

65



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**FRECUENCIA E INCIDENCIA DE SÍNDROME
DEPRESIVO EN UNA MUESTRA DE
PACIENTES INDÍGENAS CON ENFERMEDADES
QUE REQUIEREN DE UN TERCER NIVEL DE
ATENCIÓN HOSPEDADOS EN UN ALBERGUE
EN EL DISTRITO FEDERAL**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:
SILVIA AURORA DÍAZ SALINAS**

**DIRECTOR:
DR. JULIÁN MACGREGOR Y SÁNCHEZ NAVARRO**

**REVISORA:
LIC. ASUNCIÓN VALENZUELA COTA**

293124

MÉXICO D.F. 2001



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Como un
RECONOCIMIENTO
AL DOCTOR

Julian MacGregor y Sánchez Navarro

*Por su trayectoria académica en la
Universidad Nacional Autónoma de México
y su compromiso en la formación profesional
de sus alumnos hasta el final de sus días.*

Gracias

Gracias a quién nos permite
Disfrutar de un nuevo día

Gracias, por la alegría y la tristeza,
El optimismo y el pesimismo.

Porque podemos estar contentos y enojados
Por el poder de discernir y de elegir

Porque en nosotros consiste y sólo en nosotros,
Encontrar los alicientes.

Ser felices debe ser nuestra meta,
Y luchar contra quiénes se opongan.

Para un sueño adusto; una sonrisa,
Quitar la careta y descubrir la verdadera
Cara de la gente.

Enseñar a quién no sepa, que la felicidad.
Es gratis.

Que no hay riqueza que valga, si se es pobre de
De corazón

Que la pobreza vive, mientras no nace el amor.

Gracias por la vida y por lo que con ella venga.

Gracias a ti, como te llames Señor...
Que de cualquier forma, eres el mismo.

Aquellos que nos han amado
Nos modelan una y otra vez; y
Aunque el amor puede morir,
Para bien o para mal somos,
No obstante su obra.

Francois Mauriac

Dedicatorias

En memoria de
Elóina Peña Mújica de Salinas

Nunca he podido describir todo lo que significas para mi,

Cuando lo intento, mis emociones se enredan y solo puedo llorar...

Y a pesar que desde que no estás la vida cambió,

Hoy sólo lamento no verte, y oírte,

Todo lo demás tú lo sabes bien; que te extraño, que te quiero, y que vives en mis
recuerdos.

Yo por mi parte, sé que compartes mi alegría este día,

Sé que hoy estás aquí conmigo, como siempre

Y sé que no hay nadie más feliz que tú.

Porque de mi, nunca te has ido.

A

Ino ;

Gracias, por el noble gesto de aquella tarde de Septiembre...

Que me mantiene aqui . Con los pies en la tierra. .

AGRADECIMIENTOS

De principio a fin, el término de una tesis deja atrás toda una historia en la memoria del autor, y yo no fui la excepción, hay tanto que decir, tanto que agradecer que nunca será suficiente sentarme aquí a redactar unas líneas que puedan expresar mis sentimientos.

Quiero agradecer en primer lugar, a dos personas que han sido muy importantes en mi vida, el señor Joel Rubén Díaz Galván y la Sra. María del Socorro Salinas de Díaz mis padres, a quienes amo profundamente.

A mi madrina, Luz María Salinas Peña, para quien sólo tengo una palabra, la más simple, la más sencilla, que sin embargo, encierra un enorme significado; GRACIAS... Gracias por existir, porque de no haber sido así, todo para mí hubiera sido más difícil, Gracias por el respeto a mi libertad, de acción y de decisión que me ha permitido equivocarme... y crecer.

A mi querido maestro y amigo, el Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro, por su paciencia y apoyo en la dirección de este trabajo y por su confianza en mí; a la Sra. Bárbara MacGregor por la amabilidad con que siempre fui recibida en su casa.

Al Instituto Nacional Indigenista por su disposición y apertura en la creación de nuevos campos en beneficio de los Pueblos Indios; de manera especial al Dr. Gonzalo Solís Cervantes, Subdirector de Salud y Bienestar Social por creer en mi proyecto y compartir conmigo el interés de procurar el bienestar a quienes menos tienen; por su invaluable compañía, a través del tiempo y la distancia dándole el valor justo a la verdad y a la vida.

A mi tía Angelita, Salinas Peña, a quien le debo que gran parte de los recuerdos de mi niñez, estén llenos de juguetes, muñecas y música, haciendo de esa etapa, una de las más bellas de mi vida; aquellos recuerdos me permiten hoy, tener la certeza de que se pueden hacer realidad los sueños y luchar por alcanzarlos.

A mis tías Mary y Estela que siempre cerca de mí le dieron forma a mis juegos de niña, donde inicié la construcción del futuro, que hoy tengo en las manos.

A mis cuatro hermanos, que aunque diferentes todos, yo guardo lo mejor de ellos en mí; a mi primo Miguel Angel, por todo lo que me ha enseñado con su sola presencia y a TODOS, TODOS, los que conforman mi gran familia, que son y han sido siempre... mis cimientos.

A mis amigas Pilar, Socorro y Maricela, por esas reconfortantes charlas en mis épocas difíciles y por todo aquello que hemos compartido.

Mención especial merecen, la **Universidad Nacional Autónoma de México** que me abrió sus puertas desde mis años adolescentes y mi querida escuela, la **Facultad de Psicología**, que contribuyó en gran medida en mi formación ética y profesional, por lo que toda mi vida me sentiré **orgullosamente universitaria**.

De igual forma agradezco al H. Jurado.

LIC. LETICIA BUSTOS DE LA TIJERA.

MTRA. CLAUDET DUDET LIONS.

LIC. ROSARIO MUÑOZ CEBADA.

LIC ASUNCIÓN VALENZUELA COTA.

Por sus comentarios y sugerencias que enriquecieron este trabajo.

A la Unidad de Redes Informática y Desarrollo de Sistemas de la facultad de psicología, especialmente a Lourdes Monrroy Tello por su asesoría en la metodología y a Javier Moreno por su ayuda.

¡A todos ellos, mil gracias!

Silvia.

INDICE

INTRODUCCIÓN	3
I. MARCO DE REFERENCIA	6
1. El concepto de Salud y Enfermedad.	6
1.1 La enfermedad como hecho psicológico.	6
1.2 La enfermedad como hecho social.	8
1.3 Variables psicosociales que intervienen en la conducta de enfermedad.	9
2 El modelo biopsicosocial y la enfermedad física	9
3. Depresión y enfermedad física	10
3.1 Tristeza y Depresión	12
3.2 Tristeza, Depresión y Género.	13
3.3 Definición de tristeza	14
3.4 Breve historia de la depresión	15
3.5 Definición de depresión.	16
4 La definición de Zung	17
5 Clasificación de la depresión.	18
5.1 Criterios para el diagnóstico del trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad médica.	18
5.2 Criterios diagnósticos del DSM-IV para el episodio depresivo Mayor. (adaptado de APA, 1994)	19
5.3 Diagnóstico de Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo.	20
5.4 La clasificación de Arieti	21
5.4.1 La depresión asociada con desordenes endócrinos y otras enfermedades crónicas.	21
6 ¿Quiénes son y donde están los indígenas?	23
6.1 La situación de salud en los grupos indígenas.	24
6.2 Cosmovisión y significado de la enfermedad	25
2. METODO	32
2.1 Planteamiento del problema	32
2.2 Objetivo general.	32
2.3 Objetivos particulares	33
2.4 Definición conceptual de variables.	33
2.5 Definición operacional de variables.	33
2.6 Sujetos	33
2.7 Muestreo	34
2.8 Tipo de estudio	34
2.9 Escenario	34
2.10 Instrumentos	34

2.10.1 Escala de automedición de la depresión Zung	34
2.10.2 Antecedentes del uso de la escala Zung	40
2.11 La entrevista semiestructurada	43
2.12 Procedimiento	44
2.13 Análisis estadístico de datos	44
3. RESULTADOS	47
4. DISCUSION Y CONCLUSIONES	52
5. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	58
BIBLIOGRAFÍA	60
ANEXO	66
Anexo 1 Escala de Automedición de la Depresión	67
Anexo 2 Formato de la Entrevista	68
Anexo 3 Gráficas	69

INTRODUCCIÓN

El objetivo principal de este trabajo fue conocer la frecuencia de la sintomatología depresiva a través de la escala Zung en hombres y mujeres indígenas con enfermedades que requieren de un Tercer Nivel de Atención, hospedados en un albergue en el Distrito Federal.

Este interés especial, surgió a raíz de conocer diversas publicaciones oficiales donde se señala que desde hace algunos años, el perfil epidemiológico en las regiones indígenas comienza a manifestar grandes cambios; ya no solo predominan las llamadas "enfermedades de la pobreza" (infecciones respiratorias y gastrointestinales) sino que hay un gran incremento de padecimientos crónicos degenerativos, y las llamadas displasias hematológicas como los Linfomas, las Leucemias, diversos tipos de cáncer y últimamente el SIDA. OPS/OMS (1993)

En el campo de la enfermedad mental, las familias, curanderos y médicos no se ven enfrentados directamente con la "esquizofrenia", "depresión" o "ansiedad" sino, con las creencias culturales que las encubren. Cuando se requiere de su ayuda, la queja presentada se refiere a "los nervios" "pérdida del alma" "susto" experiencias traumáticas sobrecogedoras, pesadillas o sentimientos de debilidad que sugieren "neurastenia" o brujería.

Otras veces los síntomas recurrentes sugieren la posesión por un espíritu. Todas y cada una de estas condiciones se tratan mediante los recursos terapéuticos de la Medicina Indígena Tradicional.

Aunque es importante señalar, que en las comunidades indígenas no existe una separación entre enfermedad física y mental; la etiología de la enfermedad propicia una fusión en vez de una separación de los estados físicos y emocionales.

En cuanto a la atención de las enfermedades crónicas, la situación puede ser más difícil de manejar pues los recursos locales de salud no pueden ofrecer mucho y en la mayoría de los casos el enfermo se ve en la necesidad de abandonar su comunidad y trasladarse a las grandes ciudades, como la ciudad de México

Un indígena con un padecimiento de esta índole se ve expuesto a diversas situaciones que producen un gran impacto en su identidad por muchas causas, en primer término su cosmovisión que es fundamental en cuanto a los significados asignados a la enfermedad y a que estos padecimientos constituyen un problema social y económico de importancia, debido a que producen incapacidad para el trabajo, en un gran número de individuos que aún están en edad activa y en los que la rehabilitación es extremadamente difícil, además se modifica de manera sustancial su estilo de vida.

Por otro lado, es importante mencionar que aún a finales del siglo x x la pobreza y marginación siguen siendo signos estructurales en la vida de estos pueblos y tienden a agravar esta situación.

La OPS a través de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indios (1993) señala que esta compleja problemática de salud, enfrenta a los indígenas a diversas circunstancias para las cuales carecen de respuestas tanto en el plano biológico, (por ejemplo inmunidad) como en el plano sociocultural (prácticas médicas tradicionales).

La medicina occidental moderna, adolece de dos fallas fundamentales, por un lado privilegia los aspectos biológicos del organismo, dejando a un lado su vida afectiva; por otro centra su atención en el individuo sin considerar que este se desenvuelve en un determinado entorno familiar y social. Contra esta visión del ser humano la investigación aporta cada vez más evidencias sobre la participación de aspectos psicológicos y sociales como acompañantes de diversas enfermedades.

Padecer una enfermedad grave o incapacitante constituye un acontecimiento traumático en cualquier sociedad, puesto que arranca al individuo de su núcleo de apoyo familiar, de sus actividades cotidianas y de sus vivencias habituales. Para el indígena, dejar su comunidad significa una separación temporal, a veces permanente del mundo conocido. En ese contexto, la enfermedad es percibida como una verdadera y potencial amenaza para su integridad individual y colectiva.

Su enfermedad debe ser lo suficientemente grave como para superar y vencer las desconfianzas, reticencias y dudas que agolpan al individuo enfermo.

Aunado a lo anterior, estos pacientes, se enfrentan a un medio distinto al suyo, en una situación de desventaja, de sufrimiento y dolor; condiciones propicias para desencadenar diversas reacciones emocionales, la más frecuentemente hallada en estudios revisados al respecto, es el síndrome depresivo cuya sola presencia implica un abanico de posibilidades sintomáticas que pueden modificar las características clínicas de la enfermedad subyacente u orgánica y por lo tanto obstaculizar el tratamiento.

Tomando en consideración lo arriba citado es de interés especial, en el tiempo actual conocer las reacciones emocionales de un grupo de hombres y mujeres indígenas, con enfermedades graves e incapacitantes. Ya que la depresión es una de las más frecuentes, se consideró útil tener un primer acercamiento con este grupo específico de población con la finalidad de conocer la frecuencia de la sintomatología depresiva.

A través de la escala Zung se exploró la frecuencia de los síntomas más representativos de la depresión en cuatro áreas: afectiva, fisiológica, psicomotora y psicológica.

Siguiendo el formato de una entrevista semiestructurada se identificaron a través de la narración el impacto emocional, las alteraciones en el núcleo familiar y las causas, por medio de las cuales los hombres y mujeres indígenas entienden y comprenden sus enfermedades.

Los resultados obtenidos resaltan la importancia de la cosmovisión, como pensamiento o modelo que guía la acción, dentro de un sistema de valores y creencias, en donde son pilares fundamentales, la identidad cultural, las redes de apoyo social, y la religiosidad, que funcionan como elementos cohesionadores, que los identifica como grupo y al mismo tiempo; en la situación específica de enfermedad dan forma a las respuestas, a los síntomas de quien los sufre y también de su urdidumbre social.

Por otro lado, se hace evidente la necesidad de considerar que los procesos de salud-enfermedad son el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales y que por tanto es necesario tener en cuenta estos tres componentes al considerar las causas de la enfermedad y su tratamiento.

Un aspecto esencial que no debe dejarse de lado en la atención a la salud en los grupos indígenas, es la necesidad de reconocer y respetar las diferencias existentes en una y entre varias culturas ya que, estas diferencias pueden ser grandes fortalezas que ayudan a enfrentar las situaciones adversas como lo es la enfermedad.

I. MARCO DE REFERENCIA

1. El concepto de Salud y Enfermedad.

Salud y enfermedad son términos para los cuales no es posible dar una definición precisa ni estable. En el sentido tradicional se considera a la enfermedad como un fenómeno objetivo que se caracteriza por la alteración del funcionamiento del cuerpo como organismo biológico. La alteración puede ser producto de agentes patógenos o bien como resultado de disfunciones corporales.

Según Lolas (1998) "la salud es un proceso siempre en construcción y siempre destruyéndose en la permanente dialéctica de la cultura y la vida". Este proceso se mueve en un continuo limitado por los sentimientos de bienestar y malestar. En este continuo la enfermedad se sitúa como un momento en el cual el sujeto sufre alteraciones en su funcionamiento que percibe como amenazantes. Aunado a ello se presentan, dolor, sufrimiento, y trastornos psicosociales y familiares.

Por el contrario, la salud, refleja un sentimiento de relativa seguridad, bienestar y satisfacción.

La OMS (Como se cita en Llor; Abad; Garcia y Nieto 1998a) define la salud como: " un completo estado de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad".

Esta definición engloba un concepto positivo de salud basado en un estado de bienestar que posibilita un normal desarrollo de las capacidades y adaptación del individuo al medio ambiente.

Por lo tanto, si se acepta dicho concepto la enfermedad puede definirse como una desviación del estado de salud; y si se considera al ser humano como una unidad biopsicosocial, el estado de salud y enfermedad van a tener siempre unos aspectos distintos: biológicos, psicológicos y sociales.

1.1 La enfermedad como hecho psicológico.

La enfermedad surge en un momento concreto de la vida de un sujeto que además posee una personalidad propia, lo que hace que ésta tenga un significado distinto para cada individuo.

"Como molestia conforma inevitablemente un acontecimiento psicológico, ya que puede ser comunicable, capaz de despertar afectos y cambios en el otro, esto es: estar enfermo puede favorecer la solución de un conflicto o facilitar la evasión de una responsabilidad y razón suficiente para evitar compromisos, eludir el contacto con la gente, etc., y sobre todo, asegurar la atención y el apoyo de los demás. Un enfermo que sufre un trastorno raro o infrecuente puede atraer sobre sí mucha atención de los médicos.

Este acontecimiento, en cuanto se desarrolla en el tiempo, constituye también una historia que adquiere un nuevo sentido en la medida en que se la considera como un trozo inseparable de la biografía de un sujeto y su entorno familiar y social". (Chiozza, 1975, pp.83-84)

Si bien la experiencia de una persona cuando está enferma es única, hay ciertos elementos que son comunes a muchos enfermos que sufren un trastorno severo. Laín Entralgo citado en Llor y Abad (1998) les llama características genéricas de la enfermedad y se enuncian a continuación:

1.- Invalidez. La situación de enfermedad, produce siempre algún grado de invalidez. El enfermo se encuentra ante la imposibilidad de desarrollar una actividad normal.

2.- Malestar. Siempre existe una situación de malestar en forma de dolor, sufrimiento o molestia.

3.- Amenaza. La enfermedad tiene un componente de amenaza, en el sentido psicológico de muerte biológica o bien de muerte biográfica ya que la enfermedad impide realizar ciertas acciones de futuro.

4.- Fenómeno de absorción por el cuerpo. En la enfermedad, el individuo se encuentra muy preocupado por el funcionamiento corporal.

5.- Soledad. Se manifiesta en dos sentidos, en primer lugar porque todas las vivencias de malestar tanto psíquico como físico son intransferibles a los demás. El paciente está solo con su enfermedad y malestar. En segundo lugar, porque el enfermo deja de participar en la vida social ya que no puede desempeñar su rol normal, ir al trabajo, relacionarse con los demás etc.

6.- Anomalía. Marginación. La situación de enfermedad supone una anomalía social, un estado de desviación de la norma.

7.- Recurso. Entendido como el sentido o significado de la enfermedad. Para muchas personas la enfermedad puede ser considerada como un castigo, un reto, un desafío, un enemigo a vencer etc.

Además de estas características genéricas, el paciente presentará:

a) **Ansiedad.** Entendida como miedo falseado. Existe una tendencia en el paciente a interpretar la realidad de forma ansiosa incluyendo la interpretación de la enfermedad de forma poco objetiva. Se imponen modos de pensamiento irracional y se desarrollan formas de pensamiento mágico. Esto se manifiesta en algunas ocasiones en la tendencia a desarrollar una conducta desorganizada y a veces desadaptativa.

b) **Elevado nivel de egocentrismo,** el paciente tiende solo a pensar en sí mismo sufriendo las actitudes y los intereses del mismo una remodelación, que puede ir desde cambios mínimos a transformaciones sustanciales en las cuales el sujeto abandona prácticamente sus relaciones exteriores para centrarse en sus problemas en torno a la enfermedad.

c) **Regresión infantil.** Con manifestaciones claras de dependencia, esta se manifiesta con respecto al medio en el sentido de establecer cauces nuevos o remodelación de antiguos en cuanto a las relaciones, sobre todo en el medio familiar.

1.2 La enfermedad como hecho social.

Se trata de un fenómeno que tiene su base en el carácter social que constitutivamente tiene la enfermedad humana, que no es sólo un hecho físico o psicológico.

En cuanto a hecho social, la enfermedad es fundamentalmente un fenómeno de desviación de la norma que coloca al individuo enfermo, en una situación peculiar, que le obliga a unos comportamientos específicos: Pearson (como se cita en Llor; Abad; García y Nieto. 1998) describió el papel social del enfermo y le atribuyó los siguientes aspectos esenciales: el enfermo es alguien que no puede evitar su enfermedad, ni aliviarse por su voluntad, quiere sanar tan pronto como sea posible, se espera que el enfermo no haya buscado conscientemente la enfermedad, que la considere indeseable y que ésta, se acepte socialmente, en este caso, tal aceptación debe ser certificada por un técnico designado por la sociedad. También se espera que el enfermo acepte las limitaciones impuestas por la enfermedad. Frente a estas obligaciones, el paciente tiene reconocidos unos derechos que son la exención de las responsabilidades de su rol habitual y el derecho al cuidado, protección social y ayuda técnica eficaz.

Frente a personaje social que es el enfermo, en todas las culturas, ha surgido otro personaje complementario, que es el sanador (chamán, mago, curandero, médico, enfermera, la propia madre etc) en quien el enfermo deposita toda su confianza.

Según De la Fuente, (1992) el "papel del enfermo" no es la descripción de una realidad empírica, sino un modelo teórico que se refiere al comportamiento del paciente cuando busca la atención. El modelo es útil porque proporciona una perspectiva para observar la conducta de los enfermos y sus desviaciones. ¿hay una forma sana de reaccionar ante la enfermedad?. Se puede decir que es saludable aceptar las limitaciones que impone y el sufrimiento inevitable, así como mantener la aspiración de recuperar la salud lo antes posible y estar dispuesto a usar los medios para lograrlo.

Desde el punto de vista de la estructura de grupo Suchman, (citado en Llor y Abad 1998) indica que existen una serie de factores, como el nivel de conocimientos, el grado de retraso en procurarse tratamientos, el empleo de remedios caseros, etc. Que se encuentran relacionados con la organización social del grupo o grupos a los que pertenece el individuo. Así los campesinos unidos por estrechos lazos personales y étnicos a determinados grupos, suelen también poseer menos conocimientos sobre la enfermedad, a veces se resisten a buscar ayuda profesional y tienen una mayor tendencia a buscar remedios caseros para curar sus enfermedades. Estas características distinguen a los campesinos de los habitantes de las grandes ciudades, que suelen estar menos atados al grupo familiar y poseen generalmente mayores conocimientos sobre la enfermedad, lo que les lleva a procurarse más rápidamente asistencia profesional.

1.3 Variables psicosociales que intervienen en la conducta de enfermedad.

Una respuesta universal ante la enfermedad es el intento, por parte del enfermo de explicar el origen de su sufrimiento. Las creencias que un enfermo tiene a cerca de sus causas varían entre creencias racionales y otras que desde la occidentalidad se clasificarían como irracionales y en ocasiones delirantes.

De cualquier modo, poder ofrecerse a sí mismo una explicación de los orígenes y los mecanismos de su enfermedad ofrece a muchos enfermos la reconfortante ilusión de tener control sobre ella y atenúa la ansiedad que acompaña a la ambigüedad y la incertidumbre, los procesos patológicos que afectan a los individuos enfermos tienen un significado específico en relación con sus experiencias individuales y con sus fantasías.

Cuando una persona sufre o piensa que sufre una condición patológica que representa una amenaza para su vida o que implica riesgo de invalidez, no puede dejar de usar su imaginación y prever las consecuencias económicas, familiares, sociales, etc., de su enfermedad. Hay personas que contemplan su enfermedad como un evento desafortunado inherente a la condición humana.

Otras personas lo ven como un castigo a sus transgresiones morales y otras más se avergüenzan de estar enfermos o viven su enfermedad como una injuria a su dignidad. Hay personas para quienes lo más importante cuando están enfermas es "no causar molestias a los demás" para otras, la enfermedad puede significar ventajas psicológicas, económicas o sociales.

Algunos pacientes utilizan su enfermedad para conseguir una mayor atención y disponibilidad por parte de los demás, para no trabajar, para manipular a los miembros de una familia, etcétera. En ocasiones la enfermedad se convierte en una fuente de ganancia secundaria para el paciente.

2 El modelo biopsicosocial y la enfermedad física

En la actualidad, resulta de gran importancia realizar estudios que permitan conocer la situación de enfermedad integrando factores biológicos, psicológicos y sociales, sobre todo en los padecimientos crónicos-degenerativos, por las consecuencias que éstos tienen para las personas y que hacen evidente esta gran necesidad de entender el problema de vivir con una enfermedad crónica no sólo por las propias demandas generadas por su manejo sino por las estrategias requeridas para mantener una calidad de vida satisfactoria a pesar de las incapacidades y daños Strauss (1990)

El hecho de padecer una enfermedad crónica conlleva a una serie de cambios y adaptaciones para el individuo que la padece como para su familia, para los servicios de salud y la sociedad que los circunda; debido a que son padecimientos

que por sus características de permanencia y daños residuales requieren de entrenamiento especial del paciente para su control y de largos periodos de supervisión, observación y cuidado. Leavell y Clark (1965)

Sin embargo, debemos reconocer que lamentablemente apenas si existe información disponible acerca de la psicología y la psicopatología de los enfermos crónicos, cualquiera que sea la enfermedad que éstos padecen; a medida que crece el número de personas crónicamente enfermas se incrementa proporcionalmente también la calidad y la cantidad de comportamientos desajustados, desadaptados y aberrantes que acompañan a aquellas. Polaino-Lorente (1996)

La incapacidad física, la interrupción brusca de sus actividades laborales, aunado al sufrimiento corporal que puede generar una enfermedad, puede desencadenar cambios conductuales y en el carácter tales como: ansiedad, depresión, culpa, ira, agresión, entre otros.

3. Depresión y enfermedad física

Según Calderón (1990) la importancia de la depresión, como aspecto que acompaña a una enfermedad no ha sido aún suficientemente reconocida, no obstante que es una de las condiciones que más frecuentemente se presentan en la clínica y posiblemente la fuente más importante del sufrimiento humano.

El autor menciona que, en algunos casos el enfermo no está previamente deprimido, pero el inicio de una enfermedad orgánica que le produzca dolor, lo afecte estéticamente, le disminuya en cualquier forma su autosuficiencia o le implique peligro mortal, determina una baja importante en su estado de ánimo, si esto no se toma en consideración se deriva una depresión secundaria que complica el cuadro original y disminuye su energía vital para luchar contra la enfermedad por lo que se requerirá de un doble tratamiento si se desea realizar una atención integral y adecuada del enfermo

Para De la Fuente, "Las actitudes del médico en su práctica cotidiana; aunadas a su percepción de lo que es relevante, su interpretación de ciertos hechos clínicos y también su conducta terapéutica, dependen de la imagen que tiene del hombre, si ésta es una imagen fragmentada, es posible que manifestaciones que emergen de la totalidad integrada de la personalidad humana como lo es la depresión quede fuera del campo de su interés. Por otra parte si el médico ve al hombre como una totalidad, como un ser que está consciente de su vulnerabilidad y su finitud dotado de imaginación, la depresión es contemplada como algo que emerge de la naturaleza humana y que juega un papel importante en la vivencia de la enfermedad". (De la fuente, 1975. P15)

En este sentido, hay quienes se refieren a la depresión como una de las dos reacciones ante la enfermedad, " la segunda consecuencia psicopatológica de la enfermedad es la depresión, que en mayor o menor grado sufre todo enfermo, y

que en casos de mayor intensidad puede justificar un tratamiento específico al ser considerada desde la psiquiatría como depresión-síntoma o depresión-síndrome. Dinámicamente deriva de la disminución de la autoestima, el atentado contra el narcisismo y la orientación de la agresividad hacia uno mismo. El médico general deberá sospecharla detrás de quejas exageradas y autoacusaciones injustificadas, tristeza inexplicable objetivamente, pérdida de intereses e impresión subjetiva de vacío interior" (Rubio, y López 1997, p.479)

En la sección de los trastornos del estado de ánimo del DSM-IV (1994) se incluye el "trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad médica" para llegar a este diagnóstico será necesario establecer claramente que la alteración del estado de ánimo está etiológicamente relacionada con la enfermedad médica a través de un mecanismo fisiológico.

Dicho trastorno, aumenta el riesgo de tentativas de suicidio, y de suicidio consumado. Las tasas de suicidio son variables dependiendo de la enfermedad médica, en particular si bien las que comportan un mayor riesgo suicida son las enfermedades crónicas incurables y dolorosas (p. Ej., Cáncer, Lesiones Medulares, Úlcera Péptica, Enfermedad de Huntington, Sida, Insuficiencia Renal Terminal, Lesiones Cerebrales)

Según la opinión de Chinchilla, (1999) la enfermedad médica crónica aumenta la prevalencia del trastorno del estado de ánimo reciente del 5.8% a 10% además refiere que numerosos estudios han objetivado las altas prevalencias del trastorno depresivo en pacientes hospitalizados.

Arieti (1990) nos presenta una forma de clasificar la depresión en donde contempla la depresión ocasionada por padecer una enfermedad crónica y/o mortal a la que denomina depresión secundaria, al mismo tiempo subraya la dificultad para determinar si la enfermedad física incide en la etiología de la depresión, o si ésta es simplemente un factor precipitante, es decir, la respuesta psicológica del paciente frente al malestar ocasionado por su enfermedad física.

Al respecto Ceballos (1991) refiere que la causa más común de un cambio afectivo suele ser una enfermedad. Es muy probable que una persona que sufre de una enfermedad desarrolle una respuesta psicológica a ésta ya que por lo general, conlleva una alteración inesperada y no deseada en el curso normal de su vida. Cuando una enfermedad física se acompaña de componentes emocionales que no se atienden, se tenderá a producir en muchos casos una convalecencia prolongada, o se favorecerá a una reacción de invalidez crónica. Algunos pacientes aceptan su situación con una actitud de apatía, rehúsan a hacer cualquier esfuerzo activo para sobreponerse a su problema, otros reaccionan con depresión y angustia.

Galván (1996) realizó un estudio relacionado a los aspectos psicosociales del dolor bajo de espalda y encontró como conclusión principal la necesidad de trabajar de manera integral con este tipo de pacientes ya que dicho padecimiento

se ve acompañado invariablemente de alteraciones a nivel psicosocial aspectos que si no son tomados en cuenta interfieren con el tratamiento, para medir la depresión en los pacientes utilizó la escala del MMPI la cual evalúa estados emocionales momentáneos y transitorios del estado de ánimo tales como; moral baja, sentimientos de desesperanza, tristeza, insatisfacción con el estado general de las cosas o de la vida, falta de esperanza en el futuro y decaimiento en el estado de ánimo. Los resultados de la escala se analizaron tomando en cuenta la puntuación total de cada sujeto como "normal" o "desviada", donde se encontró que 31 sujetos obtuvieron puntuaciones desviadas y 10 puntuaciones no desviadas. Se observó además en esta escala, que 31 pacientes correspondientes al 75% del total de la muestra presentó un puntaje desviado.

La OPS, (1993) afirma que la depresión va en aumento por diversos factores, el primero de ellos es la expectativa de vida, que es cada vez mayor en todos los países y por lo tanto aumenta también la proporción de sujetos expuestos a presentar una depresión, en segundo término están los procesos de cambio social (migración, desarraigo, desintegración familiar y aislamiento social) echo que con frecuencia provoca un estrés psicosocial agudo o prolongado que puede conducir a reacciones depresivas, una tercera razón es el actual aumento de la morbilidad por enfermedades crónicas, cardiovasculares, del colágeno, gastroentéricas, cerebrovasculares y neurológicas en general, enfermedades todas ellas en las que pueden aparecer reacciones depresivas con una frecuencia hasta del 20% de los casos.

3.1 Tristeza y Depresión

La mayoría de los estudiosos del tema, advierten a sus lectores acerca del riesgo de confundir la tristeza normal con la depresión, por la semejanza entre ambos estados, aunque hay también quienes afirman que se trata de un fenómeno totalmente diferente, de igual forma existen autores que interpretan la depresión como un fenómeno químico que tiene lugar en el cerebro.

Según la opinión de Arieti (1990) en verdad existe una estrecha relación entre la tristeza, una emoción normal y la depresión que es un síntoma o un estado psiquiátrico. Dicho autor afirma que el fenómeno químico, sin duda se produce en la depresión y también en la tristeza, pero el fenómeno químico es un efecto y en cierta medida un vehículo del fenómeno psicológico, que es el que interesa fundamentalmente al psiquiatra, psicólogo o psicoterapeuta. El fenómeno psicológico puede estar causado por un hecho externo, por un fenómeno psicológico anterior o por una combinación de ambos y su estudio es función del terapeuta.

Según Friedman (1995) existen diferencias entre los cambios del estado de ánimo y los cambios en el afecto, mientras que el estado de ánimo describe el estado emocional subjetivo de un individuo, el afecto es la parte observable u objetiva del estado de ánimo. Los llamados trastornos del estado de ánimo incluyen condiciones en las que el estado de ánimo es predominantemente deprimido, así

como aquellas condiciones menos frecuentes en las que el estado de ánimo es anormalmente disfórico o elevado. De este modo, aunque casi todo el mundo experimenta fluctuaciones en el estado de ánimo a lo largo de un periodo determinado de tiempo, estos sentimientos son normalmente respuestas emocionales adecuadas a las circunstancias intrapsíquicas y /o psicosociales próximas, por ejemplo, cuando uno enfrenta acontecimientos negativos o frustrantes es natural un periodo de tristeza y dudas sobre uno mismo. De igual manera, la alegría y una renovada seguridad debidas a un ascenso, a unas vacaciones o alguna nueva oportunidad, son respuestas apropiadas a esas circunstancias positivas. Estos "altos " y "bajos" se distinguen de los trastornos del estado de ánimo no porque se pueda encontrar un suceso que explique la respuesta sino por ;a) la intensidad del estado de ánimo b) su duración c) su asociación con otras señales o síntomas clínicos y d) su impacto en el funcionamiento del individuo.

3.2 Tristeza, Depresión y Género.

Según las investigaciones del Banco Mundial, basadas en una encuesta realizada en varios países en vías de desarrollo, la depresión ocupa el quinto lugar entre las mujeres y el séptimo entre los hombres, en la estimación de la carga impuesta por la enfermedad, en los países encuestados. Desjarlais (1997)

En cuanto al género, la evidencia disponible apunta hacia una mayor incidencia de depresión y ansiedad en mujeres(Bebbington y otros 1981; Cleary y Mechanic, 1983 citados en Alvaro, Torregosa, y Garrido, 1992, p. 13)

La vulnerabilidad de las mujeres a experimentar la Depresión se explica por:

- a) Cambios orgánicos- fluctuaciones en niveles hormonales, que disminuyen la actividad de ciertos neurotransmisores en el cerebro.
- b) Hay mayor tendencia en las mujeres en cuanto a la expresión de la emotividad.
- c) Debido a la ambigüedad e indefinición en el desempeño de los roles adscritos a la mujer.
- d) El bajo estatus social, el aislamiento, la ausencia de recompensas y la difusividad del rol junto con no reconocer la importancia de la mujer.

Los hallazgos de estudios recientes Paykel (1991) reportan que la depresión aún se presenta como el desorden que más prevalece en psiquiatría, con predominio de 2:1 en población femenina.

La diferencia de la proporción en el sexo no es simplemente porque las mujeres solicitan ayuda con más facilidad que los hombres, aunque puede ser ésta una explicación parcial, debido a que los hombres se inclinan más hacia el alcoholismo y el suicidio; en este artículo se menciona también que actualmente hay un incremento reciente de depresión en hombres jóvenes.

Los mecanismos biológicos que se impulsan a través de los efectos hormonales sobre el cerebro son muy reconocidos en investigaciones de gran rigor metodológico.

Por otro lado, los estudios epidemiológicos indican que la mayor incidencia de la depresión ocurre en mujeres casadas entre 25 y 45 años con hijos, esta puede ser una causa social que muestra la vulnerable situación de las madres jóvenes. Una explicación satisfactoria sobre la diferencia del sexo no es muy clara pero está combinada con otros factores relacionados con la expresión del malestar, la biología y la situación social.

Las investigaciones epidemiológicas de los trastornos depresivos en nuestro país muestran diferencias notables debido a las variaciones en la definición del trastorno (ya sea que se defina como síntoma, como síndrome o como entidad nosológica) la clasificación que se usa, el diseño, el método de investigación, el registro que se utiliza y la población en la cual se lleva a cabo el estudio.

En este sentido la investigación realizada por Lara, Medina-mora, Salgado, Acevedo, Díaz-Pérez y Villatoro (1996) con una muestra urbana de 2022 sujetos entre los 18 y 65 años de zonas urbanas, en la que se compara el uso de servicios de las mujeres en relación con el de los hombres, se encontró que las mujeres mostraron niveles más altos de sintomatología depresiva (hombres: X= 23.4; mujeres: X= 25.2). Así como una mayor frecuencia de intentos de suicidio (72.9% las mujeres; 27.1% los hombres).

En este estudio, de las tres categorías en las que se clasificó la depresión los porcentajes mayores fueron siempre para la población femenina como puede observarse en el siguiente cuadro.

Depresión Severa		Depresión Moderada		Intento de suicidio	
Sexo		Sexo		Sexo	
H	M	H	M	H	M
(77)	(176)	(180)	((266)	(8)	(22)
%	%	%	%	%	%

Cuadro 1

En resumen aunque las explicaciones son diversas, todos los estudios, tanto clínicos como epidemiológicos coinciden en señalar la mayor incidencia de trastornos psíquicos de carácter leve en las mujeres. Alvaro y Torregosa (1992)

3.3 Definición de tristeza

Arieti (1990) define la tristeza como un fenómeno específicamente humano, aunque en otras especies de vertebrados se han observado algunas de sus formas más rudimentarias o emociones afines. Se la podría definir como un tipo especial de dolor, que no es físico, sino mental. En el lenguaje común la palabra dolor, incluye por igual al físico y al mental, puesto que como vivencias subjetivas de sufrimiento son similares. La tristeza es la experiencia humana normal ante las adversidades y penas de la vida, en donde el elemento "pérdida" siempre está presente y ya ha ocurrido, es decir, el daño ya está hecho y el individuo

experimenta tristeza, una emoción displacentera que no desaparece con rapidez sino que tiende a perpetuarse.

Según Calderón (1990) el enfrentamiento a situaciones aflictivas puede originar en cualquier persona un estado de tristeza al que le llama duelo, y se considera normal en el sentido de que se espera que ocurra, dada una situación determinada, aunque la mayoría de las veces el factor precipitante es un hecho que ocurre en el mundo externo, la tristeza se refleja en el organismo que la experimenta. El duelo o la tristeza incluye 3 periodos: El de desesperación, el de depresión, y el de adaptación.

Durante el primero se presenta un estado de choque emocional con pérdida de apetito, insomnio, fatiga, inquietud o apatía, llanto, sollozos, y agravación o descompensación de las enfermedades preexistentes.

La realidad de la pérdida, puede o no ser aceptada e incluso puede ser negada durante los primeros momentos, lo cual se suele acompañar de sentimientos de falta de sentido de la existencia, de la vacuidad de todo, de la poca importancia de la lucha y de la inutilidad del esfuerzo y del sacrificio.

El periodo depresivo trae consigo tristeza, desinterés, incapacidad de amar, e inhibición psicomotriz.

El periodo de adaptación comienza cuando el individuo empieza a darse cuenta de la realidad y de fijarse nuevos objetivos. La duración del duelo es variable y va desde unas cuantas semanas hasta varios meses. En algunos casos el estado de tristeza no se resuelve y se transforma en una vivencia de desdicha más intensa que se denomina depresión.

3.4 Breve historia de la depresión

Aún cuando el uso del término Depresión se remonta a un cuarto de siglo, el cuadro patológico en su forma severa se ha descrito desde la antigüedad; a lo largo de más de 25 siglos las descripciones de la experiencia y las manifestaciones de la enfermedad ha cambiado muy poco. La tristeza, incapacidad para experimentar placer y desesperación profundas que se encuentran en el núcleo de la sintomatología de la depresión, constituyen un hilo común entre las descripciones antiguas y las contemporáneas. Por el contrario, la conceptualización, la clasificación y el tratamiento de este padecimiento ha cambiado drásticamente, con las épocas ocasionando muchos puntos de confusión y controversias.

En la actualidad predomina el enfoque de Emil Kraepelin (1883-1921) quién hace hincapié en la historia y el patrón de los síntomas del momento y su planteamiento de que la enfermedad maniaco-depresiva constituye un espectro genético de trastornos.

Su enfoque ha hecho que se trabaje sobre la base de que en depresión psicótica o grave predominan los factores biológicos, en la neurótica los factores psicológicos y en la simple los factores sociales, este planteamiento resulta muy simple si tomamos en consideración que el ser humano es una unidad biopsicosocial en la que cada uno de los factores desempeña un papel para producir, desencadenar y mantener o curar un trastorno depresivo. El predominio de alguno de ellos estará en función del diagnóstico el cual en ocasiones es muy difícil, aún tomando en cuenta la biografía y los antecedentes personales y familiares.

Aunque existe el desacuerdo sobre cuantas subformas diferentes del trastorno del estado de ánimo puede haber, la opinión prevaleciente es que hay múltiples formas de la enfermedad, así como diversas formas de clasificación.

3.5 Definición de depresión.

La depresión puede interpretarse en tres formas distintas; por lo que es necesario establecer en forma precisa la distinción entre síntoma, síndrome y cuadro clínico Vázquez;(1995)

El término depresión a veces se emplea simplemente para denotar un estado de ánimo bajo, alicaído. Esto es sencillamente un *síntoma anímico* que está presente en muchos momentos de la vida de una persona y también está presente en la mayor parte de los trastornos mentales (ansiedad, esquizofrenia, anorexia etc.).

En un sentido más estricto, la depresión puede entenderse como un *Síndrome o conjunto de síntomas*: baja autoestima, desesperanza, apatía, desinterés por las cosas o por los demás, dolores corporales, etc.

Por último, en el sentido aún más restrictivo la depresión es un *cuadro clínico*, una entidad diagnóstica, esto es se considera un sistema de clasificación, por ejemplo el DSM-IV y cuando en el paciente están presentes un conjunto determinado de síntomas y cumple además con otras condiciones se diagnostica el tipo de depresión.

Según Arieti, (1990) la sintomatología manifiesta de la depresión es más o menos constante, caracterizándose por lo menos en la mayoría de los casos por un rasgo sobresaliente: el estado de ánimo depresivo.

Se ha definido como el sentimiento persistente y sostenido de que el ser mismo no vale nada, el mundo no tiene importancia y de un futuro sin esperanza.

Mendels (1972) menciona que los síntomas centrales de la depresión son la tristeza, el pesimismo, el descontento de sí mismo, junto con una pérdida de energía, de motivación y de concentración el grado en que estos síntomas pueden presentarse y las combinaciones de las mismas son variables hasta el infinito. Son frecuentes otros síntomas que predominan en el cuadro clínico. Los síntomas y signos de la depresión pueden observarse en el cuadro 2.

Estado de ánimo

Tristeza, insatisfacción, abatimiento, llanto

Pensamiento

Pesimismo, ideas de culpabilidad, autoacusación, pérdida de interés y de motivación, disminución de la eficacia y de la concentración.

Conducta y aspecto

Negligencia en el aspecto personal, retardo psicomotor, agitación

Síntomas somáticos

A nivel **digestivo** se puede presentar pérdida de apetito, o ingesta excesiva de alimentos, lo que ocasiona cambios bruscos en el peso, estreñimiento.

A nivel **cardiovascular** son frecuentes las perturbaciones del ritmo cardiaco, tensión arterial etc.

En cuanto al sistema nervioso, existe disminución de los reflejos, los trastornos del sueño también son característicos como el insomnio o la hipersomnia, pérdida de la libido.

Cuadro 2: signos y síntomas de la depresión

El deprimido llora con facilidad y frecuencia y se puede mostrar irritable o colérico con exceso ante sucesos que muchas veces tienen poca importancia. Son incapaces de reaccionar a las cosas que normalmente dan alegría, es decir presentan pérdida de interés o incapacidad para sentir placer en actividades habituales. En relación a esto último, las áreas más afectadas serían la de la sexualidad y la social.

4 La definición de Zung

1. Alteración del ánimo que se caracteriza por sentimientos penetrantes y quejas constantes de estar deprimido, triste, descorazonado y temeroso.
 2. Síntomas fisiológicos que incluyen: variación diurna, alteraciones en el sueño, disminución del apetito, disminución en el peso, disminución de la libido estreñimiento, taquicardia y fatiga inexplicable.
 3. Alteraciones psicomotoras que son de retraso o agitación.
 4. Alteraciones psicológicas que incluyen: confusión, vaciedad, desesperanza, indecisión, irritabilidad, descontento, devaluación personal y reflexión suicida.
- Zung (1965).

5 Clasificación de la depresión.

Existe una gran variedad de formas de clasificar la depresión, sin embargo por el objetivo de este trabajo se revisan 2 formas de clasificación de la depresión en donde se toma en consideración el padecimiento de una enfermedad física.

Según la última clasificación del DSM-IV (1994) Los trastornos del estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos (depresión unipolar) trastornos bipolares y 2 trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

Los trastornos depresivos (por ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno no especificado) se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de no haber historia previa del episodio maniaco, mixto o hipomaniaco.

Los trastornos bipolares (p.ej., trastorno bipolar I trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado) implican la presencia (o historia) de episodios maníacos, episodios mixtos o episodios hipomaniacos normalmente acompañados por la presencia o historia de episodios depresivos mayores.

Por el interés central de este trabajo se describen con mayor detalle: el trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad médica, el trastorno depresivo mayor y el trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo, los cuales en alguna medida están vinculados con una enfermedad médica, ya sea como respuesta fisiológica, como reacción psicológica o como respuesta al estrés psicosocial que puede producir una enfermedad física.

5.1 Criterios para el diagnóstico del trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad médica.

A. En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo caracterizado por uno (o ambos) de los siguientes estados:

1. estado de ánimo elevado, expansivo o irritable.
2. estado de ánimo depresivo, con una notable disminución de intereses o de placer.

B: A partir de la historia clínica, la exploración física o en los hallazgos de laboratorio deben existir pruebas de que la alteración es la consecuencia directa de una enfermedad médica.

C: La alteración no se explica mejor, por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo, que se presenta como respuesta al estrés de tener una enfermedad médica)

D: No se puede establecer el diagnóstico si la alteración del estado de ánimo solo se presenta en el transcurso de un delirium.

E: Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social o laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

"Si se piensa que la relación causal entre la enfermedad médica y el síntoma depresivo es una respuesta psicológica al estrés producido por la presencia de una enfermedad médica, entonces debe realizarse un diagnóstico de trastorno depresivo primario (p. ej., Depresión Mayor, Trastorno Adaptativo con estado de ánimo depresivo). En estos casos se debe realizar un diagnóstico de trastorno depresivo aunque los síntomas puedan "entenderse" en el contexto de la enfermedad o el estrés" (DSM-IV –Atención Primaria p. 39).

5.2 Criterios diagnósticos del DSM-IV para el episodio depresivo Mayor. (adaptado de APA, 1994)

Se denomina Episodio Depresivo Mayor si el estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés o del placer persiste durante un periodo de 2 semanas, donde:

A: Al menos cinco de los siguientes síntomas han estado presentes y representan un cambio con respecto al funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas tiene que ser un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o de capacidad para el placer:

1. Estado de ánimo deprimido, durante la mayor parte del día, casi todos los días;
2. Una notable disminución del interés o del placer en todas o casi todas las actividades;
3. Pérdida significativa de peso, sin seguir una dieta, o aumento de peso (p. ej. un cambio de más del 5% en un mes) o aumento o disminución del apetito casi todos los días;
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días;
5. Agitación o enlentecimiento psicomotor (observable por los demás) casi todos los días;
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días;
7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada (casi todos los días);
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días;
9. Pensamientos recurrentes de muerte o de suicidio o un intento de suicidio.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas causan un malestar o deterioro clínicamente significativo en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes.

D. Los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia psicoactiva o a una enfermedad médica.

E. Los síntomas no se explican mejor por el duelo (p. ej. después de la muerte de un ser querido, los síntomas persisten más de dos meses o se caracterizan por un

notable deterioro funcional, una preocupación mórbida con la inutilidad, ideas suicidas, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor).

Si el estado de ánimo depresivo se da en respuesta a un estresante psicosocial identificable y no cumple con los criterios para ninguno de los trastornos anteriores, considerar el:

5.3 Diagnóstico de Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo.

A: La aparición de los síntomas emocionales o comportamentales es en respuesta a un estresante identificable y tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante (p. ej., pérdida de trabajo, divorcio etcétera)

B: Estos síntomas o comportamientos son clínicamente significativos y se expresan del siguiente modo:

1. Malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante o
2. Deterioro significativo de la actividad social laboral o académica.

C: La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para ninguno de los trastornos del estado de ánimo anteriores u otros trastornos mentales y no constituye una simple exacerbación de un trastorno mental ya existente o una enfermedad médica.

D: Los síntomas no persisten más de 6 meses después del cese del estresante.

Según criterios diagnósticos descritos por Lara y Acevedo(1998) en la depresión se presentan mínimo cinco de los siguientes nueve síntomas por lo menos durante dos semanas seguidas:

1. sensación de tristeza
2. pérdida de interés
3. falta de apetito o excesivo apetito
4. dificultad para dormir o hipersomnia
5. lentificación de movimientos o intranquilidad
6. apatía, fatiga y poca energía
7. culpabilidad, impotencia e inutilidad
8. dificultad en la concentración y en la memoria, dificultades en la toma de decisiones
9. frecuentes ideas de muerte o suicidio

Además de estos síntomas, hay personas que también se sienten irritables, angustiadas y de mal humor, presentan también dolores de cabeza, espalda o malestar físico general. La persona deprimida ha perdido las esperanzas de lograr sus metas, ve el futuro negro y se siente incapaz de hacer frente a las situaciones diarias.

5.4 La clasificación de Arieti

Arieti (1990) divide a las depresiones en, leves, profundas, vinculadas con el ciclo de vida y depresión secundaria en este último rubro se encuentra la depresión asociada con otras enfermedades orgánicas.

En la depresión leve está presente un sentimiento de tristeza durante un periodo más o menos prolongado, se acompaña de pesimismo, que convierte a la tristeza en depresión, este pesimismo se acompaña muchas veces aunque no siempre de sentimientos de soledad, desvalorización y autocrítica, el paciente tiene conciencia de que su síntoma es distónico.

La depresión profunda es una entidad clínica en la que se reconoce casi como constante el arraigado y abrumador cuadro de autorrecriminaciones, desesperanza y autodesprecio, la característica fundamental de la depresión profunda es una triada de síntomas psicológicos compuesta de:

- a) una agobiante vivencia de melancolía
- b) un desarreglo de los procesos de pensamiento caracterizado por el retardo y el contenido inusual
- c) y retardo psicomotor; a esta triada se agregan deficiencias de ciertas funciones somáticas.

Las depresiones secundarias son consideradas así porque se asocian con enfermedades neurológicas o cerebrales, es muy común en pacientes epilépticos

En pacientes que sufren Corea de Huntington y los individuos que padecieron encefalitis, mal de Parkinson, quienes suelen presentar depresiones que varían entre leves y moderadas, aunque en algunos casos llegan a ser profundas. Arieti (1990) según este autor, existen otras enfermedades neurológicas (distrofias musculares atrofas cerebelosas) que se acompañan de depresión.

En la mayoría de los casos, el principal objetivo terapéutico es la rehabilitación o la adaptación a la enfermedad, en muchos casos de esclerosis múltiple no hay depresión, no obstante los efectos incapacitantes de dicho desorden, por el contrario los pacientes impresionan como apáticos o impasibles frente a su estado.

5.4.1 La depresión asociada con desordenes endócrinos y otras enfermedades crónicas.

La tiroides es la glándula que con mayor frecuencia interviene en las depresiones que acompañan a los desordenes endócrinos. El hipotiroidismo de cualquier tipo puede provocar depresión, lo mismo ocurre con el hipertiroidismo.

El abatimiento del paciente se acompaña o alterna muchas veces con irritabilidad y actitudes antojadizas, lo mismo ocurre con la diabetes y las enfermedades coronarias, aunque con menos frecuencia que los estados de ansiedad.

Muchas enfermedades en especial si son crónicas suelen asociarse con depresión, en estos casos es difícil determinar si la enfermedad física incide en la etiología o si ésta es simplemente un factor precipitante, es decir la respuesta psicológica del paciente frente al malestar causado por su enfermedad física.

6 ¿Quiénes son y donde están los indígenas?

El término población indígena se refiere a la diversidad de pueblos y culturas sin reflejar la identidad especial o la idiosincrasia de cada pueblo en particular. Para entender la Salud de los pueblos indígenas en América, es necesario reconocer su gran diversidad étnica, así como las complejas interrelaciones entre pueblos y cultura, identidad y salud" (OPS,1993).

La convención 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) relativa a los Pueblos Indígenas y Tribales en países independientes reconoce como indígenas "... a esa parte diferenciada de la comunidad nacional que consiste en "...pueblos... que son considerados indígenas teniendo en cuenta su origen en la población que habitaba el país, o una región geográfica de la que forma parte el país en el tiempo de la conquista, la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras nacionales y que, independientemente de su situación legal, conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas" (OPS/OMS, 1999, p.27)

Las denominaciones utilizadas para definir a los pueblos indígenas han variado de país a país de acuerdo a los contextos sociales e históricos: lengua hablada, ascendencia, autoidentificación y concentración geográfica o territorialidad. Psacharopoulos, y Patrinos (1994)

En el caso de México, la población indígena conforma una amplia y distinta porción de habitantes. El Instituto Nacional Indigenista (INI) estimó para 1995 una población de 10 millones de personas, a partir de tres criterios: a) el registro censal de hablantes de alguna lengua indígena mayores de cinco años; b) los menores de cinco años pertenecientes a un hogar cuyo jefe de familia es hablante de una lengua indígena, y c) la población de localidades atendidas por los Centros Coordinadores Indigenistas.

La diversidad cultural en México se expresa en el uso de cuando menos 62 lenguas diferentes y un elevado número de variables dialectales. Esta población se centra principalmente en el centro y sur del país: Oaxaca, Veracruz, Chiapas, Puebla, Yucatán, Hidalgo, Estado de México, Guerrero, San Luis Potosí, Michoacán, Sonora y Chihuahua.

En general, tanto en lo individual como en lo colectivo, la gran mayoría de estos pueblos están sujetos a agresiones y deprivaciones causadas por el entorno y la dinámica en que se desenvuelven; éstas se expresan en sus perfiles epidemiológicos, su esperanza de vida, su mortalidad y su fecundidad, que muestra importantes diferencias con respecto al comportamiento nacional.

En estos grupos humanos los efectos de la pobreza se agravan por las altas tasas de analfabetismo- especialmente analfabetismo femenino-, migración y desocupación. Su localización geográfica, inminentemente rural, o como parte de

los cinturones de pobreza urbanos los pone en una situación de vulnerabilidad mayor ante la falta de atención en cuanto a servicios básicos de salud, educación y saneamiento básico. El estado de salud presente en estos pueblos es la consecuencia de sus condiciones de vida, OPS/OMS (1999)

6.1 La situación de salud en los grupos indígenas.

De las diversas formas de agresión contra los pueblos indígenas, tal vez la enfermedad sea la más generalizada y la que menos atención recibe, estos grupos humanos presentan un perfil epidemiológico complejo y de difícil solución. Pues aunque predominan las llamadas "enfermedades de la pobreza" infecciones de las vías respiratorias y el aparato digestivo así como cualquier otro tipo de infecciones. Se observa además una persistencia de las enfermedades residuales tales como el cólera, paludismo, el bocio endémico, la tuberculosis, el tétanos neonatal, la oncocercosis la leishmaniasis y el dengue.

En los últimos años a través de la Subdirección de Salud y Bienestar Social y el Programa de Atención a Enfermos de Tercer Nivel del Instituto Nacional Indigenista se detectó un gran incremento de padecimientos crónicos degenerativos como la diabetes, la insuficiencia renal, insuficiencia hepática, escleriosis, arteroesclerosis, encefalopatías, anorexia, embolia, diversos tipos de Cáncer, SIDA. y enfermedades relacionadas con el alcoholismo, entre otras.

Este "nuevo" perfil de problemas y dolencias originadas por el nuevo contexto, enfrenta a los indígenas a diversas situaciones para las cuales carecen de respuestas, tanto en el plano biológico (por ejemplo. Inmunidad) como en el plano sociocultural (por ejemplo, prácticas médicas tradicionales) OPS/OMS (1992)

Precisamente para la atención de este tipo de enfermedades se creó el programa de "Atención a Enfermos de Tercer Nivel", que posibilita al indígena de escasos recursos el acceso a los medios que le permitan recuperar la salud que como derecho humano y universal, les corresponde. Cuando un indígena es aceptado en el programa se inicia la atención integral, pues el albergue les proporciona de manera gratuita hospedaje, alimentación para el paciente y un familiar y el apoyo total en los gastos que genere la enfermedad, hasta lograr la curación y cuando así lo amerita cubre también los gastos funerarios cuando ocurre un deceso.

Dentro de la población que atiende el programa en mención las enfermedades más frecuentes, en el periodo 1998-1999 fueron: diversos tipos de cáncer, cardiopatías, padecimientos del sistema óseo, afecciones renales, y enfermedades oculares, que necesariamente requieren de una atención especializada, y son generalmente procesos patológicos prolongados, en su mayoría lentamente progresivos en los cuales nunca hay un restablecimiento completo a la normalidad.

El tiempo requerido para el tratamiento de estas enfermedades crea muchos problemas económicos sociales y emocionales. El paciente se tiene que enfrentar al cambio que la enfermedad acarrea, ya no puede aunque quiera volver a llevar su mismo ritmo de vida, tiene que someterse a tratamientos dolorosos que conllevan a efectos secundarios —físicos y psicológicos— desagradables, verse alejado de su comunidad de sus amigos y de su familia por las frecuentes consultas y hospitalizaciones y enfrentarse a la incertidumbre si vivirá ó morirá por la enfermedad.

Este hecho se exagera cuando no es derechohabiente de ninguna agencia de seguridad social, cuando se encuentra en los extremos de la vida, o es el sostén de su familia.

En este grupo de pacientes entrevistados la pérdida de la salud atenta contra una de las dotaciones naturales más importantes, que es la fuerza de trabajo, una de las preocupaciones más frecuentes en estos pacientes es la situación económica que genera la enfermedad así como la alteración que se produce por el cuidado y atención que requiere el enfermo.

Es difícil determinar con exactitud cómo la experiencia de padecer una enfermedad grave, (crónica o terminal) impacta positiva o negativamente a un indígena. De cualquier manera ellos reportan que la enfermedad ha sido algo que nunca van olvidar, que ese acontecimiento quedará siempre grabado en su memoria.

5.2 Cosmovisión y significado de la enfermedad

El modo de reaccionar ante una enfermedad crónica o terminal varía mucho de unos a otros individuos. Cuando el enfermo es un indígena es posible que esta situación tenga un mayor impacto emocional y un mayor riesgo de presentar los signos y síntomas que configuran el síndrome depresivo. Si tomamos en consideración lo planteado por Pozas (1965), quien afirma que uno de los rasgos generales que caracterizan la personalidad básica del indígena es que tiene una conciencia de colectividad limitada al grupo étnico de pertenencia, es decir, tratan como extraños a indígenas de otros pueblos y con desconfianza a quienes no son indios; predominan en ellos los sentimientos éticos con una jerarquía de valores, entre los que resalta el respeto a la vida humana, ligada a conceptos subjetivos acerca del origen de las enfermedades y la muerte.

De la actitud del indígena poco se ha investigado con respecto a la vivencia de la enfermedad crónica o terminal, lo que se ha escrito hace referencia en primer lugar a su cosmovisión, como aspecto fundamental que determina la forma de enfrentar esta situación, debido a que en estos grupos humanos, las creencias constituyen un modo coherente de hallar sentido a desgracias tales como la enfermedad.

“La cosmovisión del indígena concibe que la salud no es ausencia de enfermedad, sino un equilibrio bio psico social a lo que habría que agregar lo cósmico. La salud es estar bien consigo mismo, en lo mental, lo espiritual, en lo ético, en lo humano y en lo físico, este equilibrio debe trascender a su familia, a su grupo social y a la naturaleza que lo rodea.” (Godoy, 1995. P. 84)

Al respecto, Lara y Mateos, (1994) afirma que “es lógico pensar que la etiología de la enfermedad está íntimamente relacionada con la concepción que tiene cada grupo respecto a su ser, a su existencia, a su origen y al universo, por ello, los agentes causales de la enfermedad varían, de acuerdo a dicha concepción. La medicina indígena tiene una apreciación muy particular del hombre y su entorno, debido a lo cual atribuye la causa de las enfermedades a tres agentes:

- a) Humanos
 - b) Sobrenaturales
 - c) Naturales
- a) Los agentes humanos comprenden dos tipos de modalidades que provocan diversas enfermedades: 1. Las enfermedades causadas a una persona con la intención consciente de dañarla, utilizando para ello, procedimientos rituales propios de la magia negra o maléfica. 2. Enfermedades causadas accidentalmente o de manera involuntaria por personas que poseen cierta energía o poderes especiales.
- b) Agentes sobrenaturales: como tales se encuentran las enfermedades resultantes del encuentro accidental con seres o entidades de naturaleza sobrenatural, mítica, por ejemplo los chaneques, los naguales la Xtabay, etc, así como la acción maléfica intencional de algunos seres demoniacos. También comprendería aquellas enfermedades que contagian seres sobrenaturales o antepasados nuestros, cuando una persona transgrede una norma social relevante para el grupo.
- c) Agentes naturales: dentro de estas enfermedades tenemos las llamadas enfermedades tradicionales del pueblo mexicano, especialmente en zonas rurales: mal de ojo, caída de la mollera, susto, empacho y demás a consecuencia de disfunciones orgánicas estrictamente naturales. (Lara y Mateos, 1994 pp. 190-191)

Haciendo referencia específicamente al origen de las enfermedades entre los tzotziles de Larrainzar Chiapas, Holland menciona que:

“Prácticamente toda enfermedad que no causa grandes sufrimientos o incapacitación puede ser interpretada como de origen natural; en cambio, las que obstaculizan la actividad del individuo durante cualquier espacio de tiempo, y especialmente las que empeoran progresivamente tienen causas sobrenaturales” (Holland, 1965, p.79)

Lara y Mateos, (1994) hace énfasis en la dificultad que se presenta en algunas ocasiones para encontrar la causa o las causas de la enfermedad, porque la acción de los seres míticos y sobrenaturales se relacionan íntimamente con la vida cotidiana de los hombres, como en el caso de incumplimiento o transgresión de

una norma, situación que refuerza la tradición del grupo, Holland (1965a) considera que el sistema de gobierno del mundo de los espíritus refuerza el de la sociedad tzotzil; muchos indígenas viven temiendo constantemente los castigos de origen mágico por su conducta. La mala conducta que puede escapar a la atención de la sociedad humana, puede enfrentarse más severamente en el mundo de los espíritus. Los Tzotziles contemporáneos, al igual que los Tzentaes de Oxchuc y probablemente muchos otros grupos mayas pasados y presentes conciben la mayor parte de sus enfermedades como un castigo enviado por sus ancestros por el rompimiento de las tradiciones más grandes de la sociedad" (Holland, 1964, p. 21)

Sánchez, al respecto subraya: " Cuando la enfermedad aparece con un pronóstico grave o terminal, opera en el indígena una mentalidad eutanásica, según la cual se resigna a "bien morir", lo que ante todo significa morir en su propio hogar y rodeado de su familia, que es su propia prolongación corporal que le sobrevivirá, pero donde la misma persona también sobrevivirá de alguna manera. Por eso resulta insoportable para la sociedad indígena nacer y morir fuera del hogar, al margen de los familiares o asistidos por extraños. De ahí la resistencia a acudir a los hospitales ya sea para el parto o para la defunción". (Sánchez, 1995, p. 37)

Para ejemplificar lo anterior, se consideró necesario incluir las definiciones de salud y enfermedad expresadas por los terapeutas tradicionales de Chiapas. Son conceptos representativos de los grupos indígenas en general debido a que, la etiología de la enfermedad en sus propios esquemas puede ser de origen natural, sobrenatural y humana (social).

"Salud es cuando uno está contento, tranquilo respecto a los demás, trabaja bien, come bien, regresa a su casa y platica con su familia, no siente dolores. Está sano porque se porta bien en la tierra, entonces sus ancestros y Dios cuidan su espíritu".

"Se entiende que hay enfermedad cuando no hay fuerzas para trabajar, ni para comer ni para platicar: hay dolores, ya no están tranquilos, la persona quiere dormir y estar en la sombra" (INI síntesis del encuentro de Médicos Tradicionales)

Cuadro 3

Como vimos en páginas anteriores el rol del enfermo plantea explícitamente las conductas que adopta alguien hacia la enfermedad; algunos estudios, Fitzpatrick (1990) descubrieron que las mujeres, probablemente como resultado de la socialización, tienen un interés y una preocupación mayores que los hombres en la salud y afirman que esto tiene consecuencias importantes tanto en la percepción de los síntomas como en los índices de utilización de los servicios.

Sin embargo, en las manifestaciones cotidianas de este grupo de población, la noción de estar enfermo sugiere un conjunto de circunstancias independientes de la acción de la víctima, quien posee y hasta desea poco control de su entorno, debido a que el malestar lo considera "natural" es el caso más notable de los hombres y mujeres que fueron fuente de información para esta investigación con respecto al padecimiento que les aqueja, por lo cual se abstienen de cualquier intento de controlar el malestar en términos de la dirección y las consecuencias que pueda alcanzar, debido a una combinación de desconocimiento, impotencia, pasividad y resignación.

La enfermedad afecta al género, pero también a la clase, por lo que hombres y mujeres adoptan la resignación de lo natural por ser hombres, por ser mujeres, por ser pobres etc. en este contexto, es importante recalcar que la enfermedad humana se presenta, dentro de una cultura particular que conforma e influye fundamentalmente en el modo que se experimenta la enfermedad, es decir, los conceptos y creencias sobre la enfermedad, constituyen parte importante de las influencias culturales.

La enfermedad es un ámbito de la vida en que la antropología ha demostrado vividamente variaciones culturales entre sociedades, a menudo documentando creencias que en la superficie parecen ser muy extrañas e irracionales. Uno de los ejemplos más conocidos de creencias extrañas en relación con la enfermedad es su explicación generalizada en términos de hechicería.

Estos hallazgos claramente revelan la supervivencia de formas de explicación de enfermedad que difieren por completo de las interpretaciones que da la ciencia de occidente. Más importante aún es que estas creencias forman una pauta coherente de ideas según las cuales se explica la enfermedad.

En este sentido resulta importante indagar la frecuencia de la sintomatología depresiva relacionada con la enfermedad grave o incapacitante frecuentemente hallada en enfermos no indígenas, no obstante la dificultad del problema es importante recalcar lo que afirma Polaino-Lorente (1985) en relación a que las manifestaciones depresivas –siempre que no se recurra a indicadores neurofisiológicos y bioquímicos- sufren siempre una mediación lingüística.

Según el autor, el paciente depresivo nos autoinforma de lo que él experimenta y esa información está lingüísticamente mediada, para ejemplificar lo anterior el autor recurre a diversos ejemplos en diferentes culturas.

Así por ejemplo, en Latinoamérica la palabra "susto" puede en muchas circunstancias tener el significado de una manifestación depresiva, por cuanto en aquella comunidad de hablantes, el término susto implica algo así como "pérdida del alma".

Otro ejemplo, es el de los indios Mohave, quienes, expresan ciertos equivalentes funcionales depresivos como una "ruptura de corazón".

Entre los Siux, el uso del lenguaje para la manifestación de la depresión, se centra alrededor de otra experiencia, que se nos comunica con el término de "totalmente desalentado."

"El lenguaje, -conviene no olvidarlo- es la vía regia en la que se manifiesta y explana el propio pensamiento a través del cual se hace posible la comunicación.

Es además, el conjunto de símbolos que más dependientes son, de determinados factores culturales y que más profundamente se arraigan en la intimidad del hombre". (Polaino-Lorente, 1985 pp. 119)

Tomando en consideración lo anterior, resulta de vital importancia presentar en este apartado un testimonio que ilustra la forma de conceptualizar la tristeza por una mujer indígena del estado de Guerrero que formó parte de la muestra con la que se trabajó en esta investigación:

"Siento dormido mi corazón... cómo que no despierta, como que no huele, No sé, siento feo, no me gusta la comida, que no me siento contenta, que solo quiero llorar; Como que siento entumido mi corazón, todos los días, mi corazón no despierta."

Sandra Dionisio Robles. Insuficiencia Renal Crónica.

De igual forma, a través del lenguaje se puede ejemplificar la religión como soporte emocional:

"Yo le digo a mi esposo, llámate a Dios a cada rato...El te va a ayudar"

el apoyo de la familia,

"Cuando me enfermé las cosas cambiaron, el doctor me explicó qué es, eso de Leucemia, le pregunté si tenía esperanzas, me dijo que sí, que existía una muy pequeña y de eso me agarré...Hablé con mi familia; les dije la verdad. Mi hijo de 12 años se queda en mi lugar, yo ya no puedo trabajar como antes, a él le digo cómo y lo hace, también mi esposa me ayuda con la siembra, cuando me ponen la quimio y me pongo malo ella no puede venir conmigo por cuidar a los chiquitos pero viene una sobrina, hija de mi hermana, cuando siento que puedo me vengo solo, yo tengo fé, los doctores sabrán mucho, pero Dios tiene la última palabra, yo no tengo miedo, siempre vengo con mucho valor y como le digo, Dios dirá."

Raúl Luis Luis. Leucemia

O el de la comunidad

"Yo tenía un cargo en mi pueblo, pero en la asamblea de fin de año, lo entregué, ya no puedo trabajar, por mi enfermedad. Ellos me entendieron y me apoyaron, ahora estoy más tranquilo ya saben que mi esposa no puede cooperar mucho, ni con dinero, ni en las faenas comunitarias porque desde que estoy en la ciudad ella mantiene a mis dos hijas, que son chiquitas. Cuando yo sane cooperaré de nuevo porque tengo la secundaria terminada y eso me hace no ser tan cerrado y ayudar a mi pueblo"

Sergio Canseco Simón. Melanoma Maligno

Estos testimonios, ejemplifican lo mencionado por Lozano (1993) con respecto a las estrategias de sobrevivencia que la población en condiciones de pobreza desarrolla para hacer frente a las crisis; éstas son: el reforzamiento de las redes de apoyo social, la solidaridad y la cohesión grupal, tanto de nivel familiar como comunitario.

2. METODO

Padecer una enfermedad que requiera de una atención especializada tiene importantes repercusiones en un individuo, sobre todo en el área afectiva, dicho aspecto no ha sido investigado en los grupos indígenas en quienes padecer una enfermedad de tercer nivel representa un acontecimiento de gran magnitud, ya que los enfrenta a un mundo distinto al suyo en situación de desventaja, atenta además con la más grande dotación natural que es su fuerza de trabajo y los enfrenta a tratamientos largos y costosos que modifican de manera sustancial su estilo de vida.

Como se mencionó en páginas anteriores, diversos autores afirman que una enfermedad grave e incapacitante con frecuencia produce depresión; en grupos indígenas este tema no ha sido investigado, por lo que no podemos afirmar que la depresión como síntoma, síndrome o como cuadro clínico, tenga el mismo significado en el mundo indígena y en el no indígena. Tomando en cuenta que tanto la tristeza como la depresión son consideradas como fenómenos universales se considera el siguiente:

2.1 Planteamiento del problema

¿Cuál es la frecuencia de la sintomatología depresiva, en hombres y mujeres indígenas con enfermedades que requieren de un Tercer Nivel de Atención.?

Algunos de los estudios más representativos en cuanto a la incidencia de la depresión en las mujeres en las culturas occidentales publicados entre 1942 y 1973 por Weissman y Klerman (1977, 1985), indican una incidencia de 2:1 otros estudios, más recientes Paykel (1991) muestran también una mayor incidencia en las mujeres y la proporción de los varones es de 2.1: 1.

Aunque en este mismo artículo, se subraya un reciente incremento en la depresión en hombres jóvenes.

Por la mayor incidencia en población femenina, resulta importante observar la incidencia en mujeres indígenas con enfermedades graves e incapacitantes.

2.2 Objetivo general.

Conocer la frecuencia de la sintomatología depresiva, en hombres y mujeres indígenas con enfermedades que requieren de un Tercer Nivel de Atención

2.3 Objetivos particulares

Describir a través de la escala Zung el comportamiento de los sujetos en cuatro áreas:

- **Afectiva.**
- **Psicomotora.**
- **Fisiológica.**
- **y Psicológica.**

Además de lo anterior, por las características de la muestra, resulta interesante conocer a qué atribuyen los hombres y las mujeres indígenas la causa de su enfermedad.

2.4 Definición conceptual de variables.

Sintomatología Depresiva. Conjunto de signos y síntomas observables y medibles tales como humor depresivo, variaciones diurnas, episodios de llanto, perturbaciones del sueño, pérdida de apetito, baja autoestima, desesperanza, apatía, desinterés por las cosas o por los demás etcétera. Cuya incidencia en un individuo, tiene repercusiones en su estado físico así como una reducción del funcionamiento psicosocial.

Sexo. Diferencia sexual que caracteriza a los hombres de las mujeres.

2.5 Definición operacional de variables.

Sintomatología depresiva. Síndrome compuesto por señales y síntomas coexistentes que indican la presencia de trastornos patológicos o cambios en las áreas; somática, psicológica, psicomotora y en los estados de ánimo. La intensidad de la depresión se clasifica en leve, moderada o severa de acuerdo a la calificación obtenida a través de la escala Zung

Sexo. Es la respuesta que se le da a la pregunta de que si es hombre o mujer

2.6 Sujetos

La muestra en estudio estuvo formada por hombres y mujeres adultos hablantes de alguna lengua indígena, que pertenecieran a cualquiera de los diversos grupos étnicos del país y que asistieran al albergue del INI (Instituto Nacional Indigenista), por padecer una enfermedad crónica o que requiriera de un tercer nivel de atención, que supieran leer y escribir y que hablaran español además de su lengua materna.

2.7 Muestreo

Dadas las características de la muestra se utilizó un muestreo no probabilístico intencional.

La muestra estuvo conformada por un total de 50 sujetos distribuidos en dos grupos de 31 hombres y 19 mujeres.

2.8 Tipo de estudio

Se trata de una investigación empírica, de carácter descriptivo.

2.9 Escenario

La investigación se llevó a cabo en las instalaciones del albergue indígena “ **La Casa de la Salud** ” ubicado en la calle de Tabasco 330. Col Roma, en esta ciudad.

2.10 Instrumentos

2.10.1 Escala de automedición de la depresión Zung

Este instrumento evalúa la depresión, como afecto síntoma o enfermedad. Posee 20 reactivos (Self- rating depression Scale SDS) la mitad de ellos están redactados en tono depresivo (“me siento triste”) y la otra mitad en tono no depresivo (“siento que soy útil y necesario”) los reactivos evalúan alteraciones psicológicas (desesperanza, ideas de suicidio, etcétera) estados de ánimo (tristeza, llanto) aspectos psicomotores (agitación y retardo) y alteraciones fisiológicas (perturbaciones del sueño, del peso etcétera). El 65 % de los reactivos se refiere a aspectos emocionales o fisiológicos y solo un 15% a actitudes o síntomas verbales /cognitivos. Los reactivos esbozan de una manera comprensiva los desórdenes ampliamente reconocidos como síntomas de la depresión. Al paciente se le pide que indique la frecuencia con que experimenta el síntoma o sentimiento evaluando cada reactivo en una escala de 1 a 4 puntos. (Bas y Andrés,1996)

Cada uno de los reactivos tiene cuatro alternativas de respuestas:

- a) Muy pocas veces
- b) Algunas veces
- c) Muchas veces
- d) La mayoría de las veces o siempre

La escala está planeada de tal manera que un índice bajo indica poca o ninguna depresión y un índice alto señala una depresión de significación clínica.

Tanto el CIE 10 como el DSM-IV (1994) clasifican la depresión en tres grandes subtipos. La diferencia entre los grados se basa en una valoración clínica que incluye el número, el tipo y la gravedad de los síntomas persistentes:

Leve: este enfermo suele encontrarse afectado por síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social aunque probablemente no las deje por completo. Pueden presentarse o no síntomas somáticos.

Moderada: varios de los síntomas se presentan en grado intenso. Se trata de enfermos con grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica. Se presenta con o sin síntomas somáticos.

Severa o grave: El enfermo suele presentar mucha angustia y el riesgo de suicidio es importante estando casi siempre presentes los síntomas somáticos. No es posible que pueda seguir con su actividad laboral social o doméstica más que de manera muy limitada.

Las declaraciones de esta escala están redactadas en el lenguaje común y de uso diario de los pacientes, siendo una escala estandarizada y adaptada para la población mexicana (Lara Tapia, 1976; Tovar, 1998)

Forma de aplicación.

Se le proporciona a la persona la lista de declaraciones y se le pide que ponga una marca en el recuadro que corresponda a la manera de expresar sus sentimientos, durante un periodo específico: "durante la semana pasada" Si surgiera alguna duda puede ser aclarada por el entrevistador. Para aplicarla solamente es necesaria la hoja de declaraciones y un lápiz o pluma.

Forma de calificación.

Para obtener la medición de la depresión del paciente, se calcula a través de una plantilla transparente donde vienen las calificaciones, dependiendo de la pregunta, estas pueden ir en dirección de mayor a menor o viceversa.

Tabla 1
Plantilla de calificación

	1	2	3	4	Calificación
1.					
2.	4	3	2	1	
3.	1	2	3	4	
4.	1	2	3	4	
5.	4	3	2	1	
6.	4	3	2	1	
7.	1	2	3	4	
8.	1	2	3	4	
9.	1	2	3	4	
10.	1	2	3	4	
11.	4	3	2	1	
12.	4	3	2	1	
13.	1	2	4	4	
14.	1	3	2	1	
15.	1	2	3	4	
16.	4	3	2	1	
17.	4	3	2	1	
18.	4	3	2	1	
19.	1	2	3	4	
20.	4	3	2	1	
				P. Bruta	

Las calificaciones obtenidas se colocan del lado derecho, se suman y se anota el resultado final. En seguida se remite a una tabla que convierte la calificación básica o bruta al índice SDS. El puntaje se deriva de dividir la suma de los valores de la calificación cruda obtenida de los 20 reactivos y se multiplica por la calificación máxima posible que es de 80. Convertida en decimal y multiplicada por 100.

Tabla 2.

Conversión de resultados al índice Escala de Automedición de la Depresión

$$\text{Índice} = \frac{\text{resultado total}}{80} \times 100$$

Resultado	Índice EAMD	Resultado	Índice EAMD	Resultado	Índice EAMD
20	25	40	50	60	75
21	26	41	51	61	76
22	28	42	53	62	78
23	29	43	54	63	79
24	30	44	55	64	80
25	31	45	56	65	81
26	33	46	58	66	83
27	34	47	59	67	84
28	35	48	60	68	85
29	36	49	61	69	86
30	38	50	63	70	88
31	39	51	64	71	89
32	40	52	65	72	90
33	41	53	66	73	91
34	43	54	68	74	92
35	44	55	69	75	94
36	45	56	70	76	95
37	46	57	71	77	96
38	48	58	73	78	98
39	49	59	74	79	99
				80	100

Una vez obtenido el P. E. es posible deducir el diagnóstico final auxiliándose de la siguiente tabla.

Tabla 3

Indice EAMD	Impresiones clínicas equivalentes
Debajo de 50	Dentro de lo normal, sin psicopatología
50-59	Presencia de depresión mínima o ligera
60- 69	Presencia de depresión moderada o marcada
70 o más	Presencia de depresión severa o extrema

Las interpretaciones anteriores se basan en datos que comparan pacientes deprimidos con pacientes sin depresión, así como también sujetos deprimidos con normales (de 20 a 64 años de edad). Los puntajes elevados no son diagnósticos en sí mismos, pero indican síntomas que pueden ser de importancia clínica. Zung (1965)

Descripción de los reactivos de la Escala de automedición de la depresión Zung.

Tabla 4

Síntomas de los desordenes depresivos	Temas de la escala de Automedición de la Depresión y reactivos
a) Afectivos persistentes: *Deprimido, triste, melancólico. *Accesos de llanto	1. Me siento abatido, desanimado y triste 3. Tengo ataques de llanto y deseo de llorar
b) Equivalentes fisiológicos: *variación diurna: exageración de los síntomas en la mañana y algún alivio mientras avanza el día Perturbaciones en el sueño: despertar temprano o frecuente Pérdida del apetito: disminución en la ingestión de alimentos *Pérdida de peso: asociada a la ingestión disminuida de los alimentos o	2. Por la mañana me siento mejor 4. Tengo problemas de sueño durante la noche 5. Como igual que antes 7. Noto que estoy perdiendo peso

Síntomas de los desordenes depresivos	Temas de la escala de Automedición de la Depresión y reactivos
metabolismo aumentado y reposo disminuido *Pérdida de interés sexual: líbido disminuido *Gastrointestinales: constipación *Cardiovascular: taquicardia *Músculoesquelética: fatiga	 6. Disfruto al mirar, conversar, y estar con mujeres/hombres atractivos. 8. Tengo problemas de estreñimiento 9. Mi corazón late más rápido de lo acostumbrado 10. Me canso sin motivo
c) Equivalentes psicológicos: *Agitación psicomotora *Retardo Psicomotor *Confusión mental *Soledad *Desesperanza *Indecisión *irritabilidad *insatisfacción *devaluación personal *Pensamientos de suicidio	13. Me encuentro intranquilo y no puedo estarme quieto 12. Me resulta fácil hacer todo lo que solía hacer 11. Mi mente está tan despejada como siempre 18. Siento que mi vida está llena 14. Tengo esperanzas en el futuro 16. Tomo las decisiones fácilmente 15. Soy más irritable que de costumbre 20. Sigo disfrutando con lo que hacía 17. Siento que soy útil y necesario 19. Siento que los demás estarían mejor sin mí, si estuviera muerto.

Con respecto a la validez y confiabilidad de esta prueba, Polaino-Lorente (1985a) afirma que la Escala Zung es un instrumento que tiene validez transcultural, en la evaluación del comportamiento depresivo ya que ha sido estudiada y empleada en Japón, Australia, Inglaterra, Alemania y Suiza. Master y Zung en 1977 validaron la escala en la India, España y Holanda.

En resumen esta escala ha sido utilizada y empleada en estudios transculturales epidemiológicos y en el registro y seguimiento de pacientes deprimidos, en áreas urbanas.

2.10.2 Antecedentes del uso de la escala Zung

En México, Lara Tapia. Y cols. (1976) trabajaron en la adaptación y estandarización de la escala de Zung en una población mexicana. Con este fin utilizaron 5 grupos; el primero formado por personas sanas (control normal) el segundo por enfermos en general, el tercero por pacientes no psiquiátricos (psicofisiológico), el cuarto con pacientes psiquiátricos (psiquiátrico general) y el último por psiquiátricos deprimidos.

Se concluyó que la escala original es válida para los grupos que se estudiaron, además es de gran utilidad para la investigación clínica y farmacológica, así como su uso en la práctica para diagnosticar la depresión.

El estudio más reciente al respecto en población mexicana fue hecho por Tovar (1998) para obtener la confiabilidad y la validez de la escala en dos muestras independientes. De un total de 204 sujetos de ambos sexos 104 (74 mujeres y 30 hombres) y 100 sujetos (55 mujeres y 45 hombres).

La primera muestra estuvo conformada por pacientes con diagnóstico de depresión y la segunda por personas sanas o asintomáticas de la depresión. Donde realizó un análisis interno de los 20 reactivos que conforman la prueba y cuyos resultados demuestran claramente que los 20 reactivos que integran la escala Zung discriminan perfectamente entre sujetos que presentan depresión y los que no la poseen. Los valores de T fueron estadísticamente significativos al nivel de .00 En el análisis de correlación de los reactivos se pudo apreciar que la mayoría de ellos establecen relaciones adecuadas con excepción del reactivo 8 el cual obtiene coeficientes casi nulos.

En el análisis de los puntajes, tanto en el escalar como en el bruto, para las dos muestras, se apreció que los valores de las medias fueron más altos en el grupo de deprimidos. En el P E el valor de T fue estadísticamente significativo, lo que indica que la prueba evalúa de manera correcta el grado de depresión de acuerdo a sus puntuaciones.

En resumen; los reactivos de la prueba aplicada realmente miden de acuerdo a las subcategorías, la diferente sintomatología de la depresión.

Muchos son los estudios que validan la escala Zung como herramienta diagnóstica para la depresión y aunque dicha escala se construyó y validó para su uso en estudios psiquiátricos, en los últimos años se han realizado estudios para determinar la validez y confiabilidad de este inventario en otros grupos humanos como ancianos, estudiantes de educación media, universitarios, así como en

pacientes con Cáncer y enfermedades crónicas y población en general. Algunos de ellos se citan a continuación;

Lee, Hing-Chu, (1996) realizó dos estudios en población china, el primero de ellos fue para validar la escala en el contexto chino, este estudio fue realizado con 265 estudiantes universitarios de un colegio de Hong-Kong con edades entre 17 y 26 años, los hallazgos confirman la fiabilidad de la escala Zung. El segundo estudio evaluó la confiabilidad del instrumento con 244 estudiantes de entre 17 a 27 años, los sujetos fueron divididos en cuatro grupos: 1. Grupo control, 2. Grupo Fake-Bad, 3. Grupo Informed Fake-Bad, y 4. Grupo Fake good. Se encontraron diferencias significativas entre la calificación del grupo 1 el 2 y el 3 pero no entre éstos y el grupo 4 . La escala Zung probó que puede ser utilizada como instrumento para medir la depresión entre la población china.

Con respecto a la validez predictiva y fiabilidad discriminante de la escala Gabrys, J (1985) evaluó a 218 individuos depresivos y no depresivos con una edad entre 12 y 69 años. Se concluye que la escala combinada con una entrevista clínica que corrobore los síntomas de la depresión puede ser útil para el diagnóstico del síndrome depresivo.

Bolon, K y Barling, J. (1980) evaluaron si la escala Zung podría ser usada para identificar factores multidimensionales de la conducta depresiva, con este propósito aplicaron el instrumento a 96 estudiantes universitarios. Se identificó la existencia de 3 factores: ideacionales, psicológicos y conductuales. Se concluyó que los tres factores forman parte importante de la conducta depresiva en general, y proveen de soporte para la validez de constructo de la escala.

Raf, D; Roger, F; Tooney,T; y Brogan, D. (1978) llevaron a cabo un estudio con 69 pacientes externos seleccionados al azar que fueron evaluados clínicamente como depresivos a los que también les aplicó la escala Zung. La prevalencia de la depresión en la muestra fue de 42% mientras que en la escala Zung estuvo por arriba del 30% lo que indica que dicho inventario no discriminó a los pacientes depresivos que ocultaron su depresión bajo la apariencia de una enfermedad somática. La conclusión principal de los autores fue que el instrumento es bueno para aplicarse en pacientes no deprimidos.

Con respecto a la viabilidad del inventario de Zung en pacientes con Cáncer, Dugan, W; Macdonald, M; Passik, Steven,D; Rosenfeld, T; y Edgerton, S. (1998) realizaron un estudio con 1109 pacientes ambulatorios con cáncer de 50 a 80 años de edad. Se aplicó un cuestionario breve de 11 reactivos (se excluyeron los relacionados a los síntomas somáticos) el cual fue desarrollado en el curso de la medición y que se usó para estimar la prevalencia de los síntomas depresivos reportados por el paciente mismo. El coeficiente alfa de la escala Zung fue de 0.84 y el del cuestionario breve fue de 0.84 lo que indica una alta consistencia interna.

En general la prevalencia de los síntomas depresivos clínicamente significativos se establece en la escala Zung con un 35% y en la escala breve con un 31.1%

ambas escalas tienen una correlación alta ($r=92$), las variables médicas y demográficas mostraron asociaciones significativas con los síntomas depresivos, cuando el estado de enfermedad está más avanzado, cuando se espera el diagnóstico, en pacientes con cáncer de pulmón avanzado y cuando la enfermedad provoca un alto grado de incapacidad física, situaciones en las cuales fue necesario administrar antidepresivos.

La alta prevalencia de síntomas depresivos observados en este estudio fue consistente con los índices encontrados en otros estudios que utilizaron instrumentos de autoaplicación para la medición de la depresión en pacientes con cáncer.

Otro estudio realizado por Leung, Kai-Kuen; Lue Bee-Hong; Lee Ming-Been y Tang Li-yu. (1998) con 268 adultos con una media de edad de 59 años con padecimientos crónicos todos pacientes externos del Hospital Nacional de la Universidad de Taiwan. La severidad de la enfermedad crónica fue evaluada por médicos especialistas, mientras que 50 pacientes fueron seleccionados al azar mediante una entrevista formulada de acuerdo a criterios diagnósticos del DSM-IV. Se examinaron la validez de constructo, la validez de criterio, la consistencia, la sensibilidad, y especificidad del Zung.

Ninguno de los pacientes llenó los criterios del DSM-IV para la depresión mayor. Los sujetos fueron clasificados como deprimidos de acuerdo a los estándares del Zung, mostrando puntajes más altos en los indicadores subjetivos y objetivos relacionados con la severidad de la enfermedad crónica y reportaron mayores síntomas cognitivos que afectos depresivos y síntomas físicos.

Las mujeres tuvieron mayor severidad en los síntomas afectivos mientras que en los hombres, las variaciones diurnas y del humor fueron más notables.

Los resultados sugieren que los síntomas cognitivos antes que los sentimientos depresivos se distinguen mejor que la depresión en pacientes con enfermedades crónicas.

Distander, A. (1996) usó la escala Zung para evaluar la depresión en pacientes con dolor crónico. La escala fue modificada para el dolor severo y a través de ésta se evaluaron los síntomas cognitivos, afectivos y somático-vegetativos de la depresión. Se compararon 3 grupos de adultos, 64 en el grupo que no experimentaba dolor (no presentaron síntomas musculoesqueléticos durante el año anterior al estudio) 119 adultos conformaron el grupo del dolor bajo (clasificación de dolor menor o igual a 4) y 137 adultos conformaron el grupo de dolor alto (clasificación mayor o igual que 5) sobre una escala numérica clasificatoria de cero a diez. El grupo de dolor alto difirió significativamente de los dos grupos restantes, en la clasificación total de la escala Zung y sobre todos los reactivos.

La conclusión principal argumenta que un diagnóstico de depresión basado como resultado de una suma de un inventario que contiene signos somático-vegetativos

de depresión puede conducir a una sobre estimación de depresión en pacientes con dolor músculoesquelético crónico debido a que los reactivos de la escala describen síntomas que podrían ser consecuencia de un problema de dolor (por ejemplo problemas para dormir y sentimientos de desesperación) que se presentan claramente en pacientes con dolor severo más por el padecimiento mismo, que como un indicador de depresión.

2.11 La entrevista semiestructurada

Como un instrumento de apoyo a la evaluación y con la intención de registrar la narración de los sujetos se realizó una entrevista semiestructurada con los siguientes apartados:

1- Ficha de identificación.

En este apartado se recogieron los datos personales (sociodemográficos)

2- Historia de la enfermedad.

Se consideró necesario que en este apartado el paciente refiera lo que ha sido su enfermedad, desde su inicio hasta la actualidad, a través del relato se detectarán actitudes y la forma de enfrentamiento, negación o conciencia de la enfermedad, disposición al tratamiento y autocuidado.

3. Impacto emocional de la enfermedad en el paciente.

En esta área se exploraron síntomas de tristeza, desesperanza, ansiedad, temor, falta de sueño, pérdida de apetito, que el paciente no pueda manejar y que le impida el ajuste a su situación. Esta información puede derivarse de la pregunta:
¿ Cómo se sintió usted, cuando supo que la enfermedad que padece es una enfermedad de difícil curación y que sólo puede tratarse en los hospitales de la ciudad?

4. Ideas del paciente acerca de la enfermedad.

En este apartado se preguntó el significado asignado a la enfermedad, explorando, sentimientos de culpa, castigo, envidia o cualquier idea que él refiera, respondiendo a la pregunta: ¿ porqué cree usted que se enfermó?

5. Alteraciones en la dinámica familiar.

En este apartado se exploró si la enfermedad modificó su forma de vida, y si esto ocurrió también con su familia, fue necesario recabar datos sobre la organización de la familia antes y después y como enfrenta la familia la situación de enfermedad.

6- Estado actual.

En esta ultima área se preguntará cual es su condición de salud actualmente, el pronóstico del médico tratante y el tratamiento a seguir.

2.12 Procedimiento

El procedimiento se llevó cabo en un total de tres sesiones para cada uno de los pacientes. En la primera sesión se procuró tener un acercamiento amable, con la intención de crear un ambiente empático, a través de las preguntas; de dónde viene, cuántas horas se hacen para llegar a la ciudad de México, cómo es su comunidad qué frutas cosecha, qué tan frecuentemente llueve, y cómo le fue en la última cosecha, cuántos son de familia, con quién se quedó el resto de la familia, cuándo llegó al albergue, a qué hospital va, cuál es la enfermedad que padece, cuándo tiene su cita en el hospital y cómo o con quién debe trasladarse para llegar a él. Se dejó para el final de la primera plática informal el nombre del paciente que se preguntó con gran sutileza... " Bueno, me dio mucho gusto platicar con usted señor (a) ----- haciendo una pausa para que el paciente diga su nombre" inmediatamente después la entrevistadora se presentaba y le informaba que al día siguiente platicarían si él o ella lo deseaba. En la segunda sesión se le explicó al participante el interés por conocer la historia de la enfermedad así como los sentimientos generados por la misma, con el fin de conocer el impacto emocional a través de preguntas generadoras, con la intención de detectar en el relato sentimientos provocados por el padecimiento y buscar alternativas de solución en el caso de que la situación de enfermedad hubiera suscitado alguna problemática.

En la tercera sesión se le proporcionó la escala Zung, y se le pidió que leyera las instrucciones del instrumento junto con el aplicador para corroborar su correcta interpretación. Dándole la instrucción: " en este cuestionario hay 20 oraciones, por favor, escoja la oración que mejor describa como se ha sentido durante las últimas dos semanas" En la mayoría de los casos, el aplicador leía en voz alta los reactivos y el paciente indicaba la respuesta de acuerdo a su caso.

2.13 Análisis estadístico de datos

Una vez obtenidos los puntajes correspondientes de la escala Zung, se procedió por medio del análisis descriptivo a calcular la frecuencia, media y desviación estándar de cada grupo. Para detectar la existencia de diferencias significativas entre los sexos se utilizó la prueba de comparación t de student. Utilizando el paquete estadístico SPSS

La entrevista fue analizada de acuerdo a los hallazgos que para el objetivo de esta investigación se consideraron relevantes, esto es; en los cinco apartados que conforman la entrevista se otorgaron categorías y se reportaron las que tuvieron mayor frecuencia.

Para el apartado *HISTORIA DE LA ENFERMEDAD*, la que obtuvo mayor peso, fue el tiempo de estar enfermo, pues fue un aspecto significativo de gran influencia en la vivencia de la enfermedad y la respuesta del paciente a la misma.

Para el apartado *IMPACTO EMOCIONAL DE LA ENFERMEDAD EN EL PACIENTE* se identificaron tres tipos de respuestas:

- a) **Presencia de síntomas representativos de la depresión**, cuando en el discurso del paciente se identificaron 3 o más síntomas como tristeza, llanto, apatía, irritabilidad, desesperanza, inutilidad tomando en cuenta la conducta y el tono afectivo predominante en la entrevista.
- b) **Presencia significativa de sentimientos y emociones positivas**, cuando en el discurso el paciente dijo sentirse con valor, esperanzado, con fe en recuperar la salud y por la frecuencia en los hombres se tomó como aspecto positivo el enojo por estar enfermo, lo que hacía que los hombres se mostraran alertas en la detección de algún síntoma favorable o desfavorable y en la administración del tratamiento, y su inmediata revisión médica ya que la enfermedad les impedía trabajar, sentirse útiles dentro de la familia y la comunidad.
- d) **Presencia de algunos síntomas representativos de la depresión y también sentimientos positivos**, como tristeza y llanto, desesperanza, miedo, generalmente al inicio de la enfermedad y valor, esperanza, enojo, etc.

En el apartado *SIGNIFICADOS ASIGNADOS A LA ENFERMEDAD* se clasificaron las respuestas de la siguiente manera:

- a) **Adecuado raciocinio**. Cuando el paciente daba una clara explicación de su padecimiento haciendo alusión a las conductas de riesgo y la falta de atención en una etapa temprana.
- b) **Castigo de Dios**. Cuando el paciente hacía una referencia textual, el castigo estaba relacionado con conductas indebidas como infidelidad, peleas entre hermanos o padres e hijos, en los hombres por abandonar a una mujer, en las mujeres por tener varias parejas sexuales (sobre todo, cuando padecían Cáncer en la matriz).
- c) **Brujería, Susto o espanto**. Cuando el paciente, refería que la enfermedad se debía a que alguna mujer u hombre tuvo la intención consciente de hacerle daño, por que algunas gentes son malas y les tienen envidia, por que se pelearon con un vecino y éste se enojó, también por ser víctimas de los malos aires del monte, como remolinos, cuevas oscuras o ríos peligrosos.
- d) **Por el destino**. Cuando en el discurso se identificó la plena convicción de que todos los hombres se enferman y que el tipo de padecimiento estaba destinado para él o ella. Resignación, nada se puede hacer.
- e) **Por ser pobre y no comer bien**. Cuando el paciente refiere que la falta de una alimentación adecuada generalmente durante la infancia, le hizo ser vulnerable a la enfermedad se presentó solo en hombres.
- f) **Por trabajar mucho**. Esta categoría se presentó con mayor frecuencia en las mujeres y se refirió al exceso de trabajo en las labores propias de la casa, el campo, y las de la maternidad, además de las artesanales o la realización de alguna tarea que les proporcionara algún beneficio generalmente económico.
- g) **No sabe**. Fue la categoría menos frecuente y se refiere a la nula idea de porque apareció la enfermedad.

En el apartado, *ALTERACIONES EN LA DINAMICA FAMILIAR* las respuestas se clasificaron de la siguiente manera:

- a) **reorganización familiar para proporcionar apoyo**, esto fue cuando el paciente reportó que dentro del núcleo familiar se originaron cambios,

generalmente los hijos mayores tomaron el papel del enfermo en la familia, algunos miembros salieron a trabajar fuera del núcleo comunitario, para la obtención de ingresos, etc.

- b) **Con dificultades en el apoyo.** Fue una categoría poco frecuente y se presentó cuando el enfermo formaba parte de una familia extensa, que la mayoría de sus miembros habían formado su propia familia y algunos de ellos solo podían apoyar con poco dinero.
- c) **Desintegración familiar.** Cuando la enfermedad del paciente representó una carga excesiva para los miembros de una familia, que no comprendían o que alguno de sus miembros presentaba algún problema de alcoholismo o desinterés marcado por el enfermo.

3. RESULTADOS

Tal y como se ha descrito anteriormente, en las regiones indígenas se han incrementado los padecimientos crónicos-degenerativos e incapacitantes, afectando principalmente a adultos jóvenes en etapa productiva, generalmente jefes de familia; esta situación tiene repercusiones en el área económica, en el individuo enfermo y al interior de la familia.

En áreas urbanas, las investigaciones realizadas al respecto indican que dichas enfermedades con frecuencia producen depresión. De ahí, que el presente estudio tuvo como objetivo determinar la frecuencia de la sintomatología depresiva en indígenas con padecimientos crónico-degenerativos e incapacitantes.

Para tal motivo se realizó un análisis descriptivo que permitiera observar las características generales de la muestra. A continuación se presentan los resultados obtenidos en dicho análisis.

La muestra estuvo integrada por 50 sujetos a quienes se les dividió por sexo, 31 de ellos fueron hombres y constituyó el 62% de la muestra, 19 fueron mujeres, que representaron el 38% restante, como se ilustra en la gráfica 1. (Ver anexo)

Otra de las características que fue tomada en consideración, fue la edad, variable que para su análisis se clasificó en cuatro categorías: **adolescentes** (sujetos de 12 a 20 años) **adulto temprano** (sujetos de 21 a 40 años) **adulto intermedio** (sujetos de 41 a 60 años) y **adulto tardío** (sujetos de más de 60 años) (de acuerdo a la clasificación presentada por Papalia, 1998) en donde el porcentaje mayor se concentró en los adultos tempranos, que representó el 68% de la muestra, el segundo lugar fue para los adultos intermedios que representaron el 26% el resto de la muestra se distribuyó en las categorías adolescentes y adultos tardíos como se puede observar en la gráfica 2. (Ver anexo).

La influencia de la escolaridad, se evaluó utilizando categorías globales, esto es: lee y escribe cuando el entrevistado reportó que no asistió a la escuela, pero que de alguna manera aprendió a leer y a escribir, primaria y secundaria agregándole a las dos últimas completa cuando se cursaron todos los grados e incompleta cuando se cursó al menos un grado escolar. Al respecto se pudo observar que el 48% de la población no concluyó su educación primaria, mientras que el menor porcentaje lo obtuvieron las categorías: secundaria completa y lee y escribe, ambos rubros abarcaron el 10% de la población respectivamente. En la gráfica 3 se presenta la distribución observada en este aspecto. (Ver anexo)

Debido a las características de la población y el estado de salud por el cual atraviesan, se consideró necesario investigar la influencia de la religión, dado que ésta es un factor que permite obtener un apoyo para hacer frente a la enfermedad crónica que padecen, en este sentido se pudo observar que el 57.9% de la muestra son Católicos, mientras que el 26.3% son Evangelistas y el 15.8% Testigos de Jehová, tal y como puede observarse en la gráfica 4 .(Ver anexo)

En relación con el estado civil, predominaron las personas casadas en una frecuencia de 27 sujetos que representan el 52% de la muestra en estudio, seguidas por las solteras con una frecuencia de 16 sujetos que representan el 31% de la muestra; el resto se distribuye en las categorías, unión libre, viuda y abandonada. La gráfica 5 ilustra estos resultados y resalta también la ausencia de hombres viudos y abandonados .(ver anexo)

Con respecto al estado de origen, la mayor parte de los pacientes provinieron del Estado de Veracruz representando 36.8% de la muestra, en segundo lugar, el estado de Guerrero con 21.1% le siguen los estados de Puebla y Oaxaca con el 15.8% y Chiapas y Yucatán con el 5.3% como puede observarse en la gráfica 6. (Ver anexo)

Por la gran variabilidad de los padecimientos, se agruparon las enfermedades en tres categorías:

- a. **Displasias Hematológicas**, que incluyeron enfermedades como el Cáncer, Leucemias, Anemia Plástica, Hemofilia, Linfomas etcétera, obteniendo esta categoría la mayor proporción 47.4%.
- b. **Crónico-Degenerativas**, que agruparon enfermedades como Insuficiencia Renal, Espondilitis Anquilosante, Artritis Reumatoide, padecimientos oftálmicos como Glaucoma, granulomatosis etcétera, que representó el 42.1%.
- c. **Padecimientos debidos a accidentes** como Lesión Medular, Amputación de miembros superiores o inferiores, etcétera, obteniendo esta categoría la menor proporción, 10.5%, estos resultados se ilustran en la gráfica 7 (ver anexo)

Dado que el objetivo de esta investigación fue determinar la frecuencia de la sintomatología depresiva en indígenas con enfermedades graves e incapacitantes, se consideró como un factor importante el sexo de los sujetos, por ello se realizó un análisis estadístico que permitiera determinar la significancia estadística de las posibles diferencias entre los grupos, no obstante los resultados obtenidos no fueron significativos; por tal motivo se realizó una análisis de tendencias en los puntajes obtenidos para cada grupo en cada reactivo.

Tabla 5
Tendencia de factores depresivos, comparación por sexo

Variable Evaluada			Sexo	
Variable	Descripción	Sintomas	Mediana Hombres	Mediana Mujeres
Edad			35	36
Esc	Escolaridad		Primaria incompleta	Primaria incompleta
Padec	Padecimiento		2 (crónicos degenerativos)	
Var 1	Me siento abatido desanimado y triste	Tristeza	2 (algunas veces)	
Var 2	Por la mañana es cuando me siento mejor	Variación diurna	2 (muchas veces)	3 (algunas veces)
Var 3	Tengo ataques de llanto o deseos de llorar	Llanto	1 (no)	2 (algunas veces)
Var 4	Tengo problemas de sueño durante la noche	Sueño	2 (algunas veces)	
Var 5	Como igual que antes	Apetito	3 (algunas veces)	
Var 6	Disfruto al mirar/conversar y estar con mujeres/hombres atractivos	Libido disminuido	2 (muchas veces)	
Var 7	Noto que estoy perdiendo peso	Pérdida de peso	1 (no)	2 (algunas veces)
Var 8	Tengo problemas de estreñimiento	Estreñimiento	1 (no)	
Var 9	Mi corazón late más rápido de lo acostumbrado	Taquicardia	1 (no)	2 (algunas veces)
Var 10	Me canso sin motivo	Cansancio	1 (no)	2 (algunas veces)
Var 11	Mi mente está tan despejada como siempre	Confusión	2 (muchas veces)	
Var 12	Me resulta fácil hacer todo lo que hacía antes	Retardo	4 (no)	
Var 13	Me encuentro intranquilo y no puedo estarme quieto	Agitación	2 (algunas veces)	
Var 14	Tengo esperanzas en el futuro	Esperanza	1 (siempre)	
Var 15	Soy más irritable que de costumbre	Irritabilidad	1 (no)	2 (algunas veces)
Var 16	Tomo las decisiones fácilmente	Decisión	2 (muchas veces)	3 (algunas veces)
Var 17	Siento que soy útil y necesario	Valoración personal	1 (siempre)	2 (muchas veces)
Var 18	Siento que mi vida está llena	Soledad	3 (algunas veces)	
Var 19	Siento que los demás estarían mejor sin mí, si estuviera muerto	Ideas suicidas	1 (no)	
Var 20	Sigo disfrutando con lo que hacía	Satisfacción	3 (muchas veces)	

Una vez que se analizó la tendencia en cada uno de los reactivos de la escala Zung (*Escala de automedición de la depresión*) y no habiendo obtenido diferencias significativas en los factores, pudo observarse en términos generales, que tanto hombres como mujeres manifiestan sentimientos de tristeza por la situación que viven, aunque las mujeres dijeron experimentar ataques de llanto o deseos de llorar, con más frecuencia que los hombres, ambos son síntomas anímicos que sugieren la presencia de un estado de tristeza normal, a la situación de enfermedad que están afrontando. Sin embargo, en algunos aspectos, básicamente síntomas psicológicos como taquicardias, cansancio, irritabilidad y devaluación personal, las mujeres muestran una tendencia ligeramente mayor que los hombres tal y como puede observarse en las gráficas 8 y 9, que ilustran las áreas somática y psicológica a través de la escala Zung. (Ver anexo)

Después de aplicar y calificar la escala Zung (*Escala de automedición de la depresión*) se otorgaron los siguientes valores para la clasificación de los niveles de depresión, que son:

- 0 Normal
- 1 Mínima
- 2 Moderada
- 3 Severa o extrema

Como parte del análisis de esta investigación se presentan también las diferencias por sexo observadas en la clasificación general de la escala.

Tabla 6
Clasificación general de depresión, comparación por género

Variable	Mediana hombres	Mediana mujeres
Intensidad de la depresión	0	1

Tal y como puede observarse en la tabla anterior y corroborando el reporte por reactivo de la escala Zung, el nivel de depresión en la muestra estudiada varía entre el rango delimitado por la clasificación normal y mínima, mostrando una ligera tendencia en las mujeres a mostrar puntajes más altos.

Como parte de los instrumentos aplicados a la muestra en estudio, se utilizó una entrevista semiestructurada con la finalidad de obtener un panorama general del impacto emocional que genera el proceso crónico degenerativo o hematológico por el cual atraviesan los pacientes.

La entrevista que se aplicó a los sujetos en estudio, consta de las siguientes áreas a evaluar

- Historia de la enfermedad.
- Impacto emocional de la enfermedad en el paciente.
- Ideas del paciente a cerca de la enfermedad.
- Alteraciones en la dinámica familiar.

Esta entrevista, fue analizada en términos descriptivos, construyendo categorías, obteniendo las frecuencias y porcentajes con los siguientes resultados:

Con respecto a la historia de la enfermedad (tiempo de estar enfermo), se observó que en el caso de las mujeres la mayor proporción se ubicó en un rango de 1 a 2 años con un 36.8% de la muestra, lo cual coincide en el caso de los hombres, con un 35.5% de la muestra, tal y como se observa en la gráfica 10. (ver anexo).

Con respecto al área impacto emocional de la enfermedad, se pudo observar que en el caso de las mujeres, la frecuencia más alta correspondió a los síntomas representativos de la depresión (*tristeza y llanto*) con un 42.1%, mientras que en el caso de los hombres predominaron los síntomas positivos (*valor, esperanza, coraje*) con un 54.8%, tal y como se ilustra en la gráfica 11. (ver anexo)

Otra de las áreas que se evaluó, fue la correspondiente a la atribución causal de la enfermedad, al respecto pudo observarse que en el caso de las mujeres la mayor proporción correspondió a la consideración de que la enfermedad que padecen es causada por el destino o la suerte con un 42.1%, mientras que los hombres explicaron su enfermedad en términos racionales y lógicos con un 32.3%, tal y como se presenta en la gráfica 12. (ver anexo).

Finalmente la última de las áreas evaluadas es la correspondiente a las alteraciones en la dinámica familiar, tanto en las mujeres como en los hombres se presentó una mayor proporción en los aspectos referentes a la reorganización familiar que se manifiesta como un apoyo en el afrontamiento y tratamiento de la enfermedad, tal y como se muestra en la gráfica 13. (ver anexo).

4. DISCUSION Y CONCLUSIONES

Dado que en este trabajo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de la sintomatología depresiva en hombres y mujeres indígenas con padecimientos crónico-degenerativos e incapacitantes se discuten los resultados de acuerdo a como fueron presentados en el capítulo correspondiente.

Haciendo un análisis de los resultados obtenidos en esta investigación, no se descarta la aseveración de que tanto la tristeza como la depresión son fenómenos universales, por cuanto emergen de la naturaleza humana y ésta es universal (Arieti, 1990; Mendels, 1972; De la fuente, 1975)

Aunque resulta difícil determinar si la enfermedad física incide en la etiología de la depresión o si ésta es una respuesta psicológica del paciente, frente al malestar ocasionado por su padecimiento, es importante reconocerla ya sea como sintoma, como síndrome o como cuadro clínico, pues posiblemente sea la fuente más importante de sufrimiento humano y al mismo tiempo juega un papel fundamental en la vivencia de la enfermedad. (Calderón, 1990; De la fuente, 1992)

Resulta importante destacar las diferencias en los papeles de género, que existen en todos los niveles socioeconómicos y que también estuvieron presentes en la manifestación de reacciones emocionales y la vivencia de enfermedad.

Según Lara y Salgado (1998) en los grupos de menores ingresos se presentan más actitudes ligadas al rol femenino tradicional; abnegación, pasividad, sumisión y sentimientos de inferioridad, en el caso de las mujeres indígenas este papel se magnifica, por los bajos niveles de escolaridad y las carencias socioeconómicas, que les impide reafirmar su condición de igualdad con respecto al hombre. Esta situación se hizo evidente a lo largo de todo este trabajo.

En este estudio se confirma tal desigualdad, la variable escolaridad en todos los niveles obtuvo mayores porcentajes en los hombres que en las mujeres.

En los grupos estudiados, la mayor población de enfermos se concentró en adultos entre los 21 y 40 años, es decir individuos en etapa productiva, generalmente padres de familia en donde el varón enfermo es importante y necesario, es además el mayor proveedor económico.

Para el caso de las mujeres fue una situación similar a la de los hombres, quizá de mayor impacto si tomamos en consideración lo señalado por Bonfil (1998) respecto al papel de las mujeres en el seno de una familia indígena "son madres, esposas, trabajadoras, transmisoras de la cultura y procuradoras de salud", esto es, tienen un papel básico en la unidad familiar.

Por lo que padecer una enfermedad que requiera de atención especializada representa un acontecimiento de gran magnitud para los individuos de ambos sexos.

En cuanto a los padecimientos, la mayor tendencia se registró en las Displasias Hematológicas, es decir; enfermedades graves, generalmente con mal pronóstico, que necesitan cuidados especiales para el enfermo que difícilmente estos pacientes pudieran tener.

Lo anterior despliega todo un abanico de posibilidades para experimentar la depresión, más sin embargo, el resultado de este trabajo sugiere la tendencia a experimentar depresión mínima en las mujeres, y los hombres no reportan depresión de ningún tipo, lo que resulta contrario a lo que menciona Calderón en su texto en relación a que una enfermedad orgánica con frecuencia produce depresión, porque afecta al individuo en todas las esferas (produce dolor, implica peligro de muerte, disminuye la autosuficiencia etcétera) de igual forma, autores como De la fuente, Rubio y Arieti entre otros, consideran que la aparición de una enfermedad trae como consecuencia la depresión, como síntoma, como síndrome o como cuadro clínico, por lo que el médico debe identificarla y tratarla.

Los resultados obtenidos en este trabajo pueden explicarse por una gran diversidad de circunstancias: la primera de ellas puede ser precisamente por el género, esto es, el conjunto de expectativas acerca de los comportamientos sociales considerados como apropiados para los hombres y las mujeres, que se dan en todas las culturas, con las variaciones propias de la clase social, el grupo étnico y hasta el nivel generacional.

Algunos trabajos revisados(Lara,1996; Salgado, 1995) muestran que las mujeres rurales cuando se deprimen, sufren más a menudo sentimientos de soledad, incapacidad y dependencia mientras que los varones son más propensos a expresar su depresión con desesperanza y sentimientos de fracaso personal.

Haciendo un análisis de los reactivos en los que las mujeres obtuvieron mayores porcentajes en las diferentes áreas, sobresalen los siguientes; tristeza, llanto, devaluación personal, taquicardia y fatiga, en menor medida, los relacionados a confusión, indecisión irritabilidad, disminución en la ingesta de alimentos, y pérdida de peso, que difiere a lo señalado por Lara y Salgado, quizá porque la muestra estudiada fue rural y la de este estudio es población indígena.

Por otro lado, los reactivos relacionados a soledad, desesperanza, e insatisfacción obtuvieron puntajes muy bajos, lo que podría también explicar los resultados, pues si un enfermo grave, menciona que no se siente solo, que tiene esperanza y que se siente satisfecho con la vida, no tiene muchas posibilidades de experimentar la depresión, pero si la tristeza como emoción normal, considerando los síntomas

que describe Calderón, (1990) en las dos primeras etapas del duelo o tristeza normal; la desesperación y la depresión.

En el periodo de desesperación se presenta un estado de choque emocional con pérdida de apetito, insomnio, fatiga, inquietud llanto sollozos y descompensación de enfermedades preexistentes, el periodo depresivo se caracteriza por tristeza, desinterés, e inhibición psicomotriz.

Esto se resuelve con la aparición del periodo de adaptación, cuando el individuo empieza a darse cuenta de la realidad y a fijarse nuevos objetivos. La duración del duelo es variable y va desde unas cuantas semanas a varios meses.

Siguiendo a Calderón, es posible concluir que la tendencia a la depresión mínima en las mujeres puede considerarse como una tristeza normal ante una situación adversa como lo es una enfermedad, en este sentido, es importante enfatizar que algunos autores (Arietti, 1994; Lia; 1991) consideran que la tristeza como reacción, resulta lógica y saludable ante las adversidades de la vida que forman parte del crecimiento y desarrollo de las personas.

Por otro lado, los resultados de la entrevista semiestructurada son similares a los obtenidos en la escala Zung, en lo relacionado al humor depresivo, ya que el impacto emocional reporta mayor tendencia en las mujeres a experimentar "tristeza y llanto", no así en los hombres quienes presentaron mayor tendencia a experimentar solo sentimientos positivos como "valor y esperanza", que también pudieran estar relacionados con el género, pues a las mujeres se les "permite" expresar ese tipo de sentimientos y los hombres los sentimientos contrarios.

En cuanto a la atribución causal de la enfermedad la tendencia en los hombres fue mayor en la categoría de "adecuado raciocinio" esto pudiera estar relacionado con los niveles de escolaridad que le permiten una mayor comprensión de la enfermedad y con la permanencia de la enfermedad que hace que el enfermo se familiarice con los síntomas y aún con la terminología médica, ambas categorías fueron mayores para los varones.

Las mujeres atribuyeron su enfermedad al "destino o la suerte", por lo que nada podría cambiarla (solo Dios) esto pudiera ser resultado de la abnegación, pasividad y sumisión, características, que según Lara y Salgado (1998) son las predominantes en las mujeres rurales.

En lo relacionado a las alteraciones en la dinámica familiar, la tendencia fue mayor en los hombres, para la categoría "reorganización familiar para proporcionar apoyo", es decir, a los hombres enfermos los cuidan sus esposas, la dinámica familiar sufre cambios, los papeles de los integrantes de la familia se transforman, si en la familia existen mujeres ellas son las encargadas del enfermo como esposa, hija, nuera o sobrina, este papel de la mujer indígena reafirma lo mencionado por Bonfil (1998) en relación a que las mujeres son consideradas "cuidadoras primarias", y en el núcleo de la familia indígena aparecen como encargadas de la unidad familiar y de la salud.

Cuando la mujer es la enferma aparecen las dificultades en el apoyo si no cuenta con una hija de preferencia soltera y si no tiene hijos, las dificultades son mayores. Como puede observarse en todo este trabajo la situación de la mujer en general es de desigualdad con respecto al hombre y en el mundo indígena estas desigualdades son aún mayores.

Para finalizar este apartado, resulta importante concluir que aunque existe una diversidad de factores que influyen en los resultados obtenidos es necesario señalar los aspectos concretos que pueden explicar porque estos enfermos no se deprimen, estos pudieran ser:

- ✓ Porque la escala Zung no tiene validez para este grupo en específico. Puesto que es un instrumento estandarizado para población no indígena lo cual resulta significativo ya que no toma en cuenta lo relacionado con la cosmovisión que en estos grupos marca la diferencia entre el mundo indígena y el occidental.
- ✓ Porque la enfermedad humana se presenta, dentro de una cultura particular que conforma e influye fundamentalmente en el modo que se experimenta la enfermedad, es decir por su cosmovisión; según Lara y Mateos, (1994) la etiología de la enfermedad en los grupos indígenas está íntimamente relacionada con la concepción que cada grupo tiene con respecto a su ser, a su existencia, a su origen y al universo, por lo que los conceptos y creencias sobre la enfermedad constituyen parte importante de las influencias culturales que en este grupo en específico desempeñan un papel central en la vivencia de la enfermedad.
- ✓ Porque los indígenas desde tiempos remotos sufren de desigualdades económicas, jurídicas y sociales, que se expresan entre otras cosas en una pobreza alarmante y condiciones de vida deficitarias lo que les ha hecho acostumbrarse a condiciones de existencia severas que les hace aparecer como irrelevantes signos y síntomas sobre el cuerpo y sus funciones, que en otro contexto, con umbrales más reducidos de sufrimiento, implicaría la búsqueda de atención.
- ✓ Los resultados obtenidos también pudieran explicarse porque la población estudiada fue de bajo nivel socioeconómico y posiblemente no pudieran comprender lo que significa padecer Cáncer o Leucemia, sin embargo, el someterse a tratamientos dolorosos, durante largos periodos y verse alejado de su comunidad y de sus amigos puede representar sufrimiento, es decir, la vivencia de enfermedad pudiera ser dolorosa y por lo mismo sentirse deprimidos.

Aunque todos los argumentos aquí citados constituyen elementos lógicos y válidos para explicar la tendencia a la depresión mínima en las enfermas y la ausencia de depresión en los enfermos, el que a mi parecer tiene mayor peso es el

relacionado al apoyo social, que influye de manera favorable sobre la respuesta psicológica a la enfermedad. Como consta en diversos estudios antropológicos sobre los grupos indígenas las redes de apoyo social es una situación básica sobre la que descansa en bienestar de la mayoría de las comunidades indígenas, al respecto resulta importante recordar lo mencionado por Pozas, (1967) en relación a la conciencia de colectividad limitada a su grupo de pertenencia que los hace fuertes en su identidad personal, proporciona apoyo mutuo, y apoyo emocional en este sentido la religión tiene un papel fundamental. Cabe mencionar que todos los sujetos entrevistados profesaban alguna religión.

En este aspecto resulta necesario resaltar lo que Calderón, (1990) menciona en relación a la importancia de los tres sistemas de apoyo social que han existido durante siglos: la familia, la iglesia y la comunidad de vecinos, sistemas que han sido un apoyo contra estados emocionales disruptivos como la depresión, el miedo y la ira, estos tres sistemas han permitido resistir con fuerza biológica cualquier intento de destrucción de las ligas afectivas, los grupos indígenas se conciben como grupos cohesionados, fuertes y comprometidos con sus miembros, en donde las distintas prácticas de religiosidad popular tienen un papel fundamental, tomando el concepto de Ricardo Falla (1984) en torno a la religiosidad popular no como doctrina oficial, sino en su sentido profundo en contacto con las necesidades de los sectores populares que la aplican, en este contexto, la enfermedad suele enfrentarse mejor desde la religiosidad popular.

El valor terapéutico del apoyo social ha sido muy documentado especialmente en situación de enfermedad y parte de la premisa de que el ser humano es un ser social que necesita de los "otros" para poder sobrevivir emocionalmente, es probablemente en el individuo enfermo donde se hace mas notoria esta necesidad (Middlebrow ,1980 citado en Flores ;1994a)

Flores ,(1994) afirma que está perfectamente comprobado que el ser humano de todas las edades con buenas relaciones de apoyo familiar y lazos significativos con otros, se encuentra en mejores condiciones psicofisiológicas para superar las tensiones y su propia enfermedad. Por el contrario la ausencia o la mala calidad de las mismas conduce simplemente a la enfermedad.

Con el apoyo de otros el enfermo es capaz de mejorar, de afrontar, perseverar y enfrentarse con una enfermedad e incluso con la propia muerte. Para el enfermo, el apoyo social marca la diferencia entre abandonar la esperanza y no ceder, entre querer vivir y desear vivir Flores ,(1994)

Los grupos indígenas mediante la interacción con otros, satisfacen necesidades sociales básicas a sus miembros como, afiliación, afecto, pertenencia, identidad seguridad y aprobación, tales necesidades realmente fundamentales en el individuo normal y por supuesto en el individuo enfermo deben ser y son cubiertas a través de ayuda socioemocional (afecto, simpatía, comprensión, aceptación y estima, etcétera) así como por la provisión de ayuda instrumental (consejos, información, ayuda con la familia o con el trabajo, ayuda económica etcétera).

A través de las entrevistas y demás instrumentos y el trato cotidiano con los enfermos a manera de conclusión general se puede afirmar que lo realmente importante, por su acción terapéutica y humana es que el enfermo se sienta querido, estimado y aceptado por los demás. Esta percepción del paciente promueve la salud y proporciona un efecto protector contra los desórdenes afectivos como la depresión. De ningún modo podemos dejar de reconocer la importancia de la cosmovisión entendida como la percepción que el individuo y su grupo tienen de sí mismos y del universo entero, que en los grupos indígenas, se basa en el equilibrio, armonía e integralidad, situación que ejerce una influencia circular sobre las maneras en que se percibe y se expresa la enfermedad, en cómo se entiende ésta y las respuestas que suscita, así como sus equivalentes simbólicos y lingüísticos. La cosmovisión termina moldeando la enfermedad misma, organizando los síntomas, las interpretaciones siguiendo patrones de comportamiento que difieren según las sociedades y grupos étnicos.

5. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Dado lo reducido de la muestra, los resultados obtenidos no son generalizables ni concluyentes de las características halladas en pacientes con este tipo de enfermedades.

Los datos obtenidos, solamente pueden ser aplicados en los casos en los cuales el sujeto es aceptado en el Programa de Atención Médica de Tercer Nivel cuya condición pudo influir significativamente en los resultados, ya que el ser aceptado en el albergue, representa una condición favorable que seguramente influyó de manera significativa en los hallazgos, puesto que el ser aceptado en el albergue significa que los gastos generados por la enfermedad, medicinas, transporte, hospedaje y alimentación del enfermo y un acompañante son subsidiados por la Subdirección de Salud y bienestar social del Instituto Nacional Indigenista; obtener estos beneficios pudiera repercutir de manera positiva en el estado de ánimo del paciente.

Un aspecto importante que no debe dejarse de lado es que los hombres y mujeres que formaron parte de la muestra con la que se trabajó son indígenas, y aunque mucho se ha documentado sobre la universalización del hecho depresivo, es posible que existan diferencias no solo en la incidencia de la enfermedad sino también en la sintomatología y en las formas clínicas con las que se manifiesta.

Se midió la sintomatología depresiva a través de la escala Zung, que aunque es una escala breve y sencilla, no ha sido validada en población indígena y aún cuando se parta del principio de igualdad de la naturaleza humana, no se debe olvidar, que las influencias culturales no solo modelan la expresión sintomatológica de la enfermedad sino también la reacción del individuo y de su medio social a los síntomas manifestados.

Lo anterior, sugiere futuras investigaciones empleando otras técnicas (por ej. Redes Semánticas).

A pesar de las limitaciones arriba señaladas, sería interesante medir la misma sintomatología en otros contextos, (por ej. reos, migrantes, etc.) y en enfermos ampliando la muestra, controlando las variables padecimiento, edad y género.

La tendencia a la depresión mínima en mujeres, sugiere la necesidad de posteriores investigaciones indagando la posibilidad que la depresión encontrada pudiera convertirse en depresión crónica lo que tendría repercusiones importantes en todos los ámbitos de la vida del enfermo.

Una última sugerencia, quizá la más importante, que puede lograrse mediante la investigación es; poder transmitir el compromiso a los estudiantes y profesionales de la psicología de mostrar las evidencias de la importancia de nuestra disciplina

en la vida de los individuos, con el fin de sensibilizar a la sociedad mexicana sobre la eficacia de las técnicas de intervención que emanan de la psicología como disciplina científica encargada del estudio de la conducta de los individuos, en diversos grupos y circunstancias.

En el contexto laboral, el psicólogo se enfrenta al casi total desconocimiento de la comunidad de médicos, abogados, trabajadoras sociales, ingenieros, etcétera sobre la utilidad de la psicología en los diversos ámbitos de la vida, es de importancia fundamental dejar atrás la idea de que el psicólogo es para tratar a gente loca o perturbada, sino que como disciplina social proporciona a los individuos diversas herramientas que permiten un mejor desarrollo social y humano, que repercute en el bienestar de las familias y los pueblos.

BIBLIOGRAFÍA

- Alfonso, R. A (1995) Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. Madrid España.: Editorial Ciencias de la Educación Preescolar y Especial.
- Alvaro J, Torregosa y Garrido, A. (1992) Estructura social y salud mental. En Alvaro, J. Torregosa y Garrido, A. (Comps) Influencias sociales y psicológicas en la salud mental (pp 9-29) Madrid.: Siglo Veintiuno de España Editores.
- American Psychiatric Association (1997) DSM-IV Atención Primaria
- American Psychiatric Association. (1998) Manual de estilo de publicaciones (adaptado para el español) (primera edición en español, traducida de la 4ª edición en inglés) México.: El Manual Moderno S. A. de C.V.
- Arieti, S. y Bemporad, J. (1990) Psicoterapia de la depresión (2ª edición) México: Paidós, Psiquiatría, Psicología y Psicosomática.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (1994) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (4ª. Ed.) Washington, DC, EE.UU.:Autor
- Bas, F. y Andrés, V. (1996) Diagnóstico, evaluación de la severidad y análisis funcional de la depresión. En Buela-Casal.G. Caballo, E.V. y Cortés S. J.A. (Dir) Manual de evaluación en psicología clínica.(pp 195-196) Madrid. : Siglo Veintiuno de España Editores S.A.
- Bolon, K. y Barling, J. (1980). The measurement of self- rated depression: A multidimensional approach. Journal of Genetic Psychology, 137 (2), 309-310.
- Bonfil, S.P. (1998) Las manos y la tierra: La función de las mujeres como agentes de salud de los espacios de poder indígenas. En Bonfil y Salles (comps) Mujeres pobres, salud y trabajo. México.: Gimtrab.
- Buela-Casal, G., Caballo, E. V., y Sierra, C. (Dir.) (1996) Manual de Evaluación en Psicología clínica y de la Salud. Madrid.: Siglo Veintiuno de España Editores S.A.
- Calderón, N.G. (1990). Depresión, causas manifestaciones y tratamiento. (3ª edición). México D.F: Trillas.
- Ceballos H. (1991) Trastornos Afectivos de la Personalidad en un grupo de pacientes trasplantados y no trasplantados. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Chinchilla, M. A. (1999) Aspectos etiopatogénicos, clínicos y diagnósticos. En Guía terapéutica de las depresiones. (pp 17-39) Barcelona. : Masson.

Choiza, L. (1975) Los trastornos hepáticos como una función de la interioridad. En Un estudio del hombre que padece. (2ª ed pp.83-84) Centro de Investigación de Medicina Psicosomática. Buenos Aires. :Paidós.

De Jonghe J. F. y Baneke, J. J. (1990) the Zung Self-Rating Depression Scale; A replication study on reliability, validity and prediction. Psychologycal Reports 1 64 (3pt1). 833-834.

De keijzer, B. (2000) La otra salud mental. Ponencia presentada en la clausura de la maestría en Salud Mental Comunitaria en la universidad de Xalapa, enero

De la Fuente Muñiz, J.R. (1992) Psicología Médica (Nueva edición). México.: Fondo de Cultura Económica.

De la Fuente, Muñiz, J.R. (1975) Desórdenes de la afectividad; Ansiedad y Depresión. En Cuadernos de Psicología y Psiquiatría. (folleto) Facultad de Medicina.

Desjarlais, R., Einslerberg, L., Good, Byron. y Kleinman, A. (1997) Salud Mental en el mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la organización Mundial de la Salud. Washington, D.C. E.U.A.

DSM-IV. Atención Primaria.

Dugan, W., Macdonald, M., Passik, S., Rosenfeld, T. y Edgerton, S. (1998) Use of the Zung Self-Rating Depression Scale in Cancer Patients: Feasibility as screening too. Psycho-Oncology, 7 (6) . 483-493.

Estlander, A.M., Takala, Essa-Pekka y Versakalo , M. (1996) Assessment of depression in chronic Musculoskeletal pain patients. Clinical Journal of Pain, 11(3) 194-200.

Falla, R.(1984) Esa muerte que nos hace vivir. San Salvador.: UCA.

Fitzpatrick, R; Hinton, J; .Newman, S; .Scambler, G y Thomsom J. (1990) La enfermedad como experiencia. (primera edición en español) México.: Fondo de Cultura Económica.

Flores, J. A. (1994) El apoyo psicosocial. En Reacciones psicológicas a la enfermedad física. (pp.141-154). Barcelona.: Edika Med.

Flores, J. A. (1994a) La mujer ante el cáncer de mama. En Reacciones psicológicas a la enfermedad física. (pp.31-38). Barcelona.: Edika Med.

Friedman, S. E. y Thase, E. M. (1995) Trastornos del estado de ánimo. En Caballo, E. Buela-Casal G. y Carrobbles, J.A. (Dir) Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos. Vol 1 Fundamentos conceptuales y trastornos por ansiedad, afectivos y psicóticos. (2ª. ed. Pp 619-681) . Madrid.: Siglo Veintiuno de España Editores.

Gabrys, J. B., y Kay, S. (1985) Reliability discriminant and predictive validity of the Zung- Self-Rating Depresión Scale. Psychological Reports 57 (3pt 2) 1091-1096.

Galván, M.E.(1996) Algunos aspectos psicosociales del dolor bajo de espalda. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Godoy, E. (1995) La homeopatía como ciencia aporta nuevos enfoques. En Terán C.y Malo, M. (Comps) Políticas de salud y pueblos indios.(pp 83-86). Quito, Ecuador. universidad Andina "Simón Bolívar " Ministerio de Salud Pública, Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud.

Hernández, R., Fernández C. y Baptista, P. (1991) Metodología de la Investigación. México.: MacGraw-Hill .

Holland, W.F. (1963) Medicina Maya en los altos de Chiapas. Instituto Nacional Indigenista: México.

Instituto Nacional Indigenista (1995) Síntesis del encuentro de médicos tradicionales. México, D.F.:Autor.

Lara, Cantú . M.A. (1996) ¿ Es difícil ser mujer? Una guía sobre depresión. México. :Instituto Mexicano de Psiquiatría, e Instituto Latinoamericano de Comunicación Educativa.Pax.

Lara., Medina-Mora., Salgado., Acevedo., Díaz-Pérez, y Villatoro (1996) Utilización de servicios para problemas de salud mental en población femenina: tres estudios. Salud Mental 19(2). 42-49.

Lara, y Mateos, R.M. (1994) Medicina y cultura: hacia una formación integral del personal de la salud. México. :Plaza y Valdéz

Lara, y Salgado (1998) Pobreza femenina y salud mental. En Bonfil y Salles (comps) Mujeres pobres, salud y trabajo. México: Gimtrab.

Leavell, H. y Clark, E. (1965). Preventive medicine for the doctor in his community. Jew York,: McGraw-Hill.

Lee, Hing-chu B. (1990) Reliability, Validity and fakability of the Zung Self-rating

- Depression Scale. Bulletin of the Hong Kong Psychological Society. (24)25. 5-15.
- Leung, Kai-kuen; Lue, Bee-Hong; Lee, Ming-Been; y Tang, Li-yu. (1998) Screening of depression in patients with chronic medical diseases in a primary care setting. Family Practice. 15 (1). 67-75.
- Lúa, Rincón y Di Segni S. (1991) Problemas del Campo de la Salud Mental. : México. Paidós.
- Lolas, F. (1988) Perspectivas biopsicosociales sobre la enfermedad crónica. En Salud Mental 11(3). 19-24.
- Lozano, R. (1993) Desigualdad, pobreza y salud en México. México, D. F. Consejo Consultivo del Programa Nacional de Solidaridad.
- Llor, B. Abad, M.A. García M. Nieto, J. (1998) La situación de enfermedad. Problemática psicosocial. En Ciencias psicosociales aplicadas a la salud. (pp 187-193) Madrid.: Mc Graw-Hill.
- Llor, B. Abad, M. A. García M. Nieto, J. (1998a) La conducta de enfermedad. En Ciencias psicosociales aplicadas a la salud. (pp 209-217) Madrid.: Mc Graw-Hill.
- Mendels, (1972) La Depresión. Barcelona.: Heder.
- Mercado, F., y Robles, L. (1993). El apoyo familiar en el cumplimiento del tratamiento médico en individuos con diabetes mellitus no insulino dependientes. En Familia Salud y sociedad. Experiencias de investigación en México. 310-343. México.: Trillas
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (1999) Serie. Salud de los pueblos indígenas. Incorporación del enfoque intercultural de la salud en la formación y desarrollo de recursos humanos. (ejemplar 12) Washintong, DC. EE.UU.: Autor.
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (1993) Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. Winnipeg, Canadá. EE.UU.: Autor.
- Organización Panamericana de la Salud. (1983) Trastornos Depresivos en Diferentes Culturas: informe de un estudio de la Organización Mundial de la Salud, en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud, relativo a la evaluación normalizada de trastornos depresivos. Washington DC.: Autor
- Papalia, E.D. y Wendkos-Olds, S. (1997) Desarrollo humano. Con aportaciones para Iberoamérica. (Sexta edición) Santa Fé de Bogotá Colombia.: MacGraww-Hill-Interamericana.

- Paykel, E.S. (1991) Depression in women. British Journal of Psychiatry,158 (suppl 10), 22-29.
- Polaino-Lorente, A. (1985a) Aproximación transcultural al estudio de la depresión. En La Depresión (pp 126-146) Barcelona.:
- Polaino-Lorente, A. (1985) Cultura y Depresión. En La Depresión (pp 108-125) Barcelona.:
- Polaino-Lorente, A. (1994) Psicología y diabetes infantojuvenil. Madrid.: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- Pozas, R. (1965) Juan Pérez Jolote. Biografía de un Tzotzil. México.: Fondo de cultura económica.
- Rubió, S.J.L. Aspectos Psicológicos de la enfermedad. En Ridruejo, A.P., Medina, L.A. y Rubio, S. J.L. (Eds) Psicología Médica.(pp. 477-489). España. McGraw-Hill-Interamericana.
- Rubio, S.J.L. y López, F.M. (1997a) La enfermedad desde el punto de vista de la psicología médica. En Ridruejo,A.P. Medina, L.A. Rubio, S. J.L. (Eds) Psicología Médica.(pp. 461-465). España. McGraw-Hill- Interamericana.
- Salgado de Snyder N., Díaz-Pérez, M.J. y Maldonado, M. (1995) Los nervios de las mujeres mexicanas de origen rural como motivo para buscar ayuda. Salud Mental 18(1), 50-55.
- Sánchez, P.J.(1995) Nuevos retos culturales de la medicina en el medio indígena. En Terán C.y Malo, M. (Comps) Políticas de salud y pueblos indios.(pp 43-48) Quito, Ecuador. Universidad Andina "Simón Bolívar " Ministerio de Salud Pública, Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud.
- Sola, J. (1995) La búsqueda de un nuevo modelo de atención es urgente. . En Terán C.y Malo, M. (Comps) Políticas de salud y pueblos indios.(pp 43-48). Quito, Ecuador. Universidad Andina "Simón Bolívar " Ministerio de Salud Pública, Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud.
- Strauss, A.. (1990) Preface to Qualitative Research on Chronic illness .Soc.Sci.Med.30:V-VI.
- Tovar, R. M. (1998) Análisis interno y Validación de la Escala de Automedición de la Depresión de Zung en pacientes Deprimidos. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Vázquez, C. (1995) Evaluación de los trastornos depresivos y bipolares. En Alfonso Roa Álvaro. (comp.) Evaluación de la psicología clínica y de la salud. pp.163-209), Madrid, España. :Ciencias de la Educación Preescolar y Especial.

Villaseñor, S.J. (1994) La etnopsiquiatría. Nociones generales sobre su origen y desarrollo. Salud Mental. 17 (2).16-20.

Colla, C., Del bosque, S., Tascón, M.A. y Mellado, C.V. (1998) Medicina tradicional y enfermedad. México.: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.

Lung, W. (1965) La Medición de la Depresión. (folleto) México.: Norpramin.

ANEXOS

ANEXO 1

ESCALA DE AUTOMEDICION DE LA DEPRESION

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

EDAD _____ SEXO _____ FECHA _____

Por favor, señale con una cruz la respuesta que mejor describa su estado de ánimo de acuerdo a como se haya sentido durante las dos últimas semanas.

	Nada o pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	La mayoría de las veces o siempre
Me siento desanimado y triste				
Por la mañana es cuando me siento mejor				
Tengo ataques de llanto o deseos de llorar				
Tengo problemas de sueño durante la noche				
Como igual que antes				
Disfruto al mirar, conversar y estar con hombres/mujeres atractivos				
Noto que estoy perdiendo peso				
Tengo problemas de estreñimiento				
Mi corazón late más rápido de lo acostumbrado				
Me canso sin motivo				
Mi mente está tan despejada como siempre				
Me resulta fácil hacer todo lo que hacía antes				
Me encuentro intranquilo y no puedo estar quieto				
Tengo esperanzas en el futuro				
Soy más irritable que de costumbre				
Tomo las decisiones fácilmente				
Siento que soy útil y necesario				
Siento que mi vida está llena				
Siento que los demás estarían mejor sin mí, si uviera muerto				
Sigo disfrutando lo que hacía				

**Formato de Entrevista.
(Anexo 2)**

**Atención Médica de Tercer Nivel
Salud Mental**

DATA DE IDENTIFICACION

Nombre _____

Edad _____ Sexo _____ Edo. Civil _____

Lugar de origen _____ Padecimiento _____

Educación _____ Etnia _____

Nombre del Acompañante _____ Parentesco _____

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

IMPACTO EMOCIONAL DE LA ENFERMEDAD EN EL PACIENTE.

IDEAS DEL PACIENTE A CERCA DE LA ENFERMEDAD.

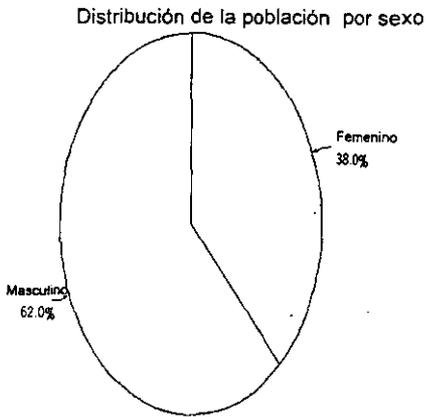
ALTERACIONES EN LA DINAMICA FAMILIAR.

ESTADO ACTUAL.

Anexo 3

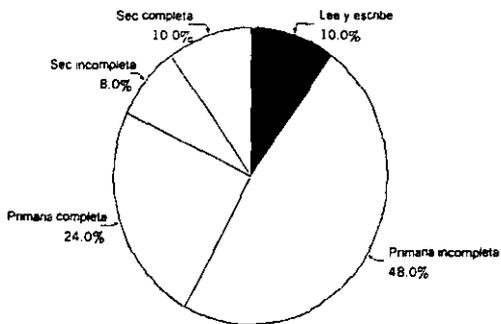
Gráficas

Gráfica 1



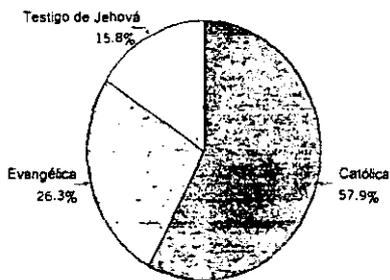
Gráfica 2

Nivel Escolar de la Población



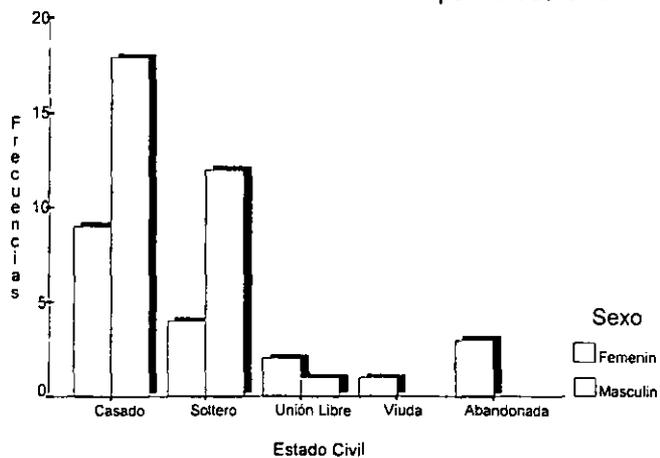
Gráfica 3

Distribución porcentual con respecto a la religión



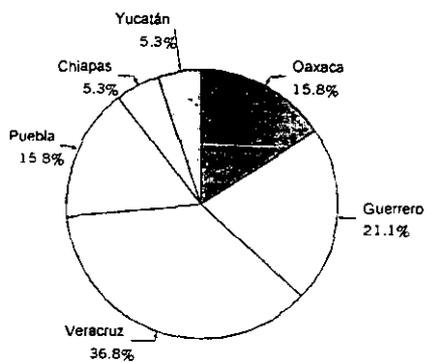
Gráfica 4

Distribución de Frecuencias por Estado Civil



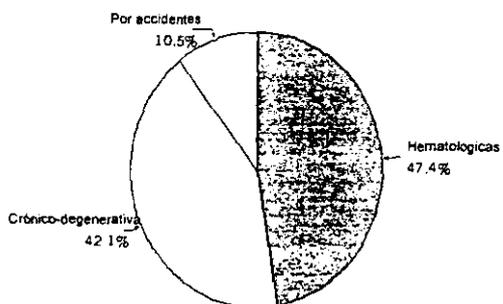
Gráfica 5

Proporción de pacientes por estado de origen

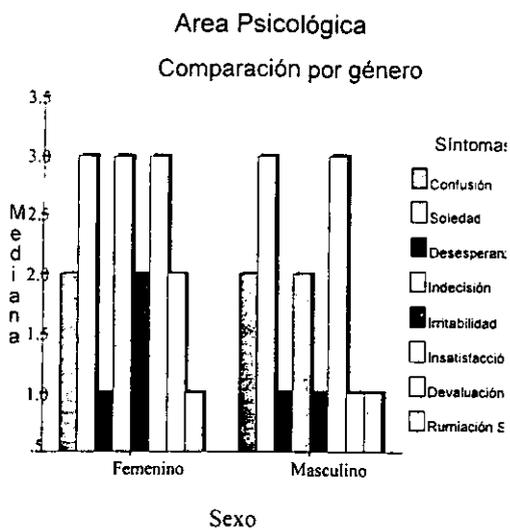


Gráfica 6

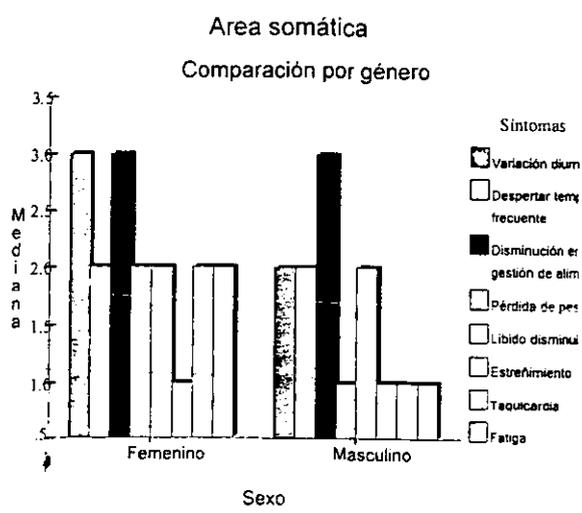
Distribución porcentual de padecimientos



Gráfica 7

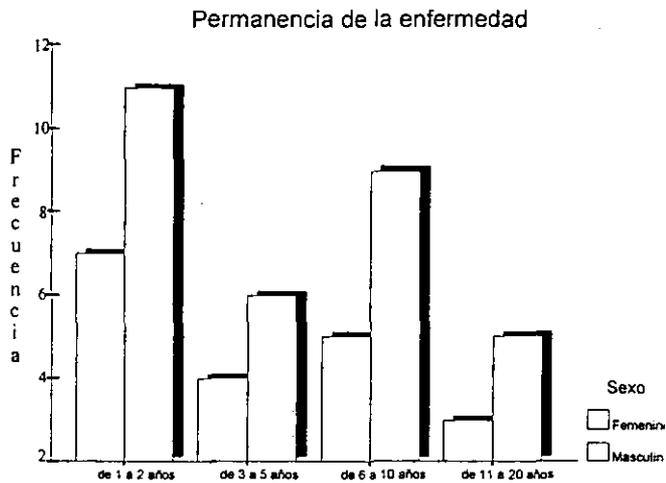


Gráfica 8

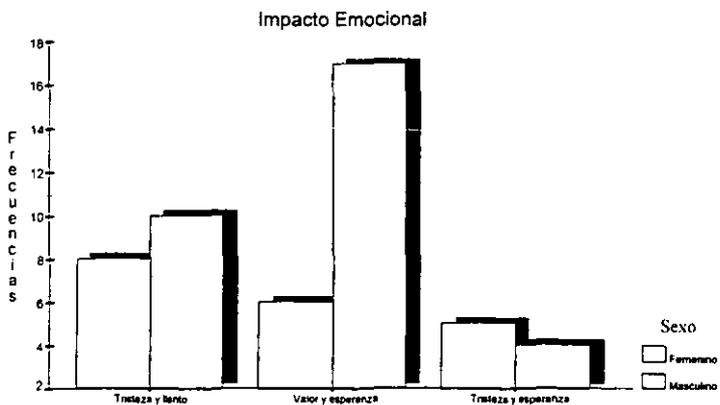


Gráfica 9

Resultados de las frecuencias de la entrevista estructurada

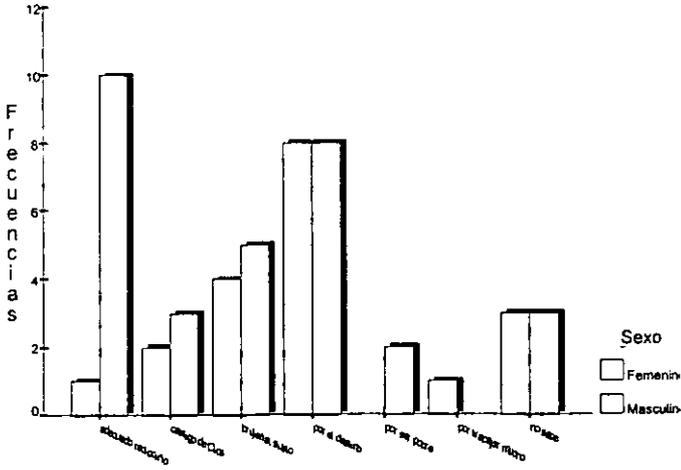


Gráfica 10



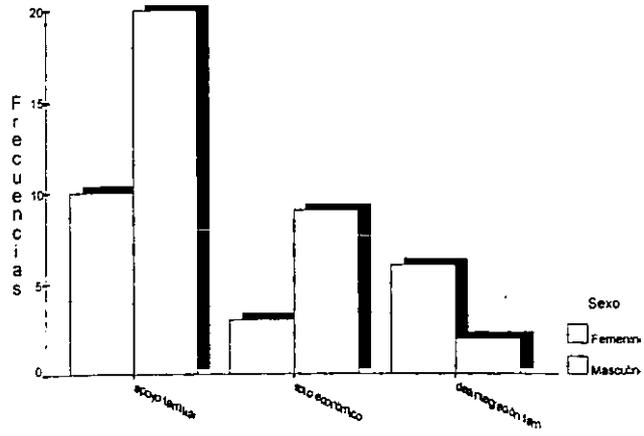
Gráfica 11

Atribución Causal



Gráfica 12

Alteraciones en la dinámica familiar



Gráfica 13