

11241
+
20



Universidad Nacional Autónoma de México

División de Estudios Superiores
Facultad de Medicina

Departamento de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental

PREVALENCIA DE DEPRESION Y RASGOS PSICOLOGICOS
EN PACIENTES HIPERTENSOS. COMPARACION CON
DOS GRUPOS CONTROLES

T E S I S A

Que para obtener el Diploma de
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

P r e s e n t a

L A D O C T O R A

PATRICIA HUMBERTA AYALA TAPIA

México, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1993



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.

INTRODUCCION.

La depresión es un problema de Salud Pública. La depresión puede definirse como un síndrome que se caracteriza por los siguientes criterios clínicos(29):

I.- Afecto persistente.

A. Depresión, tristeza y melancolía.

II.- Equivalentes fisiológicas.

A. Alteraciones rítmicas.

1. Variación diurna: exageración de los síntomas - en las mañanas y algún alivio en el transcurso - del día.

2. Sueño: característicamente al inicio o frecuentemente al despertar.

3. Apetito: disminución en la ingesta de alimentos.

4. Baja de peso: asociada con disminución en la ingesta de alimentos o aumento del metabolismo y - disminución de la actividad.

5. Sexo: disminución de la libido.

B. Otros trastornos.

1. Gastrointestinales.

2. Cardiovasculares.

3. Musculoesquelético.

III.-Equivalentes psicológicas.

A. Actividad psicomotora.

1. Agitación.

2. Retardada.

B. Ideación .

1. Confusión .

2. Irritabilidad.

3. Desinterés.

4. Desesperanza.

5. Indecisión .

6. Devaluación personal.

7. Rumiación suicida .

Es difícil saber la cantidad de individuos que padecen depresión. Algunos autores(1,4) que ocurre entre el 4% y el 7% de la población general, esta cifra es alta si se tiene en cuenta a la población mundial. Es así evidente la importancia que tiene la depresión en el panorama de Salud Pública. Así mismo es conveniente conocer la historia natural de la depresión principalmente para conocer su epidemiología, sus factores o causas para incrementar nuevas modalidades terapéuticas.

A lo largo de publicaciones actuales de la depresión se ha puesto énfasis en el enfoque bioquímico de este síndrome. La teoría bioquímica de la depresión empezó a desarrollarse a partir de la observación que se hizo de un estado depresivo intenso en pacientes que recibían tratamiento prolongado con reserpina como terapia contra la hipertensión arterial.

La hipertensión arterial se asocia frecuentemente a la depresión. Algunos autores(1,4) sugieren que más del 35% de los pacientes hipertensos tienen depresión, cifra que es mucho más alta que la de la población general en la que se reporta una prevalencia del 4% al 7% y es similar a la población psiquiátrica, en donde la prevalencia de la depresión es del 23% al 34%.

Entre las hipótesis que tratan de explicar esta relación están las siguientes: la que sugiere un mismo factor etiológico para la depresión y para la hipertensión arterial; la que postula que la depresión es secundaria al hecho de tener una enfermedad crónica, como la hipertensión arterial; la que considera a la depresión como efecto colateral del tratamiento antihipertensivo; y la que habla de relación depresión /hipertensión arterial como algo casual.

La etiología de la hipertensión arterial se relaciona con un aumento en la actividad adrenérgica tipo beta, lo que aumenta el esfuerzo cardíaco y altera la liberación de la renina, dando como resultado la vasoconstricción y el aumento de la resistencia periférica. Existen otros factores que han postulado como etiológicos en la hipertensión arterial: el aumento del volumen circulante, el aumento en la secreción de renina y la disminución de sustancias vasopresoras.

La hipótesis que trata de explicar la depresión del paciente hipertenso como efecto de los medicamentos antihipertensivos aparece desde 1950, año en que se reportó que los sujetos tratados con reserpina se deprimían. Tanto como la alfa-metildopa como la reserpina provocan depleción de las aminas cerebrales. Ambas se usan como antihipertensivos y pueden provocar depresiones. También pueden provocar depresiones otras drogas antihipertensivas a las que no se les conoce efectos sobre las aminas cerebrales tales como la clonidina, el propranolol, la guanetidina y la benatidina. Los diuréticos administrados de por vida, pueden producir un síndrome de depleción del sodio, cuya primera manifestación puede ser la depresión.

La incidencia de depresión resultó ser la misma para las diferentes drogas, el 33% pero el comportamiento varió dependiendo de si recibían bloqueadores adrenérgicos, reserpina o alfa-metildopa (I).

Los bloqueadores adrenérgicos se asocian a depresiones severas y de tipo crónico, mientras que la reserpina y la alfa-metildopa se asocian a depresiones más leves tanto de tipo crónico como transitoria, que desaparecen aun sin tener que suspender la droga; éstas ocurren en el 16% de los pacientes y parecen corresponder a los episodios depresivos

reportados en los sujetos tratados con reserpina y ser secundarios a la depleción central de aminas. El patrón depresivo crónico no parece deberse al efecto de las drogas, ya que ocurren también con los bloqueadores aminérgicos que no parecen influir sobre las aminas cerebrales; estos cuadros también corresponden a episodios depresivos en sujetos que ya padecían depresiones (I) .

El factor etiológico en la depresión también es muy complejo e involucra componentes neurofisiológicos y bioquímicos. Se postula una disminución en la función de las aminas cerebrales, que puede ocasionarse por la producción de neurotransmisores falsos, por depleción de las aminas biogénicas, por alteraciones en la sensibilidad de los receptores o por aumento en la actividad de las monoaminooxidasas (7). Otros autores sugieren que la depresión sobreviene por un dominio de los neurotransmisores colinérgicos sobre los adrenérgicos (8,9) .

Mandell y Segal proponen que en la depresión la función de las catecolaminas cerebrales no están disminuidas sino más bien aumentadas, en oposición a la teoría de Schildkraut. Estos autores se basan en el tiempo de latencia tan prolongado que requieren los antidepressivos para ejercer su efecto y en que el efecto agudo de inhibición en la recaptura de las aminas estaría seguido de un mecanismo compensatorio con disminución en la actividad aminérgica, lo cual constituiría el efecto terapéutico .

Además de las teorías aminérgicas en la depresión existen autores (9,10) que sugieren alteraciones en el sistema hipotálamo -hipofisario-adrenal y en el metabolismo de los líquidos y electrolitos .

Se han encontrado relaciones a nivel psicológico que pueden aplicarse a la hipótesis que postula a la depresión como secundaria a la hipertensión arterial y se dice que tanto los sujetos hipertensos como los deprimidos tienen relaciones interpersonales dependientes y ambivalentes, dificultad para expresar la agresividad que dirigen hacia ellos mismos (6,3,4). En ambos existe el factor común de "pérdida del objeto", que en el paciente hipertenso corresponde a la "pérdida de la salud". En este caso la asociación corresponde no solo a la hipertensión arterial sino a cualquier otra enfermedad crónica que se acompañe de pérdida de la capacidad para trabajar, de la capacidad física, de la disminución de los refuerzos sociales y de la conciencia de estar enfermo de gravedad (5).

Un importante aspecto de la historia natural de la depresión es su presencia o no en las enfermedades crónicas. Esta es una cuestión difícil de contestar porque la dificultad radica en determinar si la depresión precede a la enfermedad, la acompaña o fue causada por la enfermedad.

Algunos autores (5,11,12) han observado que la prevalencia de la depresión en pacientes con enfermedad crónica es del 27% para el estado leve y un 65% para quienes presentan enfermedad crónica, que se acompañe de dolor y confinamiento en un hospital.

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica en la cual se ha estudiado el fenómeno de la depresión a partir de la hipótesis que señala que la depresión es secundaria a la enfermedad. Basándose en la anterior hipótesis se procedió a investigar la prevalencia de la depresión y los rasgos psicológicos comunes en los pacientes hipertensos; comparándolos con dos grupos controles: uno de ellos con enfermedad crónica de aparato digestivo y otro de sujetos sanos.

MATERIAL.

Los instrumentos que son objetos de análisis son los siguientes :

- 1.- La escala de automedición de la depresión de Zung, que permitió obtener una evaluación de estados depresivos.
- 2.- El Inventario Multifásico de la personalidad Minnesota - versión corregida de 366 preguntas .
- 3.- Los criterios diagnósticos del DSM III para los trastornos afectivos, que permitió evaluar el diagnóstico psiquiátrico.

Criterios de los instrumentos.

Para evaluar la escala de depresión de Zung, el índice fluctuó entre 25 y 90. Los criterios de corte establecido por Zung fueron los siguientes (19):

25 a 50 normal

63 a 90 estados depresivos .

Para evaluar las escalas del MMPI, se utilizó la puntuación T (20,22).

T + 45 a 70 normal.

T + 70 a + 90 estados depresivos .

Para obtener el diagnóstico psiquiátrico se utilizó la entrevista clínica psiquiátrica completa que la realizó la investigadora responsable y los criterios diagnósticos del DSM III .

Episodio depresivo mayor .

Trastorno distímico.

METODOLOGIA.

Se formaron tres grupos de 10 sujetos para cada grupo(1,2,3)

con edades de 20 a 49 años, escolaridad primaria completa como requisito indispensable para la aplicación de los instrumentos clínicos de medición. Cada grupo estuvo integrado por 10 sujetos: cuatro hombres y seis mujeres.

Se denominó grupo 1 a los pacientes con diagnóstico clínico de hipertensión arterial que se seleccionaron en la Clínica de Hipertensión Arterial del Instituto Nacional de Nutrición "Dr. Salvador Zubiran". Los diagnósticos de hipertensión arterial fueron elaborados por los médicos responsables de la Clínica de Hipertensión Arterial. La severidad de la hipertensión arterial fue de leve a moderada (diastólica de 95 a 120 mm de Hg) con tratamiento a base de diuréticos por vía oral más metildopa y/o propranolol.

El grupo 2 se integró con pacientes con diagnóstico clínico de colecistitis crónica litiasica, se seleccionaron en el servicio de Gastroenterología del Instituto Nacional de Nutrición "Dr. Salvador Zubiran". Los diagnósticos de colecistitis crónica litiasica, lo realizaron los médicos responsables del servicio de Gastroenterología. La severidad fue leve a moderada y su tratamiento quirúrgico.

El grupo tres fue integrado por sujetos sanos seleccionados de la población general.

No se incluyeron en ninguno de los grupos sujetos que cursaran con enfermedad endocrinológica, neoplásica, psiquiátrica, dolor crónico, estado confusional o que estuvieran cursando con duelo por muerte o separación. Tampoco los que estuvieran con drogas conocidas que causen alteraciones mentales.

Los 30 sujetos fueron informados del procedimiento y -

previo consentimiento, se procedió a realizar la evaluación clínica que consistió en la entrevista clínica psiquiátrica utilizando los criterios diagnósticos para los trastornos afectivos del DSM III, la aplicación del MMPI versión abreviada de 366 preguntas y la aplicación de la escala para la automedición de la depresión de Zung .

RESULTADOS.

Al final del estudio los grupos fueron formados por 10 sujetos cada uno: cuatro hombres y seis mujeres, sumando 30 sujetos. Sus características demográficas se señalan en el cuadro 1 .

Prevalencia de la depresión.

Los resultados de la entrevista psiquiátrica utilizando los criterios diagnósticos del DSM III se señalan en el cuadro 3 . En el grupo 1 los hallazgos fueron: tres mujeres con trastorno distímico y un hombre con episodio mayor de depresivo. Los resultados para el grupo dos fueron: una mujer con trastorno distímico y otra con episodio depresivo mayor. En el grupo tres el resultado fue una mujer con trastorno distímico .

Los resultados utilizando la escala de automedición para la depresión de Zung se señalan en el cuadro 5. En el grupo 1 el hallazgo fue de cuatro sujetos con depresión. En el grupo dos el resultado fue dos sujetos con estado depresivo. El resultado del grupo 3 fue un sujeto con estado depresivo.

Se observó una correlación con el DSM III y con el índice de Zung para la prevalencia de la depresión para los---

tres grupos.

Los resultados de la escala 2(D) del MMPI se señalan en el cuadro 6. En el grupo 1 el resultado fue cinco sujetos - con escala 2 elevada indicando estado depresivo. En el grupo 2 el hallazgo fue dos sujetos con la escala 2 elevada para estado depresivo. El resultado del grupo 3 fue un sujeto con la escala 2 elevada indicando estado depresivo.

En el grupo 1 se detectó un sujeto con escala 2 elevada sin que obtuviera una correlación en el índice de Zung y el DSM III. La puntuación fue de 72 que se interpretó como actitud derrotista y aprehensiva frente a situaciones críticas. Los demás sujetos detectados como deprimidos con la escala 2 obtuvieron una correlación para la prevalencia de la depresión en el DSM III y el índice de Zung.

Rasgos psicológicos.

Se analizó la media de cada escala en forma independiente encontrándose diferencias relativas entre los tres grupos (cuadro 2) .

El grupo 1 y el grupo 2 no mostraron entre si diferencias en la media de la escala 1 (Hipocondriasis). La diferencia resultó para el grupo 3 (sujetos sanos). La media de la escala 2 (Depresión) no mostró diferencias entre los grupos 1 y 2 pero se observa que el grupo 1 es más depresivo que el grupo 2 . La diferencia fue reportada para el grupo 3. La media de las escalas 8 (Esquizofrenia), 7 (Psicastenia) y 0 (Introversión) mostraron diferencias para el grupo 2 que resultó con rasgos obsesivos, esquizoides y de introversión .

El perfil promedio psicológico de los tres grupos se reportó dentro de límites clínicos normales.

Los resultados de la prevalencia de la depresión entre los tres grupos se obtuvieron por medio de la prueba de Fischer, no resultando con diferencias significativas. Así mismo los resultados del índice de Zung y la escala 2(D) del LLPI entre los tres grupos se obtuvieron por medio de la prueba de t-student con alfa de .05 con 18 grados de libertad ($t= 1.734$) se señalan en los cuadros 7 y 8, con diferencia significativa entre el grupo 2 y el grupo 3 para el índice de Zung. No hubo diferencias significativas entre los grupos y la escala 2 (D) para la prevalencia de la depresión.

Para finalizar los resultados promedios de las escalas clínicas del LLPI indican que no hay diferencias significativas entre los tres grupos, se utilizó la prueba t-student con alfa de .05 con 18 grados de libertad ($t=1.734$). (cuadro 10).

DISCUSION.

El estudio indica que la depresión es un fenómeno común en los pacientes que presentan enfermedad crónica (4,1,15,11,5) que en los individuos sanos y relativamente mayor en los pacientes hipertensos (4,1,15). Sin embargo los resultados del análisis estadístico no fue significativo, quizás por lo pequeño de la muestra. En la literatura clínica sobre depresión se señala que la prevalencia de la depresión esta relacionada en forma importante a las situaciones desfavorable de la vida, a la severidad de la enfermedad y a la persona líquida previa (15,11,5). En este estudio se observó que los pacientes que cursaban con episodio depresivo mayor presentaban una agudización de la enfermedad crónica que los colocaba en una situación desfavorable de la vida. Uno de ellos padecía hipertensión arterial moderada en el momento de la

investigación secundaria a anomalías renovasculares y habiéndose sometido cirugía (nefrectomía) un mes antes de la investigación y su pronóstico desfavorable para la vida. El segundo paciente con episodio depresivo mayor cursaba con coledoclitias crónica litiásica y estaba programada para tratamiento quirúrgico en el momento de la investigación. Ambos pacientes estaban internados.

Los cinco pacientes con trastorno distímico no cursaban con agudización de su padecimiento, ni con situaciones desfavorables de la vida como pronóstico grave, hospitalización pero por medio de la entrevista psiquiátrica se observó mayor rasgos neuróticos, los cuales se asocian a un bajo concepto del sí mismo (14, 16, 17, 18), lo cual provoca un patrón característico de respuesta a conflictos internos o externos de estos pacientes. Ellas revelaron que antes de presentar su enfermedad su autoestima estaba disminuida, se sentían solas, poco queridas, que no valían nada, que no tenían éxito o era insuficiente. Las cinco eran solteras, se sentían poco atractivas y sus realizaciones pobres en las actividades sociales, educativas o vocacionales. Los restantes examinados no presentaban las anteriores características.

En los hallazgos reportados por las escalas del MMPI apoyan las observaciones anteriores: los pacientes con depresión mayor, las escalas altas fueron la escala 2 (T 80 a T 90) que se interpretó como la presencia de marcados sentimientos de inseguridad, de sentimientos de pesimismo, de sentimientos de culpa, además notable reducción de la energía, la falta de motivación y la pérdida general del interés, la lentificación de la conducta motriz y del pensamiento. La escala 9 baja (T 25 a T 45) que se interpreta la falta de energía y motivación al realizar cualquier actividad. La escala K baja (T 48 a T 50) se interpreta como baja autoestima, y presentaran dificultad para terminar la prueba psicológica-

y los sujetos con trastornos distímicos se comportaron en forma diferente en las escalas del MMPI presentando un desorden de personalidad de tipo obsesivo, el resultado es igual a los reportados por diferentes estudios (14,17,18,23). Estos hallazgos sugieren que los rasgos psicológicos y los desórdenes de personalidad no son variables independientes y que las diferencias de rasgos psicológicos están relacionados con el subtipo de depresión y las características de la enfermedad depresiva.

CONCLUSIONES.

Las conclusiones que pueden ser extractadas de este estudio son limitadas por el número reducido de la muestra y en especial por desconocer los rasgos premórbidos de la personalidad de los sujetos estudiados. No obstante este estudio concluye que la prevalencia de un episodio depresivo mayor en los sujetos con enfermedades crónicas está sujeta a dos variables: a) una personalidad previa normal y b) las características de la enfermedad crónica como son severidad mayor, pronóstico grave y hospitalización. Si esta conclusión es correcta se puede afirmar que existe en estos sujetos una vulnerabilidad biológica para la depresión.

CUADRO 2 MEDIAS DE LAS ESCALAS CLINICAS DEL MMPI

Escala	MEDIAS		
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
L	56.9	57.1	55.2
F	60.7	61.2	58.1
K	54.8	59.0	64.1
1(Hs)	62.6	64.9	55.3
2(D)	67.9	66.4	60.3
3(Hi)	59.7	61.5	59.7
4(Dp)	60.9	62.1	61.8
6(Pa)	57.8	56.9	55.9
7(Pt)	58.4	64.7	55.7
8(Es)	63.5	67.6	60.1
9(Ma)	58.2	56.2	52.9
0(Si)	57.0	62.5	51.6

Cuadro 1

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES ESTUDIADAS

VARIABLES	GRUPO 1 n=10	GRUPO 2 n=10	GRUPO 3 n=10
SEXO	N	N	N
Masculino	4	4	4
Femenino	6	6	6
EDAD	años	años	años
Masculinos	20 a 40	20 a 40	20 a 40
Femeninos	40 a 49	40 a 47	40 a 45
ESTADO CIVIL	N	N	N
Casado	5	7	4
Soltero	3	2	5
Vuido	0	0	1
Unión libre	1	0	0
Divorciado	1	1	0
OCUPACION	N	N	N
Hogar	3	5	3
Empleo	6	4	5
Estudiantes	1	1	2
ESCOLARIDAD	N	N	N
Primaria	4	2	2
Secundaria	3	7	4
Preparatoria	3	1	1
Educación Superior	0	0	3

Cuadro 3

EVALUACION DE ESTADOS DEPRESIVOS EN LOS TRES GRUPOS ATRAVES DE LOS CRITERIOS DE DIAGNOSTICOS DEL DSM III

DIAGNOSTICOS	GRUPO I n=10	GRUPO 2 n=10	GRUPO 3 n=10
Episodio depresivo Mayor	1	1	0
Traastorno distímico	3	1	1
Sin depresión	6	8	9

Cuadro 4

COMPARACION DE GRUPOS Y PREVALENCIA DE ESTADOS DEPRESIVOS SEGUN LOS CRITERIOS DE DIAGNOSTICO DEL DSM III

GRUPOS	prueba de Fischer .
1 VS 3	0.2714 *
2 VS 3	0.39 *
1 VS 3	0.135 *

* p < 0.05 significativo .

Cuadro 5

EVALUACION DE ESTADOS DEPRESIVOS EN LOS TRES GRUPOS ATRAVES DEL INDICE DE ZUNG

INDICE DE ZUNG	GRUPO 1 n=10	GRUPO 2 n=10	GRUPO 3 n=10
Normales (25- 50)	6	8	9
Depresión (63-90)	4	2	1

Cuadro 6

EVALUACION DE ESTADOS DEPRESIVOS EN LOS TRES GRUPOS ATRAVES DE LA ESCALA DOS CON PUNTUACION T

PUNTUACION T	GRUPO 1 n=10	GRUPO 2 n=10	GRUPO 3 n=10
Normales (+ 45 a 70)	5	8	9
Depresión (+70 a +90)	5	2	1

Cuadro 7

COMPARACION DE LOS GRUPOS SEGUN EL INDICE DE ZUNG

GRUPOS	t
1 vs 2	.4729
2 vs 3	1.63
1 vs 3	1.86

t = 1.734

Cuadro 8

COMPARACION DE LOS GRUPOS SEGUN LA ESCALA 2 (Depresión)

GRUPOS	t
1 vs 2	.2307
2 vs 3	1.1380
1 vs 3	.0988

t = 1.734

CUADRO 10 COMPARACION DE LOS GRUPOS SEGUN LAS ESCALAS CLINICAS DEL EMPI

Escalas	Valores de t		
	Grupo 1 vs Grupo 2	Grupo 2 vs Grupo 3	Grupo 1 vs Grupo 3
L	-0.0524	0.5135	0.5182
F	-0.1362	1.1969	1.0196
K	-0.9744	-2.0000	-3.5496
1(Hs)	-0.4935	2.8774	2.0448
2(D)	0.2307	1.1380	0.0988
3(Hi)	-0.3862	0.4864	0
4(Dp)	-0.2376	0.0686	0.1757
6(Pa)	0.0197	0.2469	0.4491
7(Pt)	-1.1775	2.3255	0.5378
8(Es)	-0.7779	2.7173	0.6403
9(Ma)	0.3039	0.6639	0.9413
0(Si)	-1.1458	2.7594	1.2413

Valor de t = 1,734

BIBLIOGRAFIA.

1. Bant,W.P.: Antihypertensive drugs and depression : a - reappraisal. *Psychological Medicine.*,8:275-283, 1973 .
2. De la Fuente,J.R.: La investigación biomédica en los - desordenes afectivos. I Reunión sobre investigación y enseñanza. Instituto Mexicano de Psiquiatría,México , 1980.
3. Haynal,A.,Pasini,W.: Enfermedades cardiovasculares,(ca pítulo 8). *Manual de Medicina Psicosomática.* Ed.Toray-Masson,1980.
4. Huapaya,L.V.: Is there a relation between depression - and hypertension. *Rev.Neuropsiquiat.*,43:97-105,1983.
5. Moffic,H.S.,Paykel,E.S.: Depression in medical inpa--- tients. *Brit.J.Psychiat.*,126:346-53,1975.
6. Pilowsky,I.,Spalding,D.,Shaw,J.,Korner,P.I.: Hyperten- sion and personality. *Psychosomatic.Medicine.*,50-55 , 1973.
7. Schildkraut,J.J.,Kety,S.S.: Biogenic amines and emo--- tion. *Science.*, 156:21-30,1967.
8. Shaw,D.M.,Camps,F.E.: 5 hydroxytryptamine in hinbrain- of depressive suicides. *Brit.J.Psychiat.*,113:140-147 , 1967.
9. Carpenter,W.T.,Bunney,W.E.: Adrenal cortical activity- in depressive illness. *Amer.J.Psychiat.*,128:31, 1971 .
10. Sachar,E.J.: Paradoxical cortisol responses to dextro- amphetamine in endogenous depression. *Arch.Gen.Psy--- chiatry.*, 38:1113-1117,1981.
11. Goldberg,E.L,George,SC.D.: Depressed mood and physical illness. *Am.J.Psychiatry.*,136:530-534,1979 .
12. Mindham,R.H.S.,Marsden,C.D.: Psychiatric symptoms du - ring L-dopa therapy for parkinson's disease. *Psycholo- gical Medicine.*,6:23-33,1976.
13. Blackburn,I.M.: The pattern of hostility in affective- illness. *Brit.J.Psychiat.*,125:141-45,1974.

14. Serra, A.V., Pollitt, J.: The relationship between personality and the symptoms of depressive illness. *Brit. - Psychiat.*, 127:211-18, 1975.
15. Friedman, M.J., Bennet, P.L.: Depression and hypertension. *Psychosomatic. Medicine.*, 39:134-41, 1977.
16. Weisman, M.N., Prusoff, B.A.: Personality and the prediction of long-term outcome of depression. *Am.J. Psychiat.*, 135:797-800, 1978.
17. Charney, D.S., Nelson, J.C., Quinlan, D.M.: Personality - traits and disorder in depression. *Am.J. Psychiatry* - 138:1601-1603, 1981.
18. Hirschfeld, R.M., Klerman, G.L.: Personality attributes - and affective disorders. *Am.J. Psychiatry.*, 136:67-70 , 1979.
19. Zung, W.K.: A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry.*, 12:63-69, 1965.
20. Nuñez, R.: Aplicación del Inventario Multifásico de la personalidad a la Psicopatología. Ed. El Manual Moderno, S.A. Segunda edición. 1979.
21. Lobstein, D.D., Mosbacher, B.J.: Depression as a powerful discriminator between physically active and sedentary middle-aged men. *Journal of Psychosomatic. Res.* , 27:69-76, 1983.
22. Rivera, O., Esquivel, F., Lucio, M.E.: Taller sobre el manejo y la interpretación del Inventario Multifásico - de la Personalidad de Minnesota. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Departamento de Enseñanza.
23. Arieti, S., Bemporad, J.R.: The psychological organization of depression. *Am.J. Psychiat.*, 137:1360-1365, 1980.

ANEXO No. DOS
ANTECEDENTES DEL USO DE LA ESCALA BIOFILIA-NECROFILIA

El método psicoanalítico permite descubrir sentimientos y actitudes inconscientes que al comprenderse pueden mostrarse en contradicción con las creencias conscientes, este conocimiento es de gran valor para clarificar y entender los costos y los beneficios humanos involucrados en las relaciones sociales.

Al disponer de conocimientos que las contradicciones entre creencias conscientes y la experiencia inconsciente, disponemos de un conocimiento que puede ayudar mucho en el entendimiento de las muy complejas relaciones entre los factores sociales y el individuo.

En 1965 Fromm y Macooby elaboraron un cuestionario biofilia necrofilia que fue probado en estudiantes de la universidad de Cornell y con 60 vecinos de diferentes clases sociales de Ithaca N.Y. Esta misma escala se aplicó a estudiantes de medicina de la U.N.A.M. Las preguntas incluidas están basadas en la teoría de Fromm.

LAS ACTITUDES EMOCIONALES EN RELACIÓN CON LAS ELECCIONES POLÍTICAS.

MICHAEL MACOOBY

El estudio exploró las actitudes emocionales que subyacen a las preferencias políticas dominantes en los estados unidos (un año después del inicio de la guerra de Vietnam). Se basa en preguntas interpretativas en tres dimensiones básicas del carácter. (amor ala vida, realismo y sentimiento de relación e independencia)

Se realizó antes de las elecciones primarias de california. Se consideraron cuatro distritos electorales de la región con