

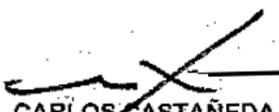
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRIA Y
SALUD MENTAL

TITULO

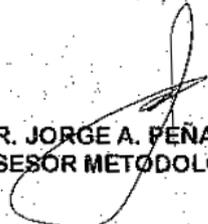
INCIDENCIA DE TRASTORNO DEPRESIVO EN PADRES DE NIÑOS
VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL

ALUMNO

DRA. SILVIA PATRICIA ANCONA VALENCIA
MEDICO RESIDENTE DEL TERCER AÑO
HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ



DR. CARLOS CASTAÑEDA GONZALEZ
ASESOR TEORICO



DR. JORGE A. PEÑA ORTEGA
ASESOR METODOLOGICO

TESIS PARA OBTENER DIPLOMA DE "ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA"

1995



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

INDICE

1.- Indice.....	1
2.- Antecedentes.....	2-10
3.- Marco de Referencia.....	10-11
4.- Planteamiento del problema.....	11
5.- Justificación.....	11
6.- Objetivos.....	12
7.- Diseño.....	12
8.- Material y Métodos.....	12-15
9.- Resultados.....	16-17
10.-Discusión.....	18
11.- Conclusiones.....	19
12.-Bibliografía.....	20-21
13.-Gráficas y Tablas.....	22
14.- Anexos	

ANTECEDENTES

La prevalencia del abuso sexual a lo largo de la historia se ha visto encubierta por actitudes moralistas y de negación ante su presencia en la sociedad, así como por el desarrollo, en la misma, de lineamientos de pasividad y sojuzgamiento femenino e infantil (11,12,20).

La literatura reporta en múltiples estudios la importancia del medio social y familiar para el desarrollo, como medios predisponentes del abuso sexual, así como la conflictiva familiar que dicho diagnóstico ocasiona en las familias de estos niños (2,5,10,11,12,14).

El abuso sexual se ha definido por diversos autores como el involucramiento de niños y adolescentes menores de edad e inmaduros en su desarrollo psicobiológico, en actividades sexuales que incluyen contacto sexual genital, anal, oro-genital, caricias de genitales, ano, pechos, exhibición genital y cualquier otra conducta implícitamente sexual, las cuales no comprenden, siendo incapaces de consentirlas en forma consciente ya que no han desarrollado la comprensión de la sexualidad que les permita dar una respuesta libre y plena al comportamiento del adulto, quien les utiliza para su gratificación sexual incluso violando los tabúes sociales de los roles familiares, arrebatando el control del niño sobre su cuerpo y el de su propia preferencia por compañeros sexuales y en igualdad de condiciones (21,22), representando un acto de violencia que parece tener una legitimidad y aprobación social, donde la víctima puede ser considerada culpable y el agresor tratado con benevolencia y ligereza (15). Es así como lo observamos a lo largo de la historia. Algunos autores mencionan que desde el siglo XIV los niños y adolescentes son utilizados por los adultos como objetos sexuales o vendidos como mancebos, para refrenar sus fantasías sexuales, sin considerar tales prácticas como actos sexuales castigándose sólo por razones de disciplina pública. También se identifica ya como agresor a sirvientes, pedagogos, maestros, niñeras e incluso padres, siempre con la complicidad al menos inconsciente en todos los

casos, de éstos últimos. Por ejemplo, en el abuso sexual por adolescentes a niños pequeños, los padres pueden tomar una actitud evasiva y defensiva, motivando que los agresores adolescentes traten de justificar o minimizar su actividad sexual y el daño causado a sus víctimas (2,15), siendo utilizadas las hijas por sus madres, ansiosas por retener a su marido como medio de mantener un vínculo sexual más joven y atractivo del que ellas pueden ofrecer (22). Se vislumbra asimismo algunas de las consecuencias del abuso sexual como la homosexualidad, señalada por Aristóteles (15) como un hábito de quienes se abusa desde la infancia.

En los siglos XVII y XVIII toma un nuevo giro la campaña contra la utilización sexual de los niños, castigándose por tocarse los genitales, atribuyendo a la masturbación el origen de la locura, epilepsia, ceguera y la muerte (15).

Prevaleció aún subestimado el abuso sexual por las influencias victorianas, la actitud moralista, y la dominante ideología patriarcal donde el sojuzgamiento femenino e infantil eran la regla, así como por las aportaciones científicas ambivalentes de autores como Freud, quien tras el descubrimiento a través de su método psicoanalítico del antecedente de victimización sexual durante la infancia de muchos de sus pacientes, quienes habían reprimido largamente estas experiencias traumáticas implicadas en la etiología de la neurosis, acaba por considerar estas declaraciones como meras fantasías de sus pacientes, convirtiendo los sucesos en el resultado de los impulsos edípicos del niño en vez de ser los impulsos depredadores del adulto (12,13,15,21).

Surge nuevamente a la luz el abuso sexual hasta la publicación clásica de Kempe (1962) (21). "*Síndrome del niño maltratado*", que condujo a la mayor publicidad del abuso físico en los niños de parte de sus padres y a la promulgación de leyes al respecto. Con un incremento en la literatura de reportes de abuso sexual e incesto en los 70s, cuyas principales fallas en la descripción del abuso sexual son debidas al inadecuado empleo de grupos control, en la determinación del daño psicológico relacionado con el abuso sexual, así como en la discriminación de complicaciones agudas y secuelas a largo plazo (9,12,17)

Se ha considerado de importancia primordial el perfil de personalidad de los padres. Muchos autores describen organizaciones defectuosas de la personalidad del padre, relación

inadecuada o débil, personalidad mal organizada con identidad mal definida (2,18).

Se ha reportado también la coexistencia de múltiples trastornos de la personalidad, y entidades como el alcoholismo, la farmacodependencia, el antecedente de abuso sexual en alguno de los padres o en ambos, siendo, el descubrimiento del abuso sexual en el ámbito familiar el factor desencadenante de una serie de disturbios familiares. Encontrándonos con una pobre, cuando no inexistente información en la literatura de los cambios provocados en los padres, posterior a conocer la existencia de abuso sexual en alguno de los miembros de su familia (6,7,16,26), además de que el descubrimiento del abuso puede representar la ruptura total del endeble equilibrio mantenido a través del incesto, principalmente creando el desempleo, el desastre económico, así como la vergüenza pública ante el papel que como padre, madre e hijo han desempeñado, con la ulterior pérdida de autoestima por parte de todos (22).

La depresión, quizá como ningún otro desorden psiquiátrico o de la medicina en general, se remonta en su historia hasta los primeros registros escritos de la humanidad. En diversos personajes de antiguos mitos así como en figuras bíblicas se describen síntomas manifiestos que hoy serían clasificados como una típica enfermedad depresiva. La primera descripción clínica objetiva de la depresión fue hecha por Hipócrates, quien acuñó el término "melancolía" para designar la *atrabilis* del individuo deprimido.

La importancia de éstos primeros registros, tal como lo observó Zilboorg (1944), reside en que ellos demuestran que la sintomatología del desorden afectivo ha seguido siendo esencialmente la misma durante veinticinco siglos. No obstante la constancia histórica de la descripción sintomatológica, las causas y los tratamientos sugeridos para la depresión han ido modificando permanentemente, como reflejo de las tendencias etiológicas y teorías de cada época. De ahí que todo resumen completo de la historia de la depresión equivale a documentar toda la evolución del pensamiento psiquiátrico.

Hipócrates, de quien se dice que vivió en el siglo IV a.de C., formuló la primera descripción médica de la depresión, a la que llamó melancolía y cuyo origen atribuyó a un exceso de *atrabilis* en el cerebro. Infirió que la melancolía estaba estrechamente vinculada con la epilepsia, y la categorizó, junto con la manía, el delirio y la paranoia, como uno de los cuatro principales tipos de enfermedad

psiquiátrica. Si bien, cabe a Hipócrates la prioridad de la descripción de la depresión, fue Areteo de Cappadocia, en el siglo II de nuestra era, quien formuló el cuadro más completo y notablemente moderno de este desorden. Sugirió que la depresión era causada por factores puramente psicológicos y que poco tenía que ver con la *atrabilis*, la flema o los demás humores. Areteo parece haberse anticipado diecisiete siglos a Kraepelin al asociar manía y depresión y al considerar a ambas como parte de una única entidad nosológica. Incluso puede haber sido más exacto que Kraepelin en cuanto al pronóstico, ya que observó que la enfermedad recurría a pesar de las remisiones, y que la recuperación después de un episodio no aseguraba la cura (Arieti 1974). Por último, Areteo valorizó la importancia de las relaciones interpersonales en el curso de la enfermedad, informando el caso de un paciente profundamente deprimido que llegó a recuperarse cuando se enamoró.(19).

Desafortunadamente, este prometedor estudio sobre la depresión iniciado por Areteo (así como por Celso, que la describió en medulosos escritos) no fue continuado por sus sucesores inmediatos. Galeno, también en el siglo II de nuestra era, desarrolló una teoría de enfermedad mental basada en supuestos humores, teoría que se mantuvo como doctrina hasta la Edad Media. Recién en el Renacimiento resurgió el interés en la depresión con un nuevo enfoque de sus causas. Esto ocurrió sobre todo en la Inglaterra isabelina, donde aparentemente hubo una epidemia de melancolía, a juzgar por la cantidad de trabajos sobre el tema aparecidos en ese breve periodo. Timothy Bright publicó su *Treatise on Melancholia* en 1586 y veinte años más tarde se conoció *Optick Glass of Humours*, de Thomas Walkington, que se ocupó en detalle de la "constitución melancólica" resultante de los humores y el efecto de los planetas (Veith 1970). Por último, en 1621 Robert Burton terminó su *Anatomy of Melancholy*, esta enorme y tortuosa obra es tanto una reflexión sobre la vida como un texto sobre la depresión. No obstante su extensión y erudicción enciclopédicas es difícil individualizar en su contexto una hipótesis principal referida a las causas o el tratamiento de este desorden. Por entonces, los médicos del resto de Europa redescubrían que melancolía y manía suelen alternar en el mismo individuo. Bonet en 1684, Schact en 1747 u Herchel en 1768 fueron algunos de los que asociaron ambos desórdenes como parte de una única entidad diagnóstica .

Con la difusión de la revolución científica, los investigadores de psiquiatría comenzaron a considerar la enfermedad mental como

causada por agentes fisiológicos, más que por posesión demoníaca. Sus hallazgos, sin embargo, carecían de un ordenamiento general, cada investigador alegaba haber descubierto un nuevo síndrome sobre la base de unos pocos pacientes. Era una época en que los estados patológicos se describían con exagerados pormenores, consagrando cada entidad diagnóstica con una denominación latina. En 1851 Falret diferenció entre la melancolía ordinaria y su variedad episódica, tres años más tarde Baillarger hizo una observación similar. Falret acuñó también la expresión "*folie circulaire*" y describió períodos de normalidad en algunos pacientes, en contraste con la gradual pero irreversible degeneración que sufrían otros individuos. Otros de los aportes importantes de Falret fueron sus observaciones acerca del probable carácter familiar de la depresión recurrente y su mayor incidencia en las mujeres. La situación en el nivel científico era sin embargo confusa. existía escasa correspondencia entre las clasificaciones diagnósticas formuladas por diferentes psiquiatras. El interés se concentró por entonces en el desenlace de una enfermedad, que era utilizado después para certificar su diagnóstico. A mediados del siglo XIX Greisinger dividió la "*insania*" en dos grandes categorías: curable e incurable. Es probable que la preocupación por el pronóstico haya surgido porque a falta de métodos terapéuticos adecuados, todo cuando se podía hacer era estudiar el curso de una enfermedad para después clasificarla.

Este estado de cosas pone de relieve el enorme valor de las contribuciones de Kraepelin, que revolucionó la psiquiatría estableciendo un sistema nosológico que hasta hoy continúa en vigor. Discriminó los elementos comunes de entre la confusión de síndromes descritos individualmente y los consolidó en tres categorías principales: demencia precoz, parafrenia y psicosis maniaco-depresiva. Basó sus clasificaciones tanto en la similitud de los síntomas como en el eventual desenlace de la enfermedad.

Dentro de la definición abarcativa de psicosis maniaco-depresiva Kraepelin incluyó una variedad de desórdenes depresivos. En razón de que este grupo compartía una serie de síntomas comunes a pesar de las diferencia superficiales, los distintos síntomas podrían reemplazarse recíprocamente en el mismo paciente y el pronóstico era benigno para todos los casos (Arieti 1974) (3). En el sistema nosológico de Kraepelin, la categoría de psicosis maniaco-depresiva comprendía la psicosis intermitente, la manía simple, algunos casos de confusión, la mayor parte de los casos de melancolía y algunos

casos de desórdenes leves del carácter precursores de perturbaciones mas graves. Globalmente, distinguía cuatro subgrupos principales: estados depresivos, estados maniacos, estados mixtos y estados fundamentales, estos es, desórdenes del carácter experimentados entre, ante, o en lugar de los ataques maniaco-depresivos (Braceland, 1957).

Uno de los criticos que más se hizo oír fue Adolf Meyer, cuyo propio sistema de clasificación, por el contrario, se basaba en una categoría más amplia de tipos reactivos. En un principio Meyer había aceptado y aplicado el nuevo sistema de Kraepelin, pero con el tiempo fue dejándolo de lado por considerar que dependía demasiado del desenlace. Comenzó a tratar los desórdenes psiquiátricos dando preeminencia a la influencia de las circunstancias existenciales, más que a las condiciones estrictamente orgánicas que evolucionan independientemente de los factores ambientales. Por último descartó por completo el modelo de enfermedad, prefiriendo considerar los desórdenes psiquiátricos como reacciones específicas de un individuo ante una sucesión de circunstancias existenciales. En 1904 Meyer objetó el término de melancolía, afirmando que daba un sello de certeza a un estado vago acerca del cual poco se sabía. Sugirió en cambio denominar depresión a dicho desorden, por lo menos hasta que se contara con evidencias positivas de enfermedad.

Probablemente Meyer reflejaba una tendencia cada vez más marcada dentro de la psiquiatría, según la cual la enfermedad mental debía ser explicada en función de los crecientes conocimientos sobre comportamiento normal e integrada con éste, en lugar de ser vista simplemente como otra forma de enfermedad física, cuyos síntomas pueden ser considerados de manera literal y tabulados como para un inventario. Sin duda influían recientes revelaciones del psicoanálisis, cuyos adherentes buscaban trascender las manifestaciones superficiales de enfermedad, hasta llegar al núcleo oculto de patología, para explicarlo entonces en términos psicológicos.(19).

La afectividad penetra y colorea toda la vida psíquica, determina la actitud general de rechazo o aceptación ante cualquier experiencia, promueve cualquier tendencia en armonía con dicha experiencia e inhibe cualquier impulso que no esté de acuerdo con la misma, los estados afectivos proporcionan los impulsos dinámicos motivadores. Al decir estado de ánimo queremos señalar un estado afectivo sostenido de duración considerable.

Así, los afectos sirven como señal o función que pone en alerta al yo, al mismo tiempo son la fuerza impulsora que establece las defensas psicológicas que producen su propia represión. Los factores afectivos pueden interferir con las tendencias asociativas e impedir que el individuo se dé cuenta de algunos anhelos o de otros aspectos conscientemente inaceptables de su vida mental. El papel de los afectos en la psicopatología fue perfectamente resumido por Bleuler: "Así como las anomalías que llamamos psicopatías no son prácticamente más que timopatías (trastornos de los afectos), de igual manera las influencias afectivas tienen un papel a tal grado dominante en la psicopatología general, que prácticamente todo lo demás es incidental. Sólo la debilidad mental, las confusiones y la mayoría de los estados delirantes son, en forma predominante, trastornos del intelecto. Sin embargo, aun estas alteraciones están matizadas por los mecanismos afectivos, los cuales a menudo determinan la importancia teórica y práctica del trastorno". (3).

La depresión es un tono afectivo de tristeza y es tal vez la afección de que más se quejan los pacientes psiquiátricos. La depresión puede variar desde un abatimiento ligero o sentimiento de indiferencia hasta una desesperación en grado extremo. En el síndrome depresivo menos grave, el paciente está callado, cohibido, inhibido, infeliz, pesimista, se desprecia a sí mismo y experimenta una sensación de lasitud, insuficiencia, falta de ánimo y desesperanza. Es incapaz de tomar decisiones y le cuesta trabajo ejecutar actividades mentales que habitualmente no se le dificultaban. Se preocupa exageradamente por problemas personales. Algunos individuos deprimidos son petulantes, quejumbrosos y desconfiados. En la depresión un poco más profunda existe una tensión desagradable constante, toda experiencia se acompaña de dolor mental, el paciente está impenetrablemente absorto en unos cuantos tópicos de naturaleza melancólica. La conversación puede resultarle penosamente difícil. Su actitud y sus modales reflejan aflicción y desesperación. La actitud afectiva desalentada del paciente se proyecta en su ambiente, el cual refleja su triste perspectiva de la vida. Se siente rechazado u oprimido sin que nadie lo quiera. Puede llegar a preocuparse a tal grado por sus reflexiones depresivas, que se alteran la atención, la concentración y la memoria.

La depresión tiene sus raíces en la culpa inconsciente que surge de las dificultades interpersonales, tal vez en la ambivalencia inconsciente y en la hostilidad con impulsos agresivos y rencorosos, dirigidos hacia personas que son el objeto de una devoción forzada ,

(una madre que depende tanto de su hija que le impide casarse) o hacia personas de quienes depende la propia seguridad. Los impulsos hostiles que originalmente se dirigían contra otras personas llegan a dirigirse contra el propio yo del individuo.

En las depresiones psiconeuróticas, la angustia se enmascara con una conducta de desprecio a sí mismo y con afecto depresivo. Estas reacciones incluyen muchos casos de aflicción patológica, o sea el duelo prolongado después de la muerte de un familiar cercano. En la mayoría de los casos, el principio de la depresión reactiva aparece poco después de una pérdida importante y evidente, por ejemplo, una muerte o una separación, o se inicia después de una derrota en la vida social, económica o personal del individuo.

En todos los casos la pérdida produce el estado afectivo de tristeza, también angustia y con frecuencia culpa o vergüenza. La respuesta general no difiere en forma alguna de la que ya se describió al hablar de otros casos de depresión. No obstante, en las depresiones neuróticas no se observan los síntomas de una profunda regresión somática, por ejemplo, anorexia, impotencia sexual, lentitud extrema y agitación. Por otra parte, pueden aparecer otros cambios reactivos en el carácter, y el individuo también puede recurrir a satisfacciones orales. El llanto parece ser más frecuente en las depresiones neuróticas que en las psicóticas. Los pacientes que se deprimen de manera reactiva suelen pertenecer al grupo de individuos en estructura neurótica del carácter. En consecuencia, encontramos entre ellos al hombre en exceso tímido que se desprecia a sí mismo, al arrogante que quiere dominar a otros, y al que de manera compulsiva demuestra su rectitud e intolerancia. Cuando estas personas se enfrentan a una pérdida, aparece la tristeza natural en duelo y desprecio hacia sí mismos, pero además suele haber angustia culpable debido a que la rabia y la agresión hacia la relación con el objeto perdido amenazan con salir a la superficie. A veces el enfermo deprimido trata de vencer la angustia y la tensión culpables por medio de la ingestión de alcohol o drogas, otros a través de forma de dependencias, a través de quejas hipocondríacas. (3).

Si bien la mayoría de las personas experimentan episodios periódicos de tristeza que dependen de su personalidad y de la forma de enfrentar los problemas cotidianos, la depresión clínica es de mayor severidad y duración que estos episodios transitorios. Las presentaciones son sumamente variables y pueden expresarse con síntomas específicos. Algunos pacientes pueden presentar

predominantemente síntomas neurovegetativos y negar sentimientos de tristeza. Otros pueden referir inicialmente una angustia existencial y solo más tarde admitir la presencia de otros síntomas. No es infrecuente que un paciente minimice los síntomas o los remita a un acontecimiento específico de su vida. En algunos casos los síntomas pueden ser notados por primera vez por los familiares mientras que el paciente los niega. La disfunción socio-ocupacional y los síntomas depresivos no siempre se correlacionan directamente. Las variaciones individuales requieren que el médico evalúe en forma completa a cada paciente con un trastorno afectivo potencial. La elevada incidencia de depresión, la importante morbilidad asociada en función de suicidios y los beneficios potenciales del tratamiento son factores que subrayan la necesidad de llevar a cabo un diagnóstico certero. (13).

De todos estos conceptos surge la importancia de determinar en forma oportuna y adecuada la aparición de un trastorno depresivo en los padres de niños que han sido víctimas de abuso sexual, ya que como se mencionó esto incide importantemente tanto en la funcionalidad familiar así como en los métodos terapéuticos para un mejor tratamiento de forma integral.

Posterior a una exhaustiva búsqueda de antecedentes específicos inmediatos en la literatura, no se encontraron mayores datos al respecto.

MARCO DE REFERENCIA

En la actualidad el abuso sexual representa un problema de salud pública en nuestro país, del que se tiene mayor conciencia al igual que de su impacto sobre el desarrollo humano, no obstante el dársele todavía poca importancia.

Sin embargo, la información sobre los cambios o trastornos que ocasiona el conocer este diagnóstico, a los padres, es pobre o nula en la literatura de nuestros días.

Mucho se ha hablado sobre la importancia de salud familiar, Andolfi menciona "Así todo tipo de tensión, sea originada por cambios dentro de la familia (intrasistémicos, el nacimiento de los hijos, su

crecimiento hasta que se independizan, un luto, un divorcio, etc) o provenga del exterior (cambios intersistémicos: mudanzas, modificaciones del ambiente o de las condiciones de trabajo, cambios profundos en el plano de los valores, etc), vendrá a pesar sobre el sistema del funcionamiento familiar y requerirá un proceso de adaptación, es decir, una transformación constante de las interacciones familiares, capaz de mantener la continuidad de la familia, por un lado, y de consentir el crecimiento de sus miembros, por otro. Y es justamente en ocasión de cambios o presiones intra o intersistémicas de particular importancia cuando surge la mayoría de las perturbaciones llamadas psiquiátricas". "Se evidencia así que los sistemas familiares en los que se ha estructurado en el tiempo un comportamiento patológico en alguno de sus miembros, tienden a repetir casi automáticamente transacciones dirigidas a mantener reglas cada vez más rígidas al servicio de la homeostasis". "Jackson, al observar que las familias de los pacientes psiquiátricos mostraban a menudo repercusiones importantes (como depresión, perturbaciones somáticas, etc) en el momento en que el paciente mejoraba, fue uno de los primeros en postular que estos comportamientos, y quizás aún antes la enfermedad del paciente, eran mecanismos de tipo homeostático, destinados a salvaguardar el delicado equilibrio de un sistema perturbado" (1,4,11,23,25).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Existen trastornos depresivos en los padres de niños víctimas de abuso sexual? ¿Cuál es su incidencia?.

JUSTIFICACION

La finalidad del presente trabajo es iniciar el estudio de los padres de pacientes víctimas de abuso sexual en la esfera depresiva, lo que podría dar más luz para un mejor manejo en forma integral para lograr la estabilidad y una recuperación más pronta y con menos secuelas.

OBJETIVOS

Conocer la incidencia de trastornos depresivos en los padres de niños víctimas de abuso sexual.

DISEÑO

Fue un estudio descriptivo, abierto, observacional y transversal.

MATERIAL Y METODO

Se estudiaron todos aquellos padres de niños víctimas de abuso sexual, que ingresaron al programa de Atención Integral a niños y adolescentes víctimas de abuso sexual (PAINAVAS), en el Hospital Psiquiátrico Infantil J. N. Navarro y que aceptaron formar parte del estudio, mediante la firma de una forma de Consentimiento Informado, (Anexo 1).

El tiempo de levantamiento de la información comprendió un período entre el mes de mayo y el de septiembre de 1995.

CRITERIOS DE SELECCION

Criterios de Inclusión.

Se utilizaron los criterios diagnósticos del DSM-III-R para depresión por medio de una entrevista estructurada, así como la escala de Hamilton para depresión,(Anexo 2). Dichas escalas fueron aplicadas por el investigador principal (médico residente del tercer año de la

especialidad en psiquiatría) y fueron evaluadas por él mismo, en un día de la semana fijo para la valoración de dichos pacientes.

Se incluyeron pacientes de ambos sexos, padres de niños víctimas de abuso sexual, sin importar la edad y que aceptaron formar parte de la investigación.

Se excluyeron todos aquellos que no aceptaron formar parte del estudio, o que presentaron algún tipo de trastorno depresivo diagnosticado con anterioridad y que recibieron tratamiento .

Universo.

Padres de 250 niños o adolescentes ingresados al Programa de Atención Integral para niños y adolescentes víctimas de abuso sexual en el Hospital J.N.Navarro en el período de estudio.

Muestra.

A partir de la N=250 se determinó la muestra o los individuos con los que se trabajó, teniendo en cuenta que el problema de la enfermedad se puede presentar con una prevalencia del 50% o más y un error aceptable del 25 %, por tanto el nivel de confianza epidemiológico con el que trabajamos fue de 95%.

VARIABLES DE ESTUDIO.

Variable dependiente: trastorno depresivo en padres de niños víctimas de abuso sexual.

VARIABLES INDEPENDIENTES:

- 1.- Sexo
- 2.- Edad
- 3.- Estado civil
- 4.- Escolaridad.

Parámetros de medición.

Los trastornos depresivos fueron medidos de acuerdo con su existencia o ausencia (presente igual o mayor a 13 puntos, ausente igual o menor a 13 puntos), tomando como escala la presencia de más de 13 puntos de la escala de Hamilton para Depresión.

Captación de la información.

Se utilizaron los criterios diagnósticos de acuerdo al DSM-III-R para depresión, por medio de una entrevista estructurada.

Se aplicó la escala de Hamilton para depresión (más de 13 puntos). Se aplicó una hoja de registro de datos demográficos (Anexo 3), a cada uno de los pacientes que aceptaron formar parte del estudio.

Análisis Estadístico.

Se realizó un análisis de frecuencia, porcentaje y desviación standar.

RESULTADOS

Se entrevistaron 23 padres de niños que ingresaron al Programa de Atención Integral de niños y adolescentes víctimas de abuso sexual (PAINAVAS) en el Hospital Psiquiátrico Infantil J.N.Navarro en el período comprendido entre mayo y septiembre de 1995.

El 91.3% de los padres (21) que acudió a solicitar la atención para niños víctimas de abuso sexual fue del sexo femenino, siendo el 8.7% del sexo masculino (Gráfica 1), al analizarse depresión y sexo, se observó la presencia de depresión en 20 de las madres y ausencia de la misma en 1 caso del sexo femenino, y en ambos casos del sexo masculino.

Se encontró una edad promedio de 32 años, con un predominio de presencia de depresión entre los 26 y 35 años de edad 70% (4 casos), de 36 a 40 años 17% (3 casos), de 25 años, 9% (2 casos) y de 41 a 45 años 4% (1 caso). (Gráfica 2. Tabla 1).

Es de importancia mencionar que el grado de escolaridad más predominante fue la educación primaria incompleta 39.1% (9 casos), secundaria 26.1% (6 casos), bachillerato o equivalente 8.7% (2 casos), profesional 13% (3 casos) y sin educación el 4.3% (1 caso), encontrándose depresión en todos aquellos con educación primaria incompleta (9 casos), así como en aquellos con educación secundaria (6 casos), evidenciando una disminución en su frecuencia en aquellos con bachillerato o estudios con nivel profesional (2 en cada caso) y su ausencia en aquellos con primaria completa (2 casos) y licenciatura (1 caso) (Gráfica 3. Tabla 2).

En el rubro referente a estado civil, observamos lo siguiente: el 43.5% de los casos estudiados se encontraron en Unión libre (10 casos), presentando todos depresión, el 34.8% (8 casos) casados, de donde 6 presentaron depresión y en 2 esta estuvo ausente; 8.7% divorciados, siendo el mismo porcentaje para aquellos separados, encontrándose en todos (4 casos) síntomas depresivos y 4.3% solteros (1 caso) con presencia de depresión (Gráfica 4. Tabla 3).

Partiendo de la normalidad se observó una moda en la variable de edad de 32 años, en la de sexo de 2 (femenino) y en el total de 32, del análisis de cada uno de los reactivos en todos los pacientes se obtuvo una moda de presente (reactivo 1), representativa de depresión.

En el análisis de calificación global de los pacientes estudiados, la desviación standar es de 0, mientras que al estudiar paciente por paciente encontramos una desviación standar de 1.1, lo que nos daría un mayor margen de normalidad asignado por + - una desviación standar, quedando como resultado final el rango de normalidad de 12.99 - 14.1 valor total de la escala que se empleó.

DISCUSION

Ciertos cambios en la vida y situaciones de estrés se pueden asociar a la depresión o ser factores desencadenantes de la misma, dichos elementos de estrés incluyen pérdidas significativas tales como problemas familiares o maritales, y otros como divorcio, pérdida del empleo, pérdida de un ser querido. El abuso sexual dentro del ámbito familiar resulta ser, como se reporta en la literatura un factor que exacerba la ya existente disfunción familiar, como puede observarse en los resultados de este estudio, en donde la mayor incidencia del mismo, coexistente con depresión, está presente en aquellos padres casados o bien bajo el rubro de unión libre. Se calcula que la incidencia global del riesgo de depresión en la población general es de aproximadamente 5 - 18%. Sin embargo, a pesar de que sus efectos sobre individuos y familias agobia a los sistemas de salud, nos encontramos que, en este grupo poblacional no existe información en la literatura de los cambios que el diagnóstico de abuso sexual provoca en ellos. Se sabe que el abuso sexual, es un tipo de tensión dentro del sistema familiar (tomando en cuenta que la mayor prevalencia de abuso sexual ocurre dentro del ámbito familiar), que requerirá de un proceso de adaptación, es decir una transformación de las interacciones familiares (Andolfi, 1994), en los que la identificación oportuna de otros diagnósticos psiquiátricos, favorecerá dicho proceso adaptativo. Llama la atención, como una parte de la realidad imperante en nuestro país, el que el mayor porcentaje de individuos que acuden a solicitar la atención médica son las madres, siendo esto parte de un patrón cultural, ya que las madres tienen mayor contacto con los hijos y en mayor grado el abuso sexual es realizado por el progenitor del sexo masculino, con una mayor tendencia a presentar sintomatología depresiva en un grupo etario de mayor exposición a factores ambientales estresantes. Asimismo, como podría esperarse, aquellos con una menor información, así como menor formación académica y posiblemente con menos recursos estructurales fueron quienes presentaron mayor prevalencia en la esfera depresiva.

En suma, considero de crucial importancia la realización de mayores investigaciones al respecto, y la formación de programas complementarios de atención familiar para este tipo de pacientes.

CONCLUSIONES

La realización de este estudio nos lleva a responder en forma afirmativa el cuestionamiento de la coexistencia de otros trastornos psiquiátricos, como lo es la depresión con el abuso sexual dentro del ámbito familiar, evidenciando asimismo una mayor frecuencia del mismo en el sexo femenino, en una etapa de mayor actividad productiva (26-35 años), así como una mayor incidencia en aquellos padres con poca información y un nivel de preparación básico o por debajo del mismo.

Observamos también una mayor incidencia en aquellos padres que se encuentran en Unión libre, sin embargo no resulta significativa la diferencia con aquellos casados y miembros de una familia aparentemente integrada.

No obstante la alta incidencia en la presencia de este trastorno, nos hace tener en mente su importancia y la necesidad de su tratamiento como parte integral del Programa de Atención Integral para niños y adolescentes víctimas de abuso sexual (PAINAVAS), para obtener mejores resultados y como ya se mencionó, prevenir secuelas o complicaciones posteriores, haciendo asimismo necesario sumar a los objetivos de dicho programa apoyo psicoterapéutico familiar e individual para los padres en un trabajo multidisciplinario en el equipo de salud mental.

BIBLIOGRAFIA.

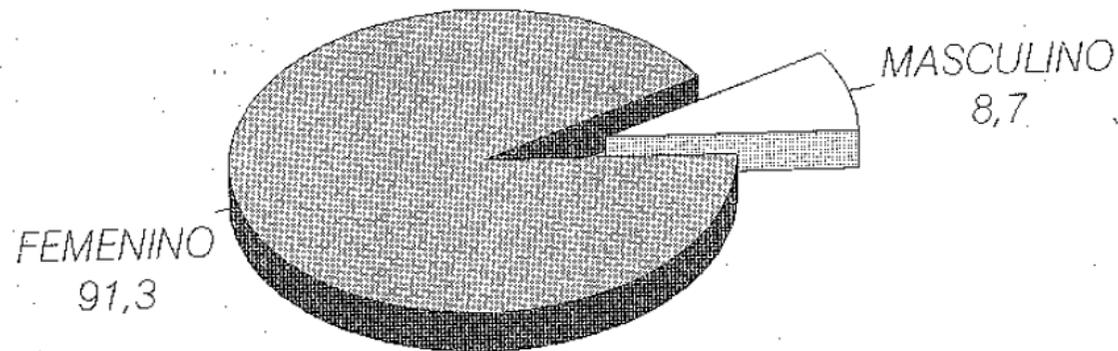
- 1.- Andolfi Maurizio. Terapia Familiar. Paidós. México.1994.
- 2.- Ajuriaguerra.J. Manual de Psiquiatría Infantil. Masson. 1991.
- 3.- Arieti,S. Psicoterapia de la depresión. Paidós. Psiquiatría, psicopatología y psicósomática. 1993.
- 4.- Baker-L,Silk-KR,Wester-D.Malevolence, splitting and prenatal ratings by bordelines. J-Nerv-Ment-Dis. 180-4(258-264).1992.
- 5.- Berliner-L.Therapy with victimized children and their families - New-Dir-Ment-Health-Serv. Fall (51):29-46. 1991.
- 6.- Coble-YD,Estes-EH Jr. Heaad-CA. Adolescents as victims of family violence. J-AM-Med.Assoc. 270-15 (1850-56) 1993.
- 7.- De Mause. Historia de la infancia. Alianza Universidad.1974.
- 8.- DSM-III-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson. S.A.
- 9.- Dowdswel,J. La violación, hablan las mujeres. Grijalbo.
- 10.- Dubowitz-H,Black-M,Harrington-D,Verschoore-A. A folow study behavior problems associated with child sexual abuse. Child-Abuse-Negl. 17-6 (743-754).1993.
- 11.- Durrant. Michael. Terapia de abuso sexual. GEDISA. 1990.
- 12.- Finkelhor D. Abuso sexual al menor. Pax. México. 1980.
- 13.- Flaherty. Psiquiatría. Diagnóstico y Tratamiento. Panamericana 1988.
- 14.- Gerwert-U,Thurn-C,Fegrt-J. How do mothers experience and cope with sexual abuse of their daughters. J. Child-Abuse-Negl.Jul-Aug,16(4): 585-93. 1992.
- 15.- Green A., Child sexual abuse,inmediate and long-term effects and-intervention. J.A.Acad Child Adolisc Psychiatr 32(5) september (890-902). 1993.
- 16.- Haugaard-JJ. Legal and therapeutic interventions with incestuos families. Samwel-C-Med-Law,11(5-6),(469-84).1992.
- 17.- Horstein,N. Inpatient treatment of children with multiple personality, disorciative disorders and their families. Psychiatric Clinic-of North America 14(3). September, 631-649. 1991.
- 18.- Kaplan. H. Tratado de psiquiatría. Tomo I-II. 1988.
- 19.- Kolb,L.Noyes.Psiquiatría clínica moderna. Prensa Médica Mexicana. 6a. de. 1992.
- 20.- Loredó D. HGMGG. Protocolo de abuso sexual. 1994.
- 21.- Maher P. El abuso contra los niños. Grijalbo.
- 22.- Robin Fox. La roja lámpara del incesto. FCE. México. 1980.
- 23.- Rosler-TA,Savin,D. Family therapy of extramarital sexual abuse .-

- J.Child-Adolsc-Psychiaty. sep,32(5):967-70. 1993.
- 24.- Swarts,M.Sexual compulsivity as Post-Traumatic Stress Disorder: Treatment Perspectives. Psychiatric Annals 22 (6), June 333-338. 1992.
 - 25.- Shay-J.Countertransference in the family therapy of survivors of sexual abuse. J.Child-Abuse-Negl. Jul-Aug,16(4)585-93. 1992.
 - 26.- Skibinski.G.Intrafamilial child abuse: intervention programs do first time offenders and their families. J.Child-Abuse-Negl.Apr 18-(4):(367-75). 1994.

GRAFICAS Y TABLAS.

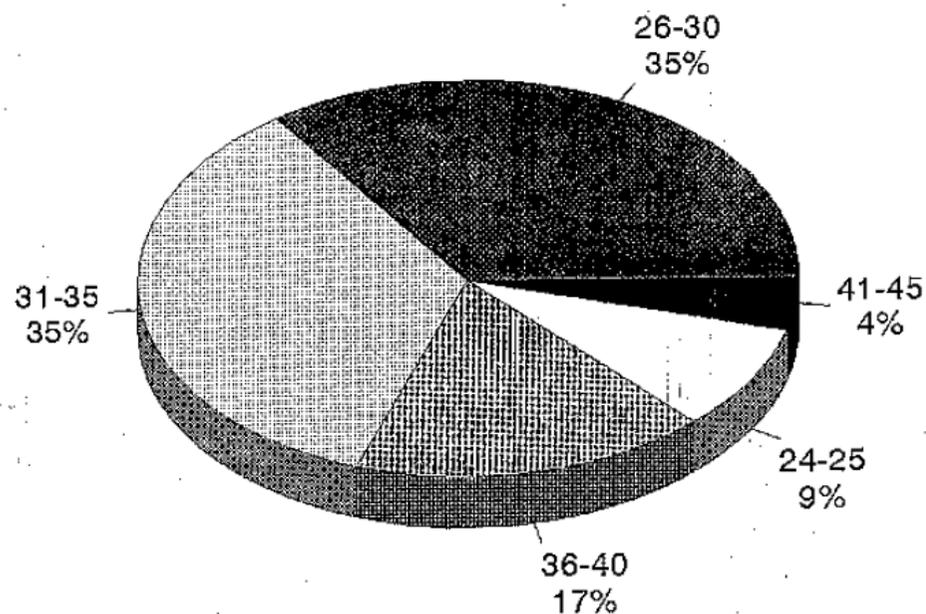
Gráfica 1.....	Depresión en padres con hijos abusados sexualmente, porcentaje según sexo.
Gráfica 2.....	Depresión en padres con hijos abusados sexualmente, porcentaje según edad.
Tabla 1.....	Depresión en padres con hijos abusados sexualmente según edad y depresión.
Gráfica 3.....	Depresión en padres con hijos abusados sexualmente según edad (con y sin depresión)
Gráfica 4.....	Trastorno depresivo en padres de niños abusados sexualmente, porcentaje de padres según escolaridad.
Gráfica 5.....	Depresión en padres con hijos abusados sexualmente según escolaridad (con y sin depresión).
Tabla 2.....	Depresión en padres con hijos abusados sexualmente según escolaridad y depresión.
Gráfica 6.....	Depresión en padres con hijos abusados sexualmente, porcentaje según estado civil.
Gráfica 7.....	Depresión en padres con hijos abusados sexualmente según estado civil (con y sin depresión).
Tabla 3.....	Depresión en padres con hijos abusados sexualmente según estado civil y depresión.

GRAFICA 1
DEPRESION EN PADRES CON HIJOS ABUSADOS
SEXUALMENTE, PORCENTAJE SEGUN SEXO.



ESTUDIO EN 23 CASOS, 1995.

GRAFICA 2 DEPRESION EN PADRES CON HIJOS ABUSADOS SEXUALMENTE, PORCENTAJE SEGUN EDAD.



ESTUDIO CON 23 CASOS, 1995.

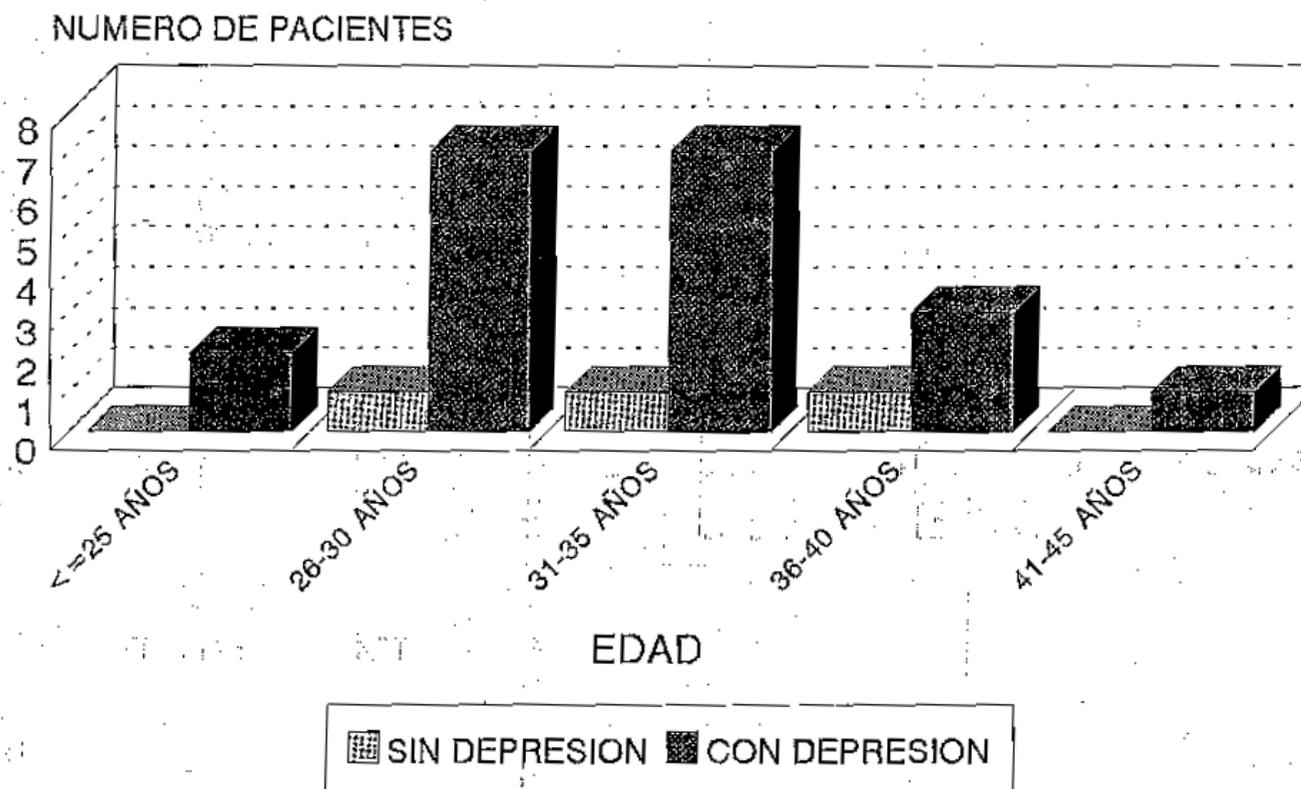
EDAD PROMEDIO = 32 AÑOS

TABLA-1

**DEPRESION EN PADRES CON HIJOS
ABUSADOS SEXUALMENTE
SEGUN EDAD Y DEPRESION**

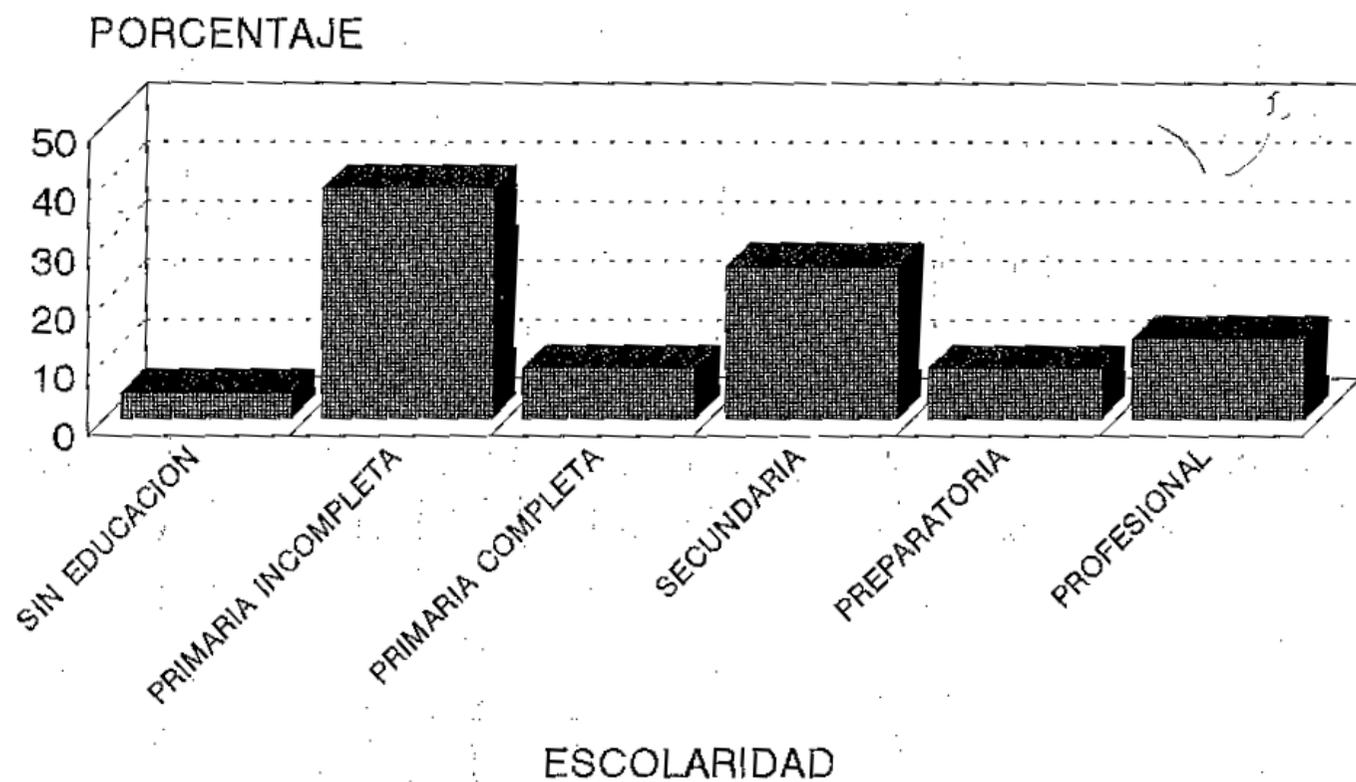
EDAD	SIN DEPRESION	CON DEPRESION
<=25 AÑOS	0	2
26-30 AÑOS	1	7
31-35 AÑOS	1	7
36-40 AÑOS	1	3
41-45 AÑOS	0	1

GRAFICA 3 DEPRESION EN PADRES CON HIJOS ABUSADOS SEXUALMENTE, SEGUN EDAD.



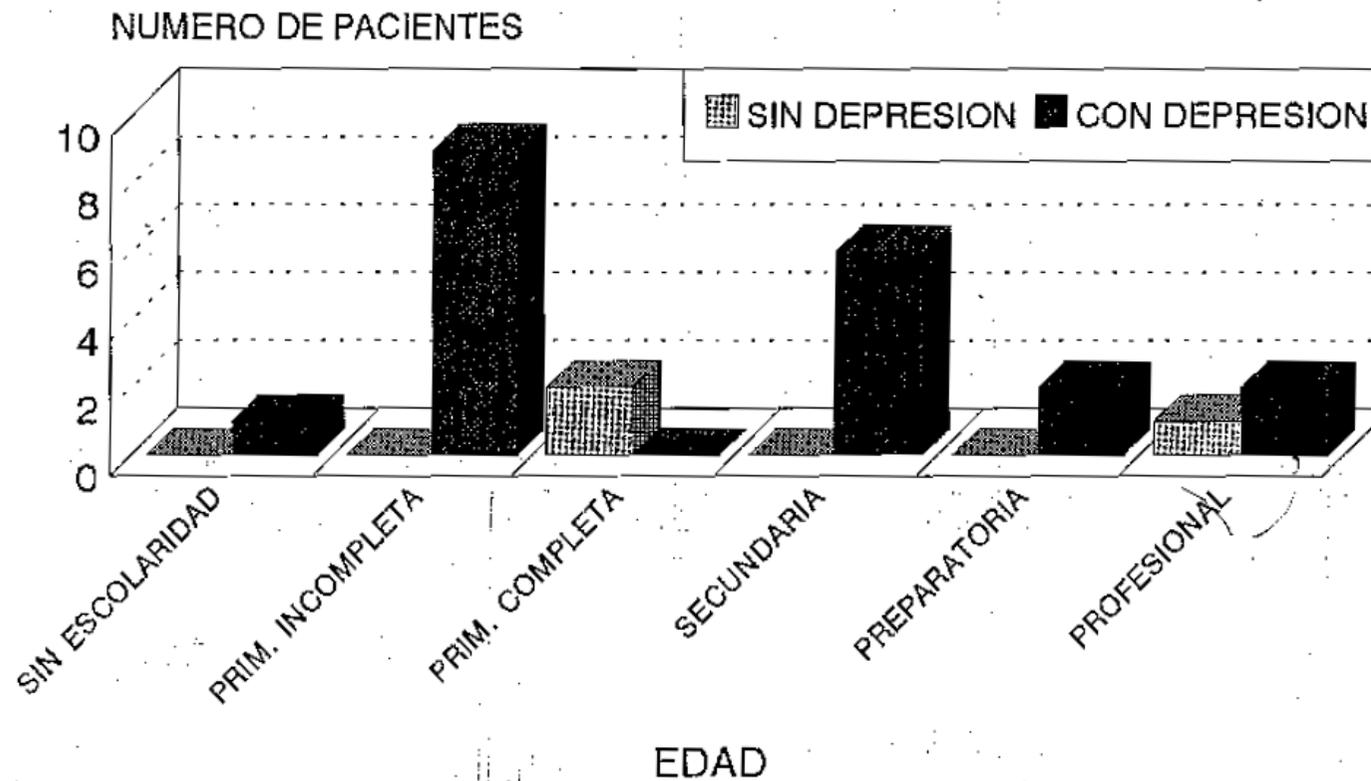
ESTUDIO EN 23 CASOS, 1993

GRAFICA 4 DEPRESION EN PADRES DE NIÑOS ABUSADOS SEXUALMENTE, SEGUN ESCOLARIDAD



ESTUDIO EN 23 CASOS, 1995.

GRAFICA 5 DEPRESION EN PADRES CON HIJOS ABUSADOS SEXUALMENTE, SEGUN ESCOLARIDAD



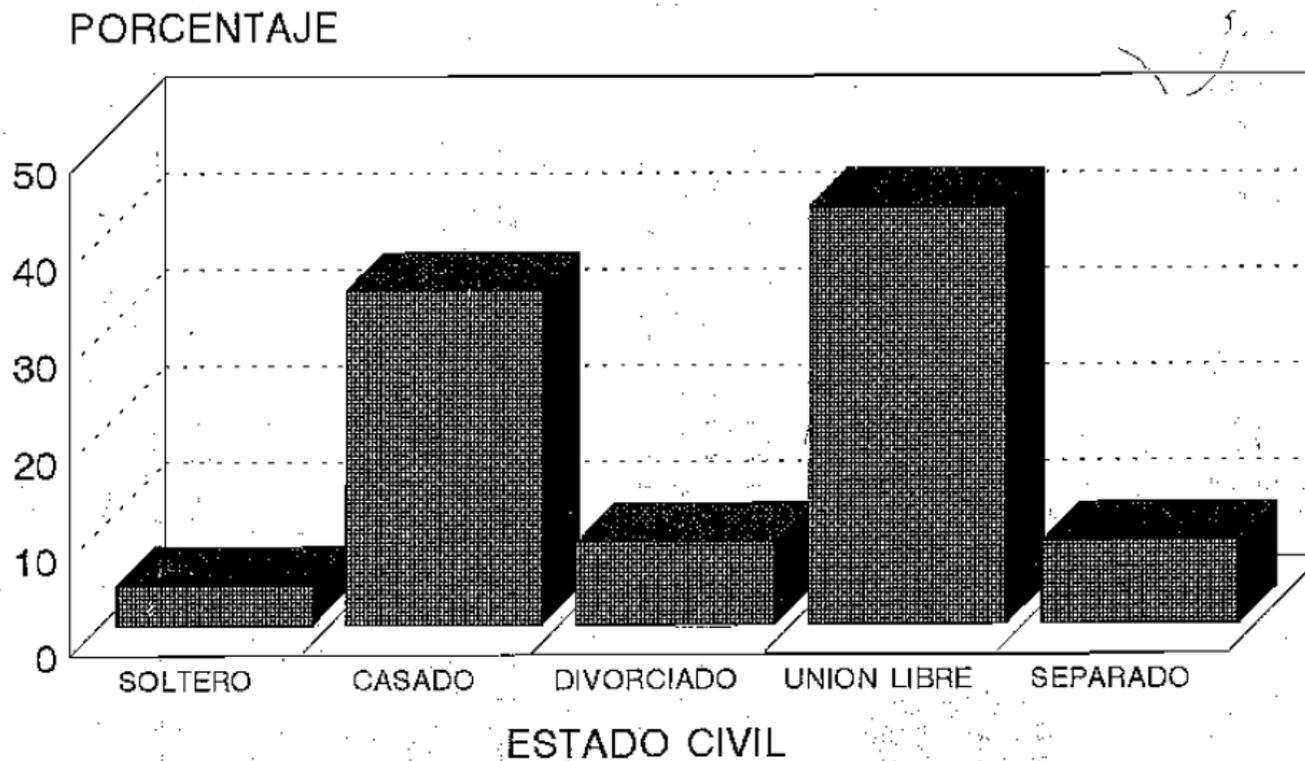
ESTUDIO EN 23 CASOS, 1993

TABLA 2**DEPRESION EN PADRES CON HIJOS
ABUSADOS SEXUALMENTE
SEGUN ESCOLARIDAD Y DEPRESION**

ESCOLARIDAD	SIN DEPRESION	CON DEPRESION
SIN ESCOLARIDAD	0	1
PRIM. INCOMPLETA	0	9
PRIM. COMPLETA	2	0
SECUNDARIA	0	6
PREPARATORIA	0	2
PROFESIONAL	1	2

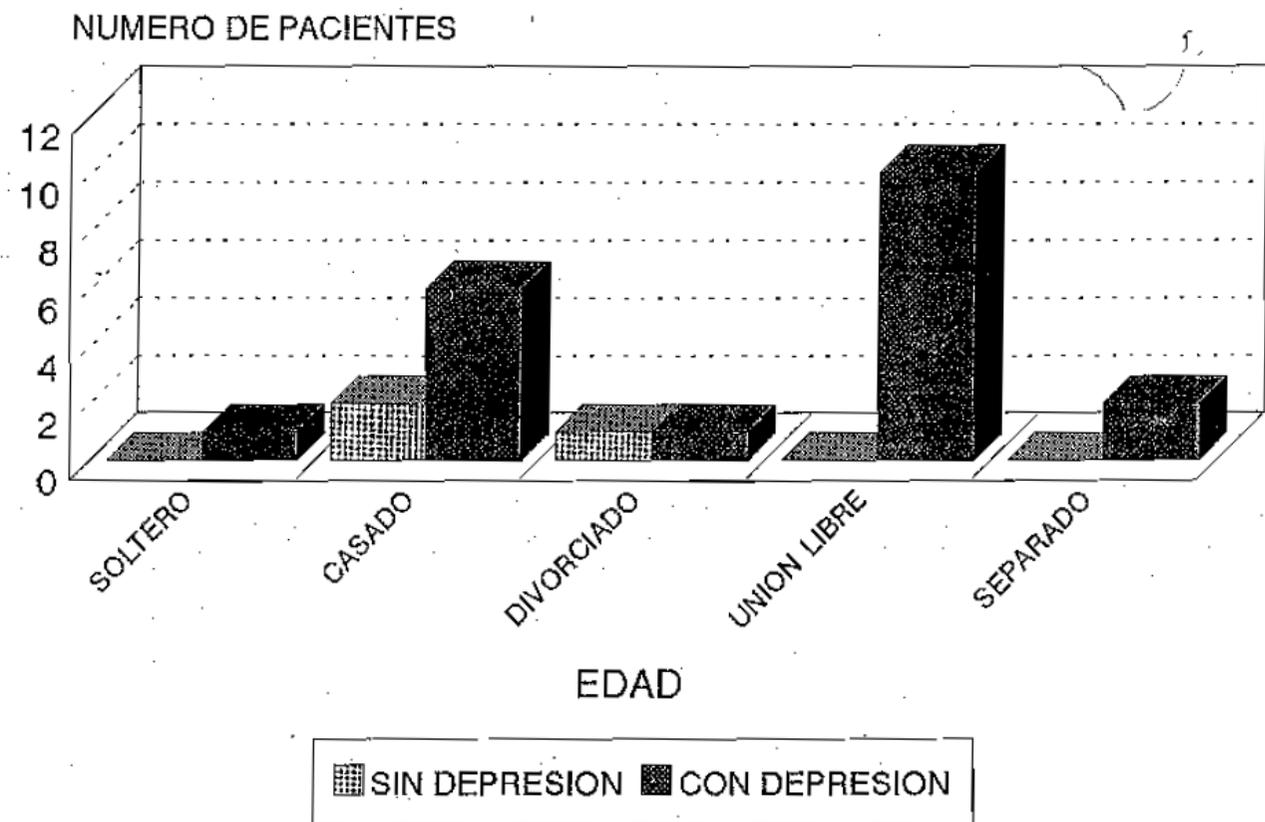
GRAFICA 6

DEPRESION EN PADRES CON HIJOS ABUSADOS SEXUALMENTE, PORCENTAJE SEGUN ESTADO CIVIL



ESTUDIO EN 23 CASOS, 1995.

GRAFICA 7
DEPRESION EN PADRES CON HIJOS
ABUSADOS SEXUALMENTE, SEGUN ESTADO CIVIL



ESTUDIO EN 23 CASOS, 1993

TABLA 3**DEPRESION EN PADRES CON HIJOS
ABUSADOS SEXUALMENTE
SEGUN EDO. CIVIL Y DEPRESION**

ESTADO CIVIL	SIN DEPRESION	CON DEPRESION
SOLTERO	0	1
CASADO	2	6
DIVORCIADO	1	1
UNION LIBRE	0	10
SEPARADO	0	2

ANEXOS

- Anexo 1.....Formato de consentimiento informado.**
- Anexo 2.....Escala de Hamilton para depresión.**
- Anexo 3.....Hoja de registro de datos demográficos.**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

He sido invitado a participar en el estudio sobre la presencia de Trastornos depresivos en padres de niños víctimas de abuso sexual.

Se me ha informado de los riesgos y beneficios, así como del carácter voluntario de mi participación, en caso de no aceptar.

Mi atención en el Hospital Psiquiátrico no se verá afectada de ninguna forma, también es de mi conocimiento que la información que proporcione será de carácter estrictamente confidencial y para uso exclusivo de los fines de la investigación, por lo que de aceptar participar anexo mi nombre y firma.

Nombre y firma

Nombre y firma del familiar

Nombre y firma del médico

México, D.F., a de de 1995

Escala de valoración psiquiátrica de Hamilton para la depresión.

Enfermo	Fecha
Edad	Valoración
Estado	Sexo
Profesión	Tratamiento
	<small>Indicar si está o no por hacer</small>
	Dosis

Completar todos los puntos. Responder con un número que mejor caracterice al paciente.

1. Humor deprimido (tristeza, depresión, pesimismo, irritabilidad)	<p>0. Ausente</p> <p>1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado.</p> <p>2. Estas sensaciones se relatan oral o espontáneamente.</p> <p>3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto.</p> <p>4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.</p>
2. Sensación de culpabilidad	<p>0. Ausente.</p> <p>1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente.</p> <p>2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones.</p> <p>3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad.</p> <p>4. Cuyo voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.</p>
3. Suicidio	<p>0. Ausente</p> <p>1. Le parece que la vida no vale la pena de ser vivida.</p> <p>2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir.</p> <p>3. Ideas de suicidio o amenazas.</p> <p>4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se clasifica 4).</p>
4. Insomnio precoz	<p>0. No tiene dificultad para dormirse.</p> <p>1. Se queja de dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo más de media hora.</p> <p>2. Se queja de dificultades para dormirse cada noche.</p>
5. Insomnio medio	<p>0. No hay dificultad.</p> <p>1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche.</p> <p>2. Está despierto durante la noche - cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar).</p>
6. Insomnio tardío	<p>0. No hay dificultad.</p> <p>1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero se vuelve a dormir.</p> <p>2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.</p>
7. Trabajo y actividades	<p>0. No hay dificultad.</p> <p>1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones.</p> <p>2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo - manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación (siente que debe esforzarse en su trabajo o actividades).</p> <p>3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso de la productividad. En el hospital, clasificar en 3 si el paciente no dedica por lo menos tres horas al día a actividades relacionadas exclusivamente con las pequeñas tareas del hospital o aficiones.</p> <p>4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad. En el hospital, clasificar en 4 si el paciente no se compromete en otras actividades más que a las pequeñas tareas, o si no puede realizar éstas sin ayuda.</p>
8. Inhibición (lentitud de pensamientos y de gestos, lentitud de concentración, apesadumbramiento, actividades lentas, etc.)	<p>0. Palabra y pensamiento normales.</p> <p>1. Ligero retraso en el diálogo.</p> <p>2. Evidente retraso en el diálogo.</p> <p>3. Diálogo difícil.</p> <p>4. Torpeza absoluta.</p>
9. Agitación	<p>0. Ninguna.</p> <p>1. "Juega" con sus manos, cabellos, etc.</p> <p>2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios,</p>

10. Ansiedad psíquica	<ul style="list-style-type: none"> 0 No hay dificultad 1 Tensión subjetiva e irritabilidad 2 Preocupación por pequeñas cosas 3 Actividad expresada en la expresión o en el habla 4 Temores expresados sin preguntarle 			
11. Ansiedad somática	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> 0 Ausente 1 Ligera 2 Moderada 3 Severa 4 Incapacitante </td> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle; padding: 0 10px;">}</td> <td style="vertical-align: top;"> Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, tales como: Gastrointestinales - boca seca, flatulencia, indigestión, diarrea, retortijones - eructos Cardiovasculares - palpitaciones, cefalalgias Respiratorios - hiperventilación, suspiros Frecuencia urinaria Sudación </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> 0 Ausente 1 Ligera 2 Moderada 3 Severa 4 Incapacitante 	}	Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, tales como: Gastrointestinales - boca seca, flatulencia, indigestión, diarrea, retortijones - eructos Cardiovasculares - palpitaciones, cefalalgias Respiratorios - hiperventilación, suspiros Frecuencia urinaria Sudación
<ul style="list-style-type: none"> 0 Ausente 1 Ligera 2 Moderada 3 Severa 4 Incapacitante 	}	Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, tales como: Gastrointestinales - boca seca, flatulencia, indigestión, diarrea, retortijones - eructos Cardiovasculares - palpitaciones, cefalalgias Respiratorios - hiperventilación, suspiros Frecuencia urinaria Sudación		
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	<ul style="list-style-type: none"> 0 Ninguno 1. Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal o para sus síntomas gastrointestinales. 			
13. Síntomas somáticos generales	<ul style="list-style-type: none"> 0 Ninguno 1. Pesadez en extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgia, rigas musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. 2. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2. 			
14. Síntomas genitales	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante. </td> <td style="vertical-align: top; padding-left: 20px;"> Síntomas como: Pérdida de libido Trastornos menstruales. </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante. 	Síntomas como: Pérdida de libido Trastornos menstruales.	
<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante. 	Síntomas como: Pérdida de libido Trastornos menstruales.			
15. Hipocondría	<ul style="list-style-type: none"> 0. No la hay. 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente). 2. Preocupado por su salud. 3. Se lamenta constantemente. Solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas. 			
16. Pérdida de peso (Comparar A e B)	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> A. Según manifestaciones del paciente (primera valoración) <ul style="list-style-type: none"> 0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual. 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo). </td> <td style="vertical-align: top; padding-left: 20px;"> B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (valoraciones siguientes). <ul style="list-style-type: none"> 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana. 1. Pérdida de más de 500 g en una semana. 2. Pérdida de más de 1 kg en una semana. </td> <td style="vertical-align: middle; padding-left: 10px;">} Por término medio.</td> </tr> </table>	A. Según manifestaciones del paciente (primera valoración) <ul style="list-style-type: none"> 0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual. 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo). 	B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (valoraciones siguientes). <ul style="list-style-type: none"> 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana. 1. Pérdida de más de 500 g en una semana. 2. Pérdida de más de 1 kg en una semana. 	} Por término medio.
A. Según manifestaciones del paciente (primera valoración) <ul style="list-style-type: none"> 0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual. 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo). 	B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (valoraciones siguientes). <ul style="list-style-type: none"> 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana. 1. Pérdida de más de 500 g en una semana. 2. Pérdida de más de 1 kg en una semana. 	} Por término medio.		
17. Insight (Conciencia de sí mismo)	<ul style="list-style-type: none"> 0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo. 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc. 2. Niega que está enfermo. 			
18. Variación diurna	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> 0 Ausente 1. Ligera 2. Grave </td> <td style="vertical-align: middle; padding: 0 10px;">M T</td> <td style="vertical-align: top; padding-left: 20px;"> Indicar si los síntomas son más severos por la mañana o por la tarde (Rodear M o T) </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> 0 Ausente 1. Ligera 2. Grave 	M T	Indicar si los síntomas son más severos por la mañana o por la tarde (Rodear M o T)
<ul style="list-style-type: none"> 0 Ausente 1. Ligera 2. Grave 	M T	Indicar si los síntomas son más severos por la mañana o por la tarde (Rodear M o T)		
19. Despersonalización y falta de realidad	<ul style="list-style-type: none"> 0 Ausente 1 Ligera. Como Sensación de irrealidad 2. Moderada. Ideas nihilistas 3. Grave. 4. Incapacitante. 			
20. Síntomas paranoides	<ul style="list-style-type: none"> 0 Ninguno 1. Sospichosos 2. Sospichosos 3. Ideas de referencia. 4. Delirios de referencia y de persecución. 			
21. Síntomas obsesivos y compulsivos	<ul style="list-style-type: none"> 0 Ausentes. 1. Ligeros. 2. Graves. 			
22. Otros síntomas (Especificar)	<ul style="list-style-type: none"> 0 Ausentes. 1. Ligeros 			

C. ma total

REGISTRO DE DATOS DEMOGRAFICOS

Por favor responda, lo más verazmente posible a las aseveraciones que aparecen a continuación, completando con una "X" en el espacio correspondiente. La información es totalmente confidencial.

1.- Nombre.....

2.- Edad.....años

3.- sexo: 1.-M 2.-F

4.- Domicilio.....

calle y número colonia ciudad edo. c.p.

6.- Estado Civil:

1.- soltero 2.-casado 3.- divorciado 4.- unión libre

5.- separado

7.- Escolaridad:

1.- sin educación escolar 2.- primaria incompleta

3.- primaria completa 4.- secundaria 5.- preparatoria o
equivalente

6.- profesional