios, talleres y textos.

Estableciendo los lineamientos para la resolución de estas ante las secciones y/o comités correspondientes a través del coordinador de enseñanza.

Las secciones de investigación por su parte cuentan con un jefe de sección, cuya función principal es la de Coordinar las actividades que se realizan en su sección respaldándolas académicamente. Y administrativas del departamento.

5.3.-Actividades de Enfermería.

Todo esto pretende dar una amplia visión de lo que es una investigación y la participación que se requiere; en una forma esquematizada, se anotaran en forma cuantitativa y cualitativa las acciones de enfermería realizadas.

Actividades administrativas.

-Se colaboró en trámites para pedir dotación de material.

-Colaboración en trámites para mandar dibujos y gráficas al departamento de dibujo en el CRAC.

-Se colaboró en los trámites para la realización del servicio social de los siguientes pasantes de enfermería, como oficios para la escuela y la coordinación de servicio social y el programa del departamento. Mandar a imprimir 1000 cuestionarios para el estudio de depresión, mandar a imprimir 750 cartas para resultados, petición de oficio para la aplicación de cuestionarios del BDI para los alumnos del primer año durante la clase de SIPC.

Actividades Técnicas de Investigación:

Estas son vinculadas con las actividades de investigación ya que tienen el fin de estas.

Se habla acerca del protocolo de prevalencia de depresión; pero no era el único hubo otros en el transcurso uno de ellos: es el de la respuesta de los estudiantes ante los sismos de Septiembre de 1985 esta investigación se realizó en Mayo de 1986 para ver si el efecto Psicológico por un suceso de tal magnitud, si se había superado y elaborado algún problema causado por esto.

Otra parte fué un estudio que se les hizo a los estudiantes de 2° año y evaluar la aceptación de la materia de seminario de integración y prácticas a la comunidad I, en la forma en que es aceptada y el beneficio que tiene esto.

A) Tarjetas simples 750 con 11 variables cada una.

-Recuento y codificación de las tarjetas de los síntomas: antes, durante y después de los sismos.

-Cuadros de damnificados y no damnificados, síntomas en cada tiempo, de sintomáticos y no, de daños materiales y síntomas, daño físico propio, daño a cohabitantes y síntomas 10 cuadros.

-Gráficas: Para cada cuadro 10 gráficas en barras - simples e histogramas.

-Cuadros de contingencia y comprobación de hipótesis en daño material contra otros y síntomas en los tres tiempos, sintomáticos y damnificados contra no damnificados en cada daño en síntomas durante y después; 11 cuadros y correspondientes chi cuadradas.

-Gráficas pastel para cada daño. (20 gráficas).

-Recuento y tabulación agrupadas por sexo y damnificadas y no.

-3 cuadros de contingencia y comprobación de χ^2 femenino contra masculino por síntomas y por damnificación y no, en los tres tiempos.

Cuadro de población total en tres tiempos, de damnificación y no y su sintomatología.

B) Recuento, codificación y registro de 53 cuestionarios del estudio piloto de los estudiantes de primer año. Cuestionario en cuatro grupos.

-Registro de los cuestionarios en hojas para computadora en 54 renglones con 29 variables y 29 del cuestionario DCO.

-Corrección del cuestionario del estudio piloto.

-Recuento y clasificación de los datos de hojas -
codificadas de los sismos.

A) Cuadros específicos entre damnificados y no y
síntomas específicos, depresión, indiferencia, exageración, angustia,
inquietud, insomnio, pesadilla, ideación, intolerancia e hiper-actividad
8 cuadros.

-Cuadros de contingencia y comprobación de X^2 de
lo anterior.

B) Capturación de datos de la información de 54
cuestionarios en una base de datos en base III.

C) Recuento y clasificación de datos de los cues-
tionarios de opinión sobre la materia S.I.P.C. de dos grupos uno era de
alumnos de varios grupos y el otro sólo reunía a alumnos del grupo 3 ya
que a estos se les impartía la materia en forma diferente, se clasifica
por cada pregunta o respuesta negativa.

-Cuadros de contingencia con comprobación X^2 del
grupo 03 contra otros.

-Cálculo de promedio : Medio, rango, desviación
standar y varianza de los items positivos, negativos e indiferentes.

-Cálculo de x^2 con corrección de datos para 6
cuadros de los sismos, para verificar la x^2 antes aplicada.

c) Cálculo de T de student en los cuadros de la
valoración de la materia en comparación del grupo 03 contra otros.

-Cuadros de los cuestionarios de opinión de acu-
erdo, desacuerdo, e indiferentes porcentajes.

b) Plan de cruce de variable para que se realice
en la computadora del estudio piloto de depresión, plan por tipo, campo
y claves correctas por el programa S..S.P.S. para análisis discrimina-
te del D.C.Q.

Actividades de campo aplicación de cuestionarios.
de grupos de los turnos matutino y vespertino. Se foliaron para su mane-
jo 1000, 33 grupos con promedio de 20 alumnos; de estudio de depresión.

-Codificación y registro de 660 cuestionarios en
hoja de computadora.

-Capturación de los 660 cuestionarios, en una base de datos de base III.

-Pasar a las cartas de respuesta a los alumnos, los datos del resultado de depresión (B.D.I.) meterlos en sobres y cerrarlos para su entrega aproximadamente 500 cartas.

Actividades docentes:

Se asistió a un seminario acerca de un estudio y sus adelantos en el área de salud bucal y ambiental; trastornos neuropsicológicos y exposición crónica al plomo.

Se asistió a dos cursos de estadística descriptiva e inferencial durante 10 días y 5 horas diarias impartido por los profesores de la facultad.

Se nos instruyó acerca del manejo de la computadora se nos dió a conocer el programa: "Aprendamos" para manejo del "Word Star". También para el manejo del programa de base III para crear una base de datos.

-Revisión de un documento a cerca de la epidemiología de la desnutrición, que fué realizado por un grupo de docentes del departamento para un libro de 3er año de la facultad.

-Sesión Bibliográfica : Para ver la aplicación del análisis discriminante en Medicina para el cuestionario DCQ Cita: Méndez Silva R. Ignacio . Investigación en matemáticas a cerca de los sistemas : (I.I.M.A.S.) "El análisis discriminante aplicado en Medicina" No. 179 serie naranja investigación 1978.

-Sesión bibliográfica acerca de la importancia de los documentos Citas: Nanmis, Stangler, Printz M. "D.S.M. III Psychiatric Diagnosis in a University Population " An. J. Psychiatry 137;8 August 198.

-Camille Nannette "Sex diferent in medical students Mental Health", Am J/Psychiatry 138:10 Oct. 1981

Dentro de las actividades que se realizaron durante el servicio social fué a la asistencia de dos cursos que nos permitieron tener bases más amplias en el campo de la estadística.

En el primer curso fué el de la estadística descriptiva, que tubo una duración de 5 días, durante 5 horas diarias, este curso lo impartieron profesores del propio departamento para actualización de los demás profesores que fueron a impartir la materia de SIPC. Los puntos en que consistía este curso son:

- Estadística descriptiva.
- Extrapolación y aleatoriedad.
- Variables---Medidas de resumen para cualitativas, frecuencias relativas, relaciones, proporciones, porcentaje y tazas.
- Medidas de resumen para cuantitativas, medida de tendencia central media o promedio, mediana y moda.
- Medidas de dispersión, rango, varianza, desviación standar y porcentajes.
- Curva Normal.
- Cuadros y gráficas.
- Escala Cualitativa:-Normales.
 - Ordinales.
 - Diagrama de barras y diagrama de sectores.
- Cuantitativa:
 - Discreta.
 - Diagrama de barras e histograma.
 - Continua.
 - Histograma y polígono de frecuencias acumuladas.

El segundo curso fué el de "Estadística Inferencial" que al igual que el anterior duró cinco días durante 5 horas diarias y fué expuesto por los profesores del departamento este curso consiste en:-Estadística inferencial. -Distribución Normal. -Calificación Standar. -Pruebas de hipótesis; prueba de χ^2 t student -Límites de confianza.

Todo lo anterior nos permitió tener una participación más amplia y más activa pag's, 96-97.

Las etapas del método estadístico:

- 1.-Recolección de la información .
- 2.-Elaboración de la información.
- 3.-Análisis de la información.
- 4.-Presentación de la información.

5.4-Informes Mensuales de Enfermería.

El presente informe da a conocer las actividades realizadas en el servicio social, que se lleva en el curso, en el departamento de investigación y epidemiología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, localizada en el segundo piso del edificio "A" de la propia facultad de Medicina en Ciudad Universitaria.

Dicho departamento consta de un equipo de profesores colaboran en las actividades docentes y de investigación. Están divididos a cargo de investigaciones diferentes. Se encuentran elaborando tablas de normalidad de la tensión arterial en jóvenes; así dan un standar normal en el país, también de elaborar tazas de morbi-mortalidad nacional, en salud dental realizan dos investigaciones simultáneas, que es de ver el nivel de plomo en dientes de niños de escuela primaria y al mismo tiempo ver las alteraciones psicológicas que les produce por el plomo - que es un elemento contaminante en el aire.

En el área de salud mental, en la cual estoy cumpliendo el servicio social, se realiza una investigación longitudinal es-to es que se hace el seguimiento de los estudiantes de medicina que ingresaron el año pasado y que se les verá hasta los 4 años en que terminan su carrera, de esta manera conoce como se presenta la depresión y sus manifestaciones.

El área de investigación es sociomédica, donde el título de proyecto es "Prevalencia de trastornos depresivos en estudiantes de la Facultad de Medicina". Surgió dada la inquietud del grupo de co laboradores ya que uno de los trastornos más relevantes en la salud mental es la depresión, y dada la edad y las necesidades de formación de los estudiantes de Medicina se les escogió para dicho proyecto.

Dió inicio la investigación en Mayo de 1986, debido al surgimiento de los sucesos de Septiembre de 1985, donde los sismos tuvieron la fuerza en toda la población para poder producir alguna altera ción psicológica, así darse cuenta de padecimientos anteriores, que se agravaron o aparecieron y no se lograron superar para el restablecimiento de la persona.

De esta manera se logró ver la relación existente entre factores biopsicosociales y la presencia de depresión, si hay patrones de diferencia entre grupos y sexo, así identificar a los que presentaron algún problema y darles apoyo y control.

Nuestra participación fue en la colaboración de realizar recolección de datos, donde se aplicarán los cuestionarios se recolectará, contar y agrupar, hacer tablas, fichas de computo, hacer gráficas para su descripción, y el análisis de estas para conocer la prevalencia del año pasado hasta ahora.

Los dos primeros días se nos dió la orientación del servicio, las diferentes actividades en el programa así como este acerca del protocolo de investigación.

Objetivos de Actividades:

-Conocer el protocolo de investigación y la bibliografía.

-Conocer los recursos con los que se cuenta para

la realización de la investigación.

-Adquirir mayor conocimiento acerca de la bibliografía.

-Asistir a cursos, como apoyo docente.

Durante dos semanas se nos dió a conocer la bibliografía existente acerca del estudio, así como el protocolo, para saber los objetivos, métodos y recursos ; también conocí el informe que fué realizado en Mayo pasado como principio del propio estudio, que consistió en los efectos psicológicos del sismo sobre los estudiantes de medicina. Se basan en grados de depresión, angustia y temor durante, antes y después de los sismos de esta manera, conoce la vulnerabilidad y respuesta de los jóvenes. Todo lo anterior fué durante cuatro horas diarias por cinco días a la semana.

Por otra parte se nos dió a conocer la unidad de micro-computadora con que cuenta el servicio, dándonos orientación del uso y manejo, como alternativa de apoyo, también se nos facilitó la bibliografía acerca de su uso antes del manejo, esto por dos días; después se nos permitió manejarla con el programa llamado "Aprendamos" para principiantes y nos permitió el dar órdenes básicas.

Se asistió a un curso para profesores de estadística uno (Descriptiva) para actualización, en aulas de la facultad, así recordamos y reafirmamos conocimientos, ver con mayor facilidad la aplicación en el campo de la investigación y su utilidad, siendo uno de los aspectos más útiles para laborar en el proyecto. Tuvo una duración de 5 días durante 4 horas diarias, con teoría y práctica.

Se elaboraron cuatro tablas y gráficas de cada una de ellas, para complementar la investigación de Mayo de 1986. Ya que hay puntos que van a ser analizados en forma más general.

Se elaboraron tarjetas simples para recabar información de los cuestionarios aplicados en Mayo de 1986, fueron 750 tarjetas donde se acumuló la información durante una semana.

Actividades realizadas durante los días del 1° al 30 de Noviembre de 1987. Son referentes al estudio que se realizó en Mayo de 1986, donde se vió el estado psicológico de los estudiantes de Medicina de primer ingreso, se les aplicó un exámen acerca de cuestiones como si tuvo alteraciones o síntomas depresivos antes, durante y después de los sismos. Lo que se pretende ahora con este estudio es ver con mayor profundidad y con otro enfoque aspectos comparativos como entre damnificados y no con síntomas, entre sexos, etc.

Actividades:

Recuento y codificación de tarjetas simples en cada daño de damnificados y no damnificados, los síntomas en cada tiempo (antes, durante y después de los sismos).

Cuadros para damnificados y no: Síntomas de antes y durante y síntomas antes y después, para comparación, evolución de los síntomas 8 meses después, de sintomáticos y no sintomáticos.

Para damnificados: Cuadros de daños materiales y la sintomatología antes, durante y después, cuadros de daño físico propio daño a cohabitantes y no cohabitantes, lesión de cohabitantes y no, sin tomas en cada daño y en cada tiempo.

-Gráficas : Para damnificados y no damnificados; An tes y durante síntomas (barras simples), antes y después en leve moderada y grave (tres barras), de damnificados y no damnificados síntomas de moderado antes combinado con durante y después para cada síntoma cuatro

Del 1° al 4 de Diciembre. Recuento y tabulación y agrupados por sexo de acuerdo a si eran damnificados o no. 2 Cuadros de contingencia para X2 en cada sexo para comparar la sintomatología de un sexo contra el otro. 3 cuadros de contingencia para X2 en los tiempos de antes contra durante y después y comparando la sintomatología de sexo - contra sexo.

Del 7 al 11 de Diciembre. Un cuadro de población total agrupada en los tres tiempos según sintomatología. Cuatro cuadros de los tiempos durante y después agrupados por sintomáticos entre los damnificados y no. Dos gráficas para damnificados contra no y la sintomatología mejoró, quedaron igual o agravaron. Cuatro cuadros de contingencia para comprobación con X2 de acuerdo a sintomáticos de damnificados y no en durante y después para cada uno.

Del 14 al 16 de Diciembre. Revisión de cuestionarios aplicados a los estudiantes de primer año para la prueba piloto para el proyecto de prevalencia de depresión. Fueron calificados 60 cuestionarios de prueba de grado de depresión. Inicio de codificación y registro en hojas para computadora acerca de estos cuestionarios de los cuatro grupos 60 cuestionarios.

Las actividades realizadas en el transcurso del mes de Enero de 1988, referente al área de salud mental, donde se realizaron proyectos como el de efectos psicológicos de los sismos en los estudiantes de Medicina, y un estudio piloto para la investigación longitudinal de la prevalencia de transtornos depresivos en los estudiantes de Medicina.

Actividades del 4 al 8 de Enero- codificación de 48 cuestionarios del estudio piloto, en hojas para computadora y la rectificación de los datos. Se practicó en la computadora para conocer el programa de base III en español para formar una base de datos y en ella vaciar la información de los 58 cuestionarios del estudio piloto. Formación y listado de formato para campos de la computadora con la base de datos.

Corrección de cuestionario piloto ya que en algunas preguntas no estaban claras o completas. Se clasificó el estrato social para codificar los cuestionarios y se dividió en siete estratos que van desde el que tiene grandes ingresos económicos y un puesto empresarial, hasta los de menor ingreso y sin trabajo fijo.

Del 11 al 15 de Enero. Recuento y clasificación de los datos de las hojas codificadas de los sismos de 1985, para realizar cuadros específicos de las personas y el número de síntomas y si eran damnificados o no; de personas sintomáticas y asintomáticas y el número de síntomas. Los síntomas específicos son: Depresión, indiferencia, exageración, angustia, inquietud, insomnio, pesadilla, ideación, intolerancia e hiperactivo.

Del 18 al 22 de Enero.-Cuadros sobre el número de síntomas de damnificados y no en el tiempo después; cuadros de síntomas específicos contra otros y de sintomáticos y no.

Cuadros de contingencia para comprobación con χ^2 cuadrada de los anteriores cuadros mencionados.

Capturación de datos de la información de los 54 cuestionarios del estudio piloto en la base de datos creada en la computadora.

Del 25 al 29 de Enero codificación de los datos de los sismos en los tiempos de durante y después y antes, y con 13 cuadros de contingencia. Calculo con χ^2 cuadrada para comprobar las diferencias de damnificados y no entre sintomaticos y no, etc. Porcentaje de los cuadros de los números de síntomas en los tres tiempos.

Terminar de capturar datos en la computadora para complementar el sexo y estrato social de cada cuestionario.

Práctica de la computadora para conocer el programa de base III para recordar su manejo.

Cruce de variables para que sean realizadas en la computadora, de los cuadros de tabulación del estudio piloto.

Del 15 al 19 de Febrero. Corrección de los cuestionarios "Factores de riesgo en depresión", en variables socioeconómicas.

Revisión de un documento acerca de la epidemiología de la desnutrición, que fué realizado por un grupo de docentes de departamento, para un libro de tercer año de la carrera.

Sesión bibliográfica, de una consulta acerca de un libro que dice de dos ejemplos de aplicación del análisis discriminante en medicina. Cita Méndez Silva R. Ignacio, Investigación en matemáticas aplicadas y en sistemas (IMAS). "El análisis discriminante aplicado en Medicina". No. 179, V.9, serie naranja investigación, 1978.

Se proporcionó el cruce y enlistado de las variables del estudio piloto, por el tipo, campo y claves corregidas y aumentadas para aplicar el programa SSPS, para aplicar el análisis discriminante en un cuestionario. (DCQ).

Las actividades fueron realizadas durante el mes de febrero de 1988, de igual forma de otras veces se trabaja de acuerdo a los estudios que selleven a cabo en el área de salud mental.

Actividades del 1 al 4 de febrero.- Se revisaron los datos que fueron anteriormente capturados en la computadora de el estudio piloto, esto es para completar algunos datos que faltaban como era el sexo, estrato social y ocupación laboral.

Se hizo un recuento y recolección de datos de unos cuestionarios que opinion sobre, la materia que imparte el departamento que es seminarios de integración y prácticas a la comunidad(SIPC), fué en dos grupos uno reunia a alumnos de varios grupos y el otro de un solo grupo el 03; se realizaron cuadros por cada pregunta y su porcentaje, por la respuesta de negativos y positivos y el porcentaje.

Se hicieron cuadros de contingencia para comprobación con chi cuadra de los grupos 03 contra otros. Calculo de promedio rango, - desviación estandar y varianza para los items positivos, negativos, indiferentes, calificación de positivos y negativos.

Se calculo chi cuadra con corrección de Yates para 6 - cuadros del pasado estudio de los mismos, como verificación de la chi antes aplicada.

Del 8 al 12 de febrero.-Se calculo la T de student en los cuadros de la valoración de la materia en comprobación de el grupo 03 y los otros.

Práctica de la computadora para conocer el programa de base III para recordar su manejo.

Cruce de variables para que sean realizadas en la computadora, de los cuadros de tabulación del estudio piloto.

Del 15 al 19 de febrero.- Corrección de cuestionarios "Factores de riesgo en depresión" en variables socioeconomicas.

Revisión de un documento acerca de la epidemiología - de la desnutrición, que fue realizado por un grupo de docentes de departamento, para un libro de tercer año de la carrera.

Sesión bibliografica, de una consulta acerca de un libro que dice de dos ejemplos de aplicación del analisis discriminante en medicina. Cita: Mendez Silva. Ignacio, Investigación en matematicas aplicadas y en sistemas (IIMAS), "El analisis discriminante aplicado en Medicina", No 179, V. 9, serie naranja investigación, 1978.

Se proporciono el cruce y enlistado de las variables del estudio piloto, por el tipo, campo y claves corregida y aumentada para aplicar el programa SSPS, para aplicar el analisis discriminante en un cuestionario (DCQ).

Actividades del 22 al 29 de febrero.- Se vieron las posibilidades de cómo manejar el cuestionario D.C.Q. del estudio piloto, ya que va a ser manejado a nivel de la computadora con el programa SSPS de análisis discriminante, y se concluyó que sólo queda esa opción.

Se armó el original del cuestionario para el estudio de depresión, para mandar a mecanografiar y después a imprección, para realizar mil copias para ser aplicadas a toda la generación de 1988.

Revisión bibliográfica acerca de la importancia de unos documentos como marco teórico del estudio. Citas: Rannis Stanegler, Printz M. DSM - III Psychiatric Diagnosis in a University Population. AM J. Psychiatry - 137:8 August 1980. Sex diferent in Medical Studens Mental Health. Camille, Nanette; AM J. Psychiatry 138:10 Oct. 1981.

Actividades del 1 al 4 de marzo.- Actividades de tipo administrativo colaborando en la organización de los requisitos para los siguientes pasantes de servicio social de la Licenciatura en Enfermería. Así como la actualización epidemiológica que ofrece la Facultad de Medicina para la presentación del Servicio Social.

Revisión del documento "Tazas y razones del uso habitual en salud pública", para comparar con el resumen.

Se realizaron las gráficas de alumnos de primer ingreso a la Facultad de Medicina "Damnificados durante los sismos" y "Comportamiento de la sintomatología psicológica en alumnos de primer ingreso, antes, durante y ocho meses después de los sismos".

Actividades del 7 al 10 de marzo.- Se hizo la petición del oficio para la aprobación de los cuestionarios que se aplicaron a los alumnos de primer ingreso, de ambos turnos, durante la hora en que toman la clase de seminarios de integración y prácticas a la comunidad.

Actividades de campo, aplicación de cuestionarios a los grupos en ambos turnos (matutino y vespertino). Se foliaron los cuestionarios para su mayor manejo.

Actividades del 14 al 25 de marzo.- Actividades de campo, se aplicaron más de 650 cuestionarios en 33 grupos de primer año de los dos turnos de los alumnos de primer ingreso de la Facultad de Medicina. Se foliaron todos los cuestionarios, se codificaron y comenzaron a pasar hojas de recolección de datos para ser capturados en la computadora.

6. AVANCES DE LA INVESTIGACION.

Para llegar al análisis estadístico se presenta la siguiente información que está basada en el estudio piloto, que es el antecedente para realizar el proyecto, es base para aplicar el cuestionario (Ver anexo A) y validarlos, es de esta manera que se corrija o aumente adecuando así a las necesidades propias de la investigación, esta información fué de 53 cuestionarios contestados donde se codificó, esto es que cada pregunta y respuesta, tienen una clave. Las claves fueron anotadas en hojas de registro para su computo.

En la computadora se hizo un análisis estadístico que llegó solo a los promedios que tenía cada pregunta. Debido al tiempo y que el proyecto tenía que comenzar a realizar, se modificó el cuestionario, se folió para llevar control y se aplicó, ahora a toda la población estudiantil del primer ingreso (1988) que fueron un total de 33 grupos en los turnos matutino y vespertino con un promedio de 20 alumnos por grupo y un total de población de 660 aproximadamente. También se codificaron cada uno y se anotó en las hojas de computo, toda la información fué capturada en la microcomputadora para su futuro análisis.

Debido al tiempo no se logró ver resultados, pero para ver la aplicación completa de cada etapa, se llevará hasta el final, en un desarrollo descriptivo se harán características de la población manejando cada variable y la relación de cada una de ellas.

Características generales de la población.

En el ambiente socioeconómico, la edad promedio es de 19 años, (Que corresponden a la moda también). Esta característica personal es variable epidemiológica de mayor importancia asociada con el sexo, desde el punto de vista práctico. Todas las enfermedades en sus varias manifestaciones, (Incidencia, prevalencia, letalidad o mortalidad) muestran variaciones según la edad; ya sea la infancia, la adultez, o vejez. (14).

El 50% de los alumnos son del sexo femenino y el 40% masculino. El 98% en su estado civil, es soltero: tres terceras partes de la población no ha trabajado y el resto en vacaciones (permanentemente.)

Con referencia al estrato social que se codificó - de acuerdo a las preguntas de los ingresos económicos , la ocupación, cen- tro y posición de trabajo del padre o tutor, y se dió la siguiente divi- sión.

1er. Estrato: Los padres que tienen puestos de fun- cionarios, dueños de empresa a gran escala, donde los ingresos económicos son suficientes para vivir desahogadamente.

2do. Estrato. Los padres que son profesionistas, - (Licenciados, Ingenieros, etc.) Que los ingresos son suficientes para vi- vir decorosamente.

3er Estrato, corresponde a padres que son comercian- tes, trabajadores, asalariados, técnicos especialistas con puesto fijo y prestaciones, empleados que los ingresos sean suficientes para vivir deco- rosamente o son suficientes para cubrir las necesidades de sus miembros.

4° Estrato: Obreros, costureras, comerciantes ambu- lantes, etc. que los ingresos insuficientes para cubrir las necesidades - básicas de sus inventarios.

5° Estrato: Son los limosneros, desempleados, de ba- jos ingresos.

De tal manera que el 55% de la población pertenece al tercer estrato, el 30% pertenece al segundo estrato y el resto corres- ponden al 4° estrato social.

En el ambiente familiar, en el 81% en relación con la situación marital viven juntos, el 19% del resto de los padres son se- parados o murió alguno de ellos.

De los problemas principales que enfrenta al alumno o su familia. Como el primer problema principal el 49.1% no tenía ninguno, el 18.8% es escolar y el 11.4% económico, en general esta información ha- bría de depuralo más y dar alguna importancia.

Con las personas que viven los alumnos, el 83% con sus padres y hermanos; el número de personas que comparten son el 43% de 4-6 personas, 33.9% 7 o más y un 22.7% de 1 a 3 personas. Con el número - de hermanos que tienen el 44% tienen de 4 a 6 hermanos, el 36% de 1 a 3 y el 20% de 7 a más hermanos. El lugar en que ocupan entre los hermanos el 47% están en el intermedio y el 37% el mayor.

Cuando el alumno tiene un problema recurre para - consejo o desahogo solo a su madre el 30%, a hermanos y amigos en un 30% y el resto a sus amigos o a nadie. El 86% confían en un amigo plenamente y si han tenido alguna vez novio(a).

Con respecto a la respuesta que tiene un problema importante, les brindan amplia solidaridad el 83% de su madre, el 73% de los amigos y el 71% el padre.

El cuestionario sobre depresión el B.D.I. como ya se explicó antes, consta de 21 items, de los cuatro hay opciones, cuando se contesta la opción "a" no tiene valor, cuando es "b" se le asigna un - punto, "c" vale 2 puntos y "d" 3 puntos. Así cuando se sumen los puntos - nos dá una calificación y se vé si es deprimido, con depresión leve, moderada o grave. De tal manera que el 75% no es deprimido, y el 19% tiene depresión leve, el 4% son moderados y el 2% son graves. De tal manera que - como en el cuadro "A" el 75% de la población no es sintomática y el 25% - es sintomática, en la literatura se observa que están en un promedio normal; en el mismo cuadro se vé la comparación entre hombres y mujeres, sacando porcentajes de acuerdo al total de la población femenina y de la masculina del 75% de ambos son no sintomáticos, como en los antecedentes hay solo diferencia cuando es otra clase de población. Pero siendo estudiantes se opera el mismo porcentaje para ambos sexos, sin diferencia.

CUADRO "1"

Número de alumnos por sexo, con tipo de Síntomas en Diciembre.

1987.

Depresión	Femenino	Masculino	Total.
Nula	24	16	40
Leve	8	2	10
Moderada	0	2	2
Grave	0	1	1
Total	32	21	53

Fuente: Cuestionarios aplicados a grupos pilotos de 1er año de la - Facultad de Medicina.

La manera en que se iba a analizar en el tercer cuestionario que es el de la manera de enfrentar la depresión (DCQ), en el estudio piloto y en el proyecto se haría por medio de la computadora, una vez sacado el análisis estadístico, se le aplicaría un programa que es el S.S.P.C. que es el análisis discriminante, este daría un mapa territorial los lugares que le corresponde a una persona y crearía funciones.

Estas funciones serían como la división de grupo de características, de tal manera que si llegara un nuevo elemento (alumno) de acuerdo a sus respuestas entraría en una función, el mismo programa daría que función es dato importante para un diagnóstico de alguna alteración, es discriminante por el hecho de un nuevo elemento se le considera con riesgo de depresión o no.

Si se quiere abordar este cuestionario en forma descriptiva lo basaríamos en una comparación entre el grupo de los sintomáticos contra los que no, así si hay un dato donde lo que más veces hacen; esto lo abordaremos a su tiempo.

Características específicas.

Al dar a conocer las anteriores cifras se deduce que los siguientes factores no tienen relación con la depresión, comparando todas las variables, contra el resultado del B.D.I.(depresión).

Las primeras variables que son la edad y el sexo no son factores que influyan en la patología, la edad nos verifica en la etapa terminal de la adolescencia y el sexo como en el cuadro "2" no tiene diferencia significativa bajo la comprobación de la hipótesis.

CUADRO "2"

Porcentaje de alumnos por sexo y son o no sintomáticos y en la población total en Diciembre de 1987.

Modalidad	Femenino%	Masculino%	Población Total
Sintomático	25	23.8	24.5
No Sintomático	75	76.1	75.5
T o t a l	100	100	100

Fuente: Misma del Cuadro "1".

En los factores sociales como estado civil y la actividad laboral, tiene un porcentaje igual entre los grupos de sintomáticos y no sintomáticos como en el cuadro 3 donde está representando.

CUADRO 3.

Porcentaje de grupos sintomáticos y no con respecto al estado civil y actividad laboral, en Diciembre de 1987.

VARIABLES	Sintomáticos	No sintomáticos	Pob. Total %
Solteros	100	97.5	98.1
Unión libre	0	2.5	1.9
No ha trabajado	76.9	72.5	73.6
Si ha trabajado	15.4	17.5	16.9
Sólo en vacaciones	7.7	10.0	9.5

Fuente: Misma del cuadro "1".

En lo económico, ver al cuadro "4", de una manera -
 tienden los sintomáticos que su población este la mayoría en estratos más
 bajos en cambio los no sintomáticos en lo contrario, sería que algunas de
 estas personas sintomáticas al estar en un ambiente de posición económica
 mas bajo si los llegara a influir, tal vez en el estudio de toda la gene-
 ración y con mucha población esta diferencia se aprecie más.

CUADRO 4.

Porcentaje de los alumnos con respecto al estrato social si tiene o no
 sintomatología en Diciembre de 1987.

Estrato Social	Sintomáticos %	No Sintomáticos %
1	0	2.5
2	23.1	32.5
3	69.2	50.0
5	0	0
6	0	2.5

Fuente: Misma del cuadro "1".

En lo familiar hay también poca diferencia por al igual que lo anterior los sintomáticos tienen mayor porcentaje que tiene hacia donde los padres están separados, separados o han muerto, esto se ve en el cuadro "5".

Cuadro 5

Porcentaje de la situación marital de los padres de los alumnos en Diciembre de 1987.

Sit. Marital	Sintomática %	No Sintomática %
Viven juntos	69.2	87.5
Separados y forma pareja	0	2.5
Separados y no forma pareja	23.1	5.0
Uno murió y no formo pareja	7.7	5.0

Fuente : Misma del cuadro "1".

De los principales problemas que hay podremos ver que los no sintomáticos el 65% no tiene problemas en cambio en todos los sintomáticos sí tienen problemas. Los no sintomáticos de los restantes su primer problema es escolar y económico esto explica ya que las exigencias académicas sean un problema el escolar y debido a que la mayoría sean del tercer estrato social y las posibilidades económicas no son muy desahogadas así se explica que algunos sean un problema.

En los sintomáticos el primer problema es el escolar como el principal para otros es el económico, y como el segundo problema es el mismo que es el escolar. Se amplía esto en el cuadro 6.

Cuadro 6

Porcentaje de los principales problemas de acuerdo a los sintomáticos y no en Diciembre de 1987.

Principales Problemas	Sintomáticos %	No Sintomáticos %
No tienen	0	65
Escolar	46.1	10
Económico	23.1	7.5

Fuente: Misma cuadro "1".

El resto de los alumnos tienen diversos problemas como los de salud, malas relaciones con los padres, o separación de estos, así están en forma uniforme en los demás problemas.

Con respecto también al ámbito familiar, de las personas con quien vive, el número de personas con quien comparte la vivienda, el número de hermanos, el lugar que ocupa entre los hermanos, con las personas con quien buscan consejo o desahogo, si han tenido novia(o), la respuesta de los amigos y de los padres en caso de problema, todas estas variables no tienen una diferencia entre los grupos así que no influyen en el grado de sintomatología. Tan solo la variable del número de amigos en que confían, los no sintomáticos tienden a tener más amigos en quienes confiar, en cambio los sintomáticos tienden a tener menos amigos o ninguno así se muestra en el cuadro.

Cuadro 7

No. de amigos	Sintomáticos %	No Sintomáticos %
Ninguno	15	12
1 a 2	60	30
Más de 3	25	58

Fuente: Misma Cuadro "1".

En cuanto al cuestionario de como enfrentar la depresión (D.C.Q.) Se compararán los sintomáticos contra los no sintomáticos, de tal manera que características diferentes tienen ambos grupos.

Este cuestionario consta de 29 preguntas o ítems donde se les daba la opción de decir nunca, a veces o siempre se hacía tal cosa; de tal manera que 20 ítems no había ningún patrón de diferencia entre los dos grupos.

Pero se sienten deprimidos y usualmente lo que hacen es que beben más té o café; los no sintomáticos el 72% nunca lo hace, el 22% a veces y sólo el 5% siempre, en cambio los sintomáticos se comportan que nunca solo el 23%, a veces el 54%, siempre el 23%; cuando ignoraban el problema y pensaban otras cosas los no sintomáticos, el 55% nunca, el 35% a veces y el 10% Siempre, estos tendían a hacerlo menos, en cambio.

Los sintomáticos el 69% a veces lo ignoraban y el 23% nunca. Si tomaban tranquilizantes el 100% de los no sintomáticos nunca lo hacían en cambio sólo el 84% nunca y el 16% siempre o a veces de los deprimidos.

En cuanto a si realizaban actividades físicas (Deportes o danza) los sintomáticos el 53% nunca, el 15% a veces y el 30% siempre.

Así que los no sintomáticos el 17% nunca, el 46% a veces y el 37% siempre. Si al estar deprimido se vuelve irritante o cambiante, los no deprimidos el 60% a veces, 15% siempre y el 25% nunca, y el otro grupo el 8% nunca, el 38% a veces y siempre un 53%. Al cortar temporalmente con otras responsabilidades el 80% de los no sintomáticos nunca lo hacen y sólo el 20% a veces, los sintomáticos el 38% nunca, el 53% a veces el 8% siempre. Donde hay marcada diferencia es que al reprocharse así mismo el estar deprimido, los no sintomáticos el 60% nunca, el 35% a veces, y siempre el 5%, ahora los sintomáticos sólo el 8% nunca y a veces o siempre el 82% se reprochaban. Todo esto se esquematiza en el cuadro 8.

CUADRO "8"

Porcentaje entre sintomáticos y no, respecto a que hacen cuando están deprimidos.

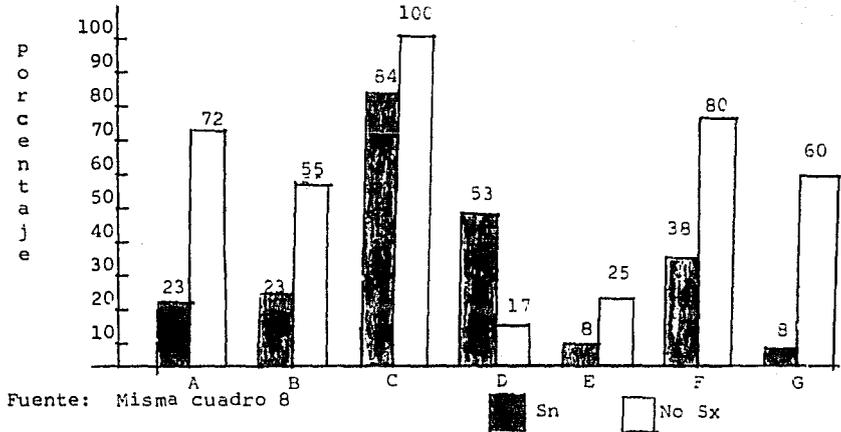
Diciembre de 1987.

RESPUESTAS:	Sintomáticos			No Sintomáticos		
	Nunca,	aveces,	siempre	Nunca,	a veces,	siempre
A) Bebe más thé o café.	23	54	23	72	22	5
B) Ignoran prob.	23	69	8	55	35	10
C) Toman tranquilizantes.	84	8	8	100	0	0
D) Hacen actividad física.	53	15	30	17	45	37
E) Irritable o cambiante.	8	38	53	25	60	15
F) Cortar con otras responsabilidades.	38	53	8	80	20	0
G) Reprocharse.	8	46	46	60	35	5

Fuente: Misma del cuadro "1"

GRAFICA 1

Comportamiento de los deprimidos o no, cuando hacen o dejan de hacer, en Diciembre de 1987.



Así se ve la dificultad del análisis de este cuestionario por esto se necesita hacerlo por medio de la computadora, como un programa especial, esto es sólo con 53 cuestionarios, pero había mucha dificultad al manejar más de 600 cuestionarios, el programa es el análisis discriminante (S.S.P.C.) (29).

Los objetivos de los métodos de computo es el de realizar la clasificación y computo de datos con el método adecuado, según el número de casos y de variables contenidas en problemas que se presenten, este método de computo es realizado integralmente por aparatos electrónicos a partir de la información previamente codificada que es transcrita en hojas de 80 columnas y 24 renglones. Primero se debe codificar el procedimiento más común, el de describir los códigos del instrumento de recolección en una hoja especial, la cual es empleada en cada renglón de las hojas corresponde a cada persona.

Anterior para selección de método 1) Numero de casos, número de variables, disponibilidad de personal para el proceso de cómputo tiempo disponible, recursos económicos disponibles y complejidad del análisis estadístico de la información posterior, es un computo (Programas) (35).

Después de todo esto las conclusiones estarán basadas más que nada en el logro de los objetivos, retomando los objetivos veremos de que manera se lograrán apreciar y que tan adecuados eran.

A) Medir la prevalencia de transtornos depresivos en la generación 86 de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. Esto se cumpliría de tal manera que en una población de 53 alumnos el 24.5% tiene ahora - transtornos depresivos divididos en sintomatología leve, moderada y grave, entonces la distribución específica de este grupo que como en el cuadro 9.

CUADRO 9

Distribución de los grados de la depresión en Diciembre de 1987.

Sx.	Fc.	%
Leve	10	77%
Moderada	2	15%
Grave	1	8%
Total	13	100%

Fuente: Misma del cuadro 1.

B) Determinar la relación existente entre algunos factores biológicos, psicológicos y sociales y la presencia de depresión de este grupo. De acuerdo a lo expresado antes en factores socio-económicos como el estrato social. Que al estar con menos ingresos económicos o que no sean suficientes a las necesidades influyen como factor predisponente.

En el ambito familiar la ausencia (Sea por separación o muerte) de alguno de los padres es factor predisponente.

El hecho de tener algún problema (Escolar, económico, de salud), Sobre todo el escolar predispone aún más, así que en la literatura dice que las presiones académicas son un factor de riesgo; otro factor que distingue a una persona como predispuesta la que cuenta con menos amigos, así una persona que tiende a ser más sociable y amistosa enfrenta con más facilidad la depresión.

En cuanto a lo psicológico tal parece que ayuda el hacer actividades físicas y creativas enfrentar la depresión y como rasgos negativos buscan más tomar té o café, el ignorar el problema, tomar tranquilizantes, cortar con otras responsabilidades, reprocharse por estar deprimido y se porta con más frecuencia irritable y cambiante.

c) Determinar si existen patrones diferenciales de expresión de los estudiantes agrupados según su sexo y presencia de depresión en el momento del estudio.

Como se ejemplificó en el cuadro 1 y 2 no existe - algún patron de diferencia era de esperarse, ya que, en otros estudios - había diferencia en una población normal, pero en una población estudiantil homogénea no la hay.

d) Investigar a los alumnos que presentan algunos - transtornos depresivos a fin de posibilitar la relación posterior de un estudio de casos y controles. En esto lo que se hizo es que a los trece alumnos con síntomas se les mandó una carta con sobre cerrado donde se les indicaba cual era el resultado del cuestionario y dados los síntomas podían pasar al departamento de epidemiología para darles orientación o consulta por parte del responsable del proyecto.

Esto también se realizó en el estudio donde al repartir el cuestionario y como el propósito era el de seguir para medir la prevalencia durante los otros años de la carrera se les insistía en poner el número de cuenta, sino que era anónimo y se les respetaría su anonimato ya que los que anotaran su número de cuenta se les entregaría el resultado. De los 660 alumnos encuestados, aproximadamente a 500 alumnos se les hizo una carta (Que anteriormente se mandó a imprimir) dando el resultado y si querían más información y orientación asistieran al departamento. Todo esto quedó en el momento de repartirlo y no se tuvo oportunidad de ver el seguimiento de casos y controles.

7. CONCLUSIONES.

En este momento se preguntará qué participación tiene el Licenciado en Enfermería y Obstetricia: Tiene mucho que ver en cada una de las partes de una investigación, se requiere del elemento humano que lo crea, que tenga su iniciativa, interés y que se fije una meta. Hay muchos aspectos que aún no han sido abordados y son necesarios en cada campo de la salud, para enfermería donde parece que su único campo es el de la clínica, (Hospitales y Clínicas) y el de los centros de salud, limitando tanto sus actividades, por un lado en las de campo que es la prevención y promoción a la salud donde se aplica en dar charlas, orientación, aplicar vacunas, etc. en un hospital sólo se detiene a leer ordenes médicas, aplicar medicamentos y dar atención, llamada de enfermería, donde se dan cuidados que satisfacen las necesidades primarias, y habría que admitir que mucho son sólo las actividades técnicas; muchos de los libros para enfermería son sólo técnicos, para encontrar algo se acude a grandes tratados, de tal manera, que una enfermera se limita.

Entre lo mucho que se escribe y discute en torno de la colaboración de la Universidad al cambio social, rara vez se encuentran referencias a la reforma de las profesiones como medio para promover un cambio social.

La enorme mayoría de los estudiantes aún cuando reciben durante su carrera orientaciones adecuadas sobre la realidad social del país y estímulos para desarrollar un sentido crítico y social, al convertirse en profesionalista se inserta en moldes que van a condicionar decisivamente su comportamiento efectivo.

La formación de las enfermeras quedó desde sus orígenes totalmente subordinada a las ordenes médicas y limitadas a las actividades manuales y técnicas que el médico requería. "La enfermera con título por otra parte, aunque prestigiada, quedaría restringida a actividades de carácter manual y técnico, y enteramente subordinada al médico."

Se suma el hecho de que la medicina mexicana ha dependido fundamentalmente de la norteamericana, la excesiva especialización ha introducido una tecnología importante y costosa, que no corresponde a las necesidades de un país y se ha frenado el crecimiento de la cobertura de los servicios públicos de salud. Por estas influencias, la enfermería ha adoptado también sistemas administrativos y procedimientos técnicos copiados de otros países sin una correcta adecuación a las propias necesidades.

Los servicios de salud tienen un enfoque curativo hospitalario, la enfermera casi no puede adoptar actividades de carácter promocional, preventivo y de rehabilitación en su amplia extensión.

La mayor parte de las enfermeras mexicanas y el gremio en cuanto a tal, no vé las causas y los efectos de su ser y actuar social, su percepción de la realidad se limita a circunstancias inmediatas que afectan su trabajo. Sus soluciones se orientan a modificar los efectos que les molestan y no a las causas que lo originan.

De tal manera, que sus decisiones son a nivel operacional, nunca vé su actuar como algo que pueda trascender a decisiones funcionales, y con una superación basada en un conocimiento y experiencia, tomar su lugar como un gran premio, con decisiones políticas, en la supraestructura de la atención a la salud.

Por todo lo anterior, entenderemos que como se menciona - al principio de este informe, que conocimiento genera otros, así - hasta llegar a la ciencia. Si actuamos en todos los niveles y áreas (Técnicas, administrativas, docentes e investigación). Podremos entender más nuestras acciones en el momento en que participa en la generación de mayores conocimientos, para basar sus acciones. Es importante dar a conocer los logros que son una base para alguna futura investigación, en donde se adecúan los instrumentos, conocimientos, técnicas, etc.

En nuestro acontecer del país, con nuestras propias necesidades y limitantes.

Durante todo el servicio social se mostró la expectativa de un quehacer, que aún no hemos valorado, aún hay mucho por hacer. De esto, en suma se darán algunos puntos donde fué un logro obtenido.

Identificación de las fuentes de información científica que tiene importancia en su campo profesional.

Elaboración de una ficha bibliográfica de libros, revistas y documentos.

Cómo se diseña el protocolo de investigación.

Dominar procedimientos a las técnicas experimentales básicas de las áreas.

Elaborar un comunicado técnico.

Identificar, aplicar e interpretar las pruebas estadísticas elementales.

Identificar las analogías entre el acto técnico y el método experimental.

Revisar con sentido crítico la información disponible.

Cuestionar los criterios e información debilmente establecidos y buscar alternativas de solución.

Comprender la investigación científica como el proceso que, permite avanzar en el conocimiento y eliminar prácticas y creencias mal fundadas.

Comprender que el método científico, es en sí una actitud que genera en los individuos que la poseen, una forma racional de hacer las cosas, un continuo despertar de iniciativas y deseo de superación, y la capacita para resolver acertadamente los problemas cotidianos.

Comprender que la investigación científica constituye una de las mejores alternativas para la consolidación de la actitud científica.

Considerar que la enfermedad en un paciente, representa un fenómeno de la naturaleza, cuya dilución satisfactoria depende entre otras cosas, de la aplicación adecuada de los fundamentos del método científico.

Como lo aprendido y practicado en el transcurso del servicio social fue muy positivo, se sugiere que convendría aprovechar los campos que nos otorgan este tipo de experiencias, ya que nos da oportunidad de ampliar nuestras capacidades como Licenciado en Enfermería y Obstetricia: permite a cada pasante, tener una perspectiva mayor en el campo de la investigación. Por esto cuando uno de estos campos ofrecen a los pasantes el participar y colaborar en proyectos así, no dejar desocupados estos lugares, darle gran importancia y estimular a los estudiantes para que se interesen en ellos, todo conducirá al reflejo de la trayectoria de la profesión.

Ya expuesto todo, se espera que sea tomado en cuenta que todo trabajo realizado tiene su importancia, está elaborado por un conjunto humano interdisciplinario, que como unico fin es el de mejorar el bienestar de los individuos en el devenir del proceso salud-enfermedad, con acciones eficientes y oportunas en los niveles de atención a la salud.

8. G L O S A R I O

- B.D.I. (Beck Depression Inventory) Inventario de depresión, test psicológico realizado por Beck, para diferenciar los casos en que existe trastorno psicológico; divide a los que no tienen depresión y los que si tienen leve, moderada o grave, según la puntuación.
- Cohorte, estudio en el que la investigación una población, luego, observa los grupos, sus características durante el transcurso del tiempo. Un seguimiento de grupos en un determinado tiempo que puede ser meses o hasta años.
- Chi cuadrada (X²) Prueba de hipótesis que sirven para explicar ciertos hechos y guiar la investigación en otros. Esta prueba de estadística, no paramétrica la cual está basada en la teoría de probabilidades, dicha prueba sirve para independencia y homogeneidad de variables o criterios.
- D.C.Q. (Depression coping strategies). Cuestionario de Kleinke, encaminado a explorar la forma como se condujeron frente a los episodios depresivos sufridos en el pasado, se hace el análisis discriminante para elaborar funciones y ver que caso entra en cada tipo del universo.
- Depresión es un trastorno de la afectividad y una respuesta desmesurada en intensidad y duración y que tiende a mantenerse con recepciones disfuncionales y que amerita tratamiento, ya que amenaza el funcionamiento y la vida de quien la sufre.
- Descriptivo, Estadística. Son los procedimientos para transformar los datos obtenidos y de esta manera conocer la naturaleza de los fenómenos. Se define al fenómeno tabulando, graficando en aritmética (Cálculo matemático y su interpretación; media, rango y moda).
- Empírico. Se dice a los conocimientos que son adquiridos por observación, imitación o práctica, aunque desconozcan sus fundamentos o causas. Cuando se refiere a las ciencias empíricas es que estas se refieren a la experiencia basada en la experimentación y deriva así los conocimientos.
- Epidemiología. Es el estudio de la distribución de la enfermedad y de los determinantes de su prevalencia en el hombre.
- Estadística. En plural es sinónimo de datos numéricos, mientras que la estadística es singular, es el método utilizado en manejo de datos

numéricos. Es una rama de las matemáticas aplicadas en un método que enseña procedimientos lógicos; observación y análisis necesarios para aprovechar el máximo de experiencia de otras ciencias.

-Fáctica, Ciencia, se llaman así porque sus objetos son cosas o procesos, formas en las que se puede ver un surtido ilimitado de contenidos, tanto facticos (reales), como empíricos (Física, Química, Fisiología, etc.)

-Formales, ciencias así llamadas porque tratan de entes ideales, solo existen en la mente humana, ellos construyen sus propios objetos de estudio, son racionales, sistemáticos, y verificables, pero no son objetivos, no nos dan información acerca de la realidad.

-Inferencial. Este tipo de estadística tiene la misión de conseguir técnicas para efectuar inferencias (Consecuencias) inductiva, para medir el grado de incertidumbre de estas. La medida de incertidumbre se expresa en términos de probabilidades.

-Item, se le nombra a una oración que se toma con su respuesta, sin necesidad de una pregunta; solo es una opción. Del inglés al español es punto, artículo, párrafo, dato, aditamento.

-Longitudinal. Es el estudio en el que se mide en varias ocasiones la o las variables del interés.

-Observacional. Es cuando el investigador no modifica a voluntad propia el evento a estudiar, se limita a describir y medir el fenómeno.

-Prevalencia. En epidemiología se refiere a que una variable tiene influencia en las demás variables, en un momento del tiempo donde su importancia es mayor.

-Prospectivo. Estudio en que toda la información se recogerá de acuerdo a los criterios establecidos y en consecuencia para los fines específicos de la investigación.

Protocolo. De una investigación es un documento en el cual se plasma de manera escrita todos los datos que se requieren para llevar a buen término la investigación.

-S.I.P.C. Seminario de Integración y prácticas a la Comunidad. Es una asignatura del Plan de Estudio de la Facultad de Medicina que imparte el Departamento de Epidemiología y Comunidad.

-T Student. Prueba estadística paramétrica y se utiliza cuando vamos a comparar promedios, poblaciones y varianzas.

-Transtorno. Modificación de un estado normal a un estado patológico.

9.- BIBLIOGRAFIA.

- (1) Alport G. "Teoría de la Personalidad", Editorial Paidós. Buenos Aires, Arg.1960.
- (2) Andreasen N. y Colba. "The Cluster, mal and the clasifica of depression". Britt J. Psychiatric. 137: 256-265, 1980.
- (3) Beck Clemmesen. "The Diagnostic of. depresión: 20 years later", Acta Psycl. Scand. 310; 9-30,1983.
- (4) Blalock Hubert. "Estadística Social". Editorial Fondo de la cultura económica. 3a. Edición 1980.
- (5) Bunge Mario. "La ciencia su método y su filosofía". Edición Siglo XX, México, D.F. 1981.
- (6) Caravco J. "La vigilancia epidemiológica, niveles de estudio de la ciencia y aspectos históricos". Rev. Fac. Med. U.N.A.M. 29 (6) 245-251, 1986.
- (7) Cassorla R
Knoble M. "La salud de la adolescencia y en las Américas". OPS publicación científica. 489: 268-80, 1986.
- (8) Cortes
Gallegos V. "El Stress umbral de la enfermedad" Gaceta de la Fac.de Med. de la U.N.A.M. Agosto 214: 5-8, 1987.
- (9) De Gortari E. "Introducción a la-lógica dialéctica". Editorial Grijalvo, México, D.F. 1979. pag. 18.
- (10) División de Investigación. "Normas para el registro y aceptación de inv. epidemiológica, sociales y servicio de salud". Fac. de Med. de la U.N.A.M. 1984.
- (11) Eastwood M. Kramer P. "Epidemiology and Depresión". Psychological Medicine. 11: 229-34, 1981.

- (12) Freedmand A. Kaplan H. "Tratado de Psiquiatria".
Editorial Salvat, tomo I. Barcelona.
pag. 1122-1141, 1982.
- (13) Gellman Ch. "Como comprender la depresión".
Editorial Argos, Verquía, Barcelona, 1980.
- (14) Guerrero R. González
J. Medina J. "Epidemiología", Fondo Educativo Interam.
San Juan, Puerto Rico. Pag. 12-22, 81-99,
112-130.
- (15) Gutiérrez H. Barlar E. "Morbilidad Psiquiátrica en el 1er. nivel
de atención de la Ciudad de México". 1986.
Bol. Of. Sanit. Panamer. 10 (6) 648-57
1986.
- (16) Halldin J. Prevalenci of. mental disorder in an ur-
den population in Central Sweden".
Acta Psychiatry Scand.
69: 503-18, 1984.
- (17) Hays, Lon, Kickson y
Colbs. "Treating Psychiatric problem in medical
students". Am. J. Psychiatry.
143 (11) 1428-31 Nov. 1986.
- (18) Hernández A. Arturo. "La depresión Mental". Rev. Fac. de Med.
8 (6): 27 México, D.F. 1983.
- (19) Kandel B. Davier. "Epydemiology of Depressive Mood in adole-
scentes". Arch Gen Psychiatry.
Vol. 3a: 1205-1212, 1982.
- (20) Kaplan B. Roberts R.
Camacho T. "Psychosocial predictor of depresión".
Am J. Epidemiol Psychyaty.
125: 206-20, 1987.
- (21) Kerlinger F.N. "Investigación del comportamiento y téc-
nicas y metodología", 2a. Edición Inter-
americana. México, D.F. 1979.
- (22) Kris K. "Distress precipilated by psychiatric -
training among medical students". Am I
Psychiatry.
143 (11): 1432-5, 1986.

- (23) Levin Jack. "Fundamentos de estadística en la Investigación Social". 2a. Edición Harla, México, 1979.
- (24) Mackinnon Michels. "Psiquiatría Clínica Aplicada". Editorial Interamericana, 1a. Edición. Pag. 162-175, México, 1973.
- (25) Macmohom B. Pugh Th. "Principios y Métodos de la Epidemiología". 2a. Edición la Prensa Médica, Méx. Pag. 1-41, 1982.
- (26) Marlow R. Dorothy. "Enfermería Pediátrica". 4a. Edición. Editorial Interamericana. Pag. 731-733, 1975.
- (27) Méndez I. "Sistemas de Información e Investigación sociomédica". Instituto de Inv. en Mat. Aplic. y sistem. U.N.A.M. Serie Azul No. 75 Pag. 17, 1983.
- (28) Méndez I, Namihira, Moreno, Martínez. "El protocolo de Investigaciones". Editorial Trillas 2a. Edición. México 1984.
- (29) Méndez R.I. "La estadística y la epidemiología, niveles de estudio de la ciencia y aspectos históricos"; Rev. Fac. Med. U.N.A.M. 29 (6): 245-275, 1986.
- (30) Méndez S.R. "El análisis discriminante aplicado en medicina" Inst. de Inv. en Mate. aplic. y en sist. 179 (9) Serie Naranja. 1978.
- (31) Moreno A. Nahamira E. "Introducción a la investigación médica" Fac. de Med. U.N.A.M. Pag. 40 1985.
- (32) Reynaga J. Claranarla Meza. "Persona y Sociedad". Universidad autónoma metropolitana, Pag. 57-73, Junio 1979.
- (33) Rojas Soriano R. "Guía para la investigación en Ciencias Sociales". Editorial U.N.A.M. México, 1986.

- (34) Rosenblweth A. "El Método Científico". La prensa Médica
2a. Edición. México, 1976.
- (35) Sauza, Cardenas Colba. "Depresión en la adolescencia". Mesa Re
donda, Rev. Fac. Med. .
27 (7): 266-75 México, 1984.
- (36) Stangler R. Printz A. "DSM III: Psychiatric diagnosis in a uni-
versity population" Am J. Psychiatry.
143 (11) 1428-1431 Nov. 1985.
- (37) Syne L., Berkman S. "Social Class, Susceptibility And
sickness". Am J. Epidem. 104 (1): 1-8
Julio, 1976.

- 3) están separados o divorciados: el padre (o la madre) con quien vivo no volvió a formar pareja.
- 4) murieron ambos.
- 5) uno de ellos murió y el otro volvió a formar pareja.
- 6) uno de ellos murió y el otro no volvió a formar pareja.
- X. Señale cuáles son los tres principales problemas que actualmente enfrenta usted y, o su familia. Jerarquice su importancia ordenándolos (1^a, 2^a y 3^a) del lado derecho.

- 01) económico ()
- 02) de salud ()
- 03) judicial o legal ()
- 04) muerte de un familiar o amigo cercano ()
- 05) divorcio o separación de los padres ()
- 06) malas relaciones entre usted y sus padres (uno o ambos)
- 07) separación suya del hogar ()
- 08) rechazo de su familia hacia usted. ()
- 09) malas relaciones maritales o de noviazgo de usted ()
- 10) escolar ()
- 11) no tengo problemas ()
- 12) problemas de otro tipo: especificar

X1. Señale con quien vive usted actualmente:

- | | |
|--|--------------------------|
| 1) mis padres y hermanos | 2) mis padres únicamente |
| 3) mis padres, hermanos y otros familiares | 4) otros familiares |
| 5) mi cónyuge | 6) mi cónyuge e hijos |
| 7) solo | 8) amigos |
| 9) casa de asistencia | |

X11. Indique el número de personas que comparten con usted la vivienda (incluye familiares, parientes y amigos).

- | | | |
|-----------------------|------|--------------|
| 1) ninguna, vivo solo | 2) 1 | 3) 2 |
| 4) 3 | 5) 4 | 6) 5 |
| 7) 6 | 8) 7 | 9) más de 7. |

X111. Indique el número de hermanos que tiene usted.

- | | | |
|-------------|------|-------------|
| 1) no tengo | 2) 1 | 3) 2 |
| 4) 3 | 5) 4 | 6) 5 |
| 7) 6 | 8) 7 | 9) mas de 7 |

XV. Indique el lugar que ocupa entre los hermanos.

- 1) hijo único
- 2) el mayor
- 3) el menor
- 4) intermedio

XV. En caso de tener un problema emocional, usted recurre para consejo o desahogo:

- 1) a su padre
- 2) a su madre
- 3) a sus hermanos
- 4) a sus amigos
- 5) a familiares
- 6) a profesionales
- 7) a su cónyuge
- 8) a nadie

XVI. ¿Cual es el número de amigos en los que usted confía plenamente?

- 1) ninguno
- 2) uno
- 3) dos
- 4) tres
- 5) cuatro
- 6) más de cuatro

XVII. ¿Ha tenido usted alguna vez novia?

- 1) sí
- 2) no

XVIII. En caso de un problema importante, ¿cual es la respuesta de sus amigos?

- 1) son indiferentes
- 2) me apoyan si pueden hacerlo fácilmente
- 3) me brindan amplia solidaridad

XIX. En caso de un problema importante, ¿Cuál es la respuesta de su padre?

- 1) es indiferente
- 2) me apoya si puede hacerlo facilmente.
- 3) me brinda amplia solidaridad

XX. En caso de un problema importante, ¿cuál es la respuesta de su madre?

- 1) es indiferente.
- 2) me apoya si puede hacerlo facilmente.
- 3) me brinda amplia solidaridad.

XXI. Si esta repitiendo el primer año de la licenciatura, ¿cuáles asignaturas reprobó?

CUESTIONARIO SOBRE DEPRESION (B.D.I.)

Instrucciones: en este cuestionario hay unos grupos de afirmaciones. Por favor lea cuidadosamente cada grupo de ordenes, luego elige la afirmación en cada grupo que describa mejor la manera en que has estado sintiendote la semana pasada incluyendo hoy. Dibuja un circulo sobre la letra que este a lado de la afirmación que eligiste. Si varias oraciones en el grupo parecen aplicarse de la misma forma, pon un circulo alrededor de cada una.

- 1.- a) no me siento triste
b) me siento triste
c) me siento triste todo el tiempo y no puedo salirme de este estado.
d) estoy tan triste e infeliz que no lo puedo soportar.
- 2.- a) No estoy especialmente decepcionado acerca del futuro
b) me siento decepcionado acerca del futuro
c) siento que no tengo ninguna ilusion para el futuro.
d) siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
- 3.- a) no me siento como un fracaso
b) siento que he fracasado mas que el promedio de las personas.
c) si reflexiono sobre mi vida pasada, solo encuentro un montón de errores.
d) siento que como persona soy un completo fracaso.
- 4.- a) obtengo la misma satisfacción de las cosas como en el pasado.
b) no disfruto de las cosas como en el pasado.
c) ahora no obtengo verdadera satisfacción en nada.
d) estoy insatisfecho o aburrido con todo
- 5.- a) no me siento especialmente culpable.
b) me siento culpable una buena parte del tiempo.
c) me siento bastante culpable mayor parte del tiempo.
d) me siento culpable todo el tiempo.

- 6.- a) no siento que estoy siendo castigado.
b) siento que, que posiblemente estoy siendo castigado.
c) espero ser castigado.
d) siento que estoy siendo castigado.
- 7.- a) no me siento decepcionado de mi mismo.
b) estoy decepcionado de mi mismo.
c) estoy disgustado de mi mismo.
d) me odio.
- 8.- a) no siento que soy peor que cualquier otra persona.
b) me critico a mi mismo por mis debilidades y errores.
c) siempre me culpo por mis errores.
d) me culpo a mi mismo por todo lo malo que sucede.
- 9.- a) no tengo pensamiento sobre matarme en absoluto.
b) tengo pensamientos sobre matarme, pero no lo haria.
c) me gustaria matarme.
d) me mataria si tuviera la oportunidad.
- 10.-a) no lloro mas de lo común.
b) lloro ahora mas que antes.
c) ahora lloro todo el tiempo.
d) antes podia llorar pero ahora, no puedo aunque quiero.
- 11.-a) no estoy mas enojado ahora que en cualquier otra oca-
b) me enojo o me molesto mas facilmente ahora que antes (ción
c) ahora estoy enojado todo el tiempo.
d) no me enojo en absoluto por lo que antes me enojaba.
- 12.-a) no he perdido el interes por otras personas.
b) estoy menos interesado por las personas que antes.
c) he perdido la mayor parte de mi interes por otras per.
d) he perdido el interes por otras personas.
- 13.-a) tomo desiciones tambien como siempre he podido.
b) pospongo en tomar desiciones mas seguido que antes.
c) tengo mayores dificultades para tomar desiciones que
antes.
d) ya no puedo tomar desiciones en absoluto.
- 14.-a) no siento que me veo peor que en el pasado.
b) me preocupo por verme viejo y no atractivo.

- c) siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen verme no atractivo.
 - d) creo que me veo feo.
- 15.-a) puedo trabajar aproximadamente tambien como antes.
- b) me toma un esfuerzo especial el comenzar a realizar algo.
 - c) tengo que empujarme energicamente para hacer cualquier cosa.
 - d) no puedo realizar absolutamente ningún trabajo.
- 16.-a) puedo dormir tambien como de costumbre.
- b) no duermo tambien como en el pasado.
 - c) me despierto de una o dos horas antes de lo que acostumboro y me cuesta trabajo volverme a dormir.
 - d) me despierto varias horas mas temprano que de lo acostumboro y me es imposible volverme a dormir.
- 17.-a) no me canso mas de costumbre.
- b) me canso facilmente que en el pasado.
 - c) me canso al hacer cualquier cosa.
 - d) estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.
- 18.-a) mi apetito no esta peor que de costumbre .
- b) mi apetito no esta tan bueno como lo tenia antes.
 - c) mi apetito, en alto grado ahora es peor
 - d) ahora ya no tengo apetito en absoluto.
- 19.-a) no he perdido mucho peso (si es que estoy haciendolo)
- b) he perdido mas de dos kilos.
 - c) he perdido mas de 4 y medio kilos.
 - d) he perdido mas de siete kilos.
- 20.-a) no estoy preocupado por mi salud que de costumbre.
- b) estoy preocupado sobre problemas fisicos, tales como molestias o dolores, o indigestión.
 - c) estoy preocupado sobre mis problemas fisicos, y me es difícil pensar en otra cosa.
 - d) estoy tan preocupado por mis problemas fisicos que no puedo pensar en otra cosa.

- 21.-a) no he notado un cambio reciente en mi interés sexual.
- b) estoy menos interesado en el sexo que antes.
- c) ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
- d) he perdido el interés en el sexo completamente.

Cuestionario Sobre la Manera de Enfrentar la Depresión.

Cuando estoy deprimido usualmente hago: Casi siempre.
A veces o Nunca.

- 1.- Busco compañía o consejo en grupos de amigos o gentes cercanas.
- 2.- Como mucho
- 3.- Me vuelvo agresivo o me siento como peleando.
- 4.- Fumo cigarrillos.
- 5.- Medito o hago otras cosas para relajarme.
- 6.- Veo T.V.
- 7.- Bebo mas té o café.
- 8.- Lloro.
- 9.- Duermo mucho.
- 10.- Procuro estar solo.
- 11.- Ignoro el problema y pienso en otras cosas.
- 12.- Fumo marihuana.
- 13.- Camino o hago viajes cortos.
- 14.- Sueño despierto y fantaseo.
- 15.- Tomo drogas estimulantes (como anfetaminas).
- 16.- Trabajo conmigo y trato de efectuar un plan para hacerme sentir mejor.
- 17.- Me junto con una persona o amigo muy cercano.
- 18.- tomo tranquilizantes (como valium).
- 19.- Me entretengo en actividades físicas como deportes o dan-
- 20.- Me vuelvo irritable o cambiante. (za.
- 21.- Corto temporalmente con mis otras responsabilidades.
- 22.- Me reprocho por sentirme deprimido.
- 23.- Me entretengo en actividades sexuales (de cualquier tipo)
- 24.- Confronto mis sentimientos y trato de descartar lo malo

10.2 Historia Natural de la Depresión.

Concepto. Es un trastorno de la afectividad y una reapuesta desmesurada en intensidad y duración y que tiende a mantenerse con repercusiones disfuncionales y que amerita tratamiento, ya que amenaza el funcionamiento y la vida de quien lo sufre.

Periodo Prepatogénico.

Ambiente: Ambiente social: Problemas familiares, pérdida de los padres (uno de ellos), pocos amigos, stress por alto nivel de vida agitada, nivel socioeconómico bajo. Presiones escolares.

Agente: Los mismos que pertenecen al ambiente.

Huesped: Individuo, en periodo de adolescencia, vejez, - menopausico; con trastornos en el desarrollo de la personalidad (emocional).

Factor desencadenante: Interacción de la triada ecológica.

Periodo Patogénico:

Signos y Síntomas.

Las manifestaciones clínicas se pueden observar casi en toda la personalidad, que se traslape o se sobreponga a muchos otros cuadros patológicos.

En el área emocional: Abatimiento del humor, sentimientos negativos hacia si mismo, disminución de la satisfacción o el interés a estímulos que anteriormente habían sido gratificantes, ataques de llanto.

Alteraciones Cognoscitivas: Menor percepción de un autoconcepto negativo, pérdida de la imagen, expectativa como ser derrotado o ser rechazado, autocrítica exagerada, autoculpabilidad, distorsión de la imagen corporal e indecisión paralizantes.

En la motivación: El futuro pierde significado y concurren ideas de evitación, escape o retirada, que cuando son muy intensas pueden conducir a la farmacodependencia o suicidio.

Manifestaciones Neurovegetativas y físicas: Pérdida de - apetito, insomnio, disminución de lo líbido o del deseo sexual, fatigabilidad y otras.

Actividad Psicomotora: Agitación, lentificación de movimientos, es en forma psicótica, se puede agregar presencia de delirio o alucinaciones.

Complicaciones:

Delirio, alucinación, convertirse en una forma psicótica, melancolía depresiva o un manicodepresivo. Caer en la farmacodependencia, alcoholismo y llegar al suicidio (muerte).

Niveles de Prevención.

Periodo prepatogénico.

Promoción de la salud y protección específica.

Asistir a reuniones con grupos, favorece el deporte o actividades físicas. Promover la prevención de tomar café, fumar cigarrillos y farmacodependencia. Crear un ambiente familiar más sociable y apacible. En caso de presentar alguno de los síntomas recurrir a un consejo con el médico.

Periodo Patogénico.

Diagnóstico: Se sospecha en la presencia de los síntomas. Cuando normalmente se restaura el equilibrio del ego y la respuesta de la persona se considera una reacción depresiva normal. Pero cuando son cuantitativa y cualitativamente deficientes, ya sea por trastornos del crecimiento o en el desarrollo temprano del aparato psíquico, las etapas del duelo no se completan y puede establecer la depresión clínica.

En la práctica clínica se usan cuatro criterios, en el diagnóstico de la depresión: La intensidad, la duración, el factor desencadenante, y el tipo de rasgos psicopatológicos. Existe un gradiente de intensidad vagamente definido entre el estado de ánimo normal y el estado patológico, pero no se han trazado unos límites claros.

Tratamiento:

Primero es de ubicarlo en el ámbito que impera su propio estado o desarrollo, en congruencia con sus relaciones familiares y entrarlo al grupo que pertenece.

El grupo como tratamiento da oportunidad de verse con otros, de no sentirse extraño, ni confundirse, de recibir opiniones que puedan aceptar con mayor facilidad. El terapeuta en su papel conciliador facilita la comunicación y sobre todo le permite un acercamiento al mundo, esto ayuda la psicoterapia de grupo, siempre y cuando no entre en crisis aguda de depresión.

El tratamiento medicamentoso constituye la base del tratamiento médico.

Hay tres series químicas muy activas, los medicamentos tricíclicos, los inbadores de la M.A.O. y el Litio y derivados. Otros son los psico estimulantes y energizantes y los coadyuvantes.

Tricíclicos: Amipriptilina, clorimipramina, imipramina, doxepim, maprotilina, nortriptilina, trimetrimina.

I.M.A.D. : Fenancina, Metfendracina, Metilbencil, Benzoilhidracnia, nialanida, trancipromina.

Antidepresivos eufímicos: Litio.

Antidepresivos Metabólicos: Seanol y derivados.

Antidepresivos Normotímicos: Dipropilacetamida.

Psicoestimulante energizantes: Anfetaminas, centrofenoxina, citocolbina.

Medicación Coadyuvante: Somniferos, laxantes, ansioléticos y medicamentos tensiactivos.

Rehabilitación puede acudir a secciones de grupo (Neuróticos Anónimos), tener más actividades de distracción; en caso de ser una patología definida, asistir al especialista periódicamente.