



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

¿LA INVALIDES FISICA LLEVA
IMPLICITA UNA DEPRESION?

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA
(AREA CLINICA)

PRESENTA

LETICIA VELASCO GUZMAN

MEXICO, D. F. 1986



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

INTRODUCCION.

CAPITULO I.- LA DEPRESION EN LA HISTORIA.

CAPITULO II.- CLASIFICACION DE LA DEPRESION.

CAPITULO III.- TEORIAS SOBRE LA DEPRESION .

a) Teoría Psicoanalítica.

b) Teoría Cognositiva.

c) Teoría del Aprendizaje.

d) Teorías Fisiológicas.

e) Teorías Genéticas.

CAPITULO IV.- LA ESCALA DE AUTOEVALUACION DE ZUNG.

a) La prueba de Zung (ZSDS)

b) Validez de la escala de Zung (ZSDS)

c) Validación de la escala ZSDS en Mé
xico.

CAPITULO V.- MATERIAL Y METODO.

CAPITULO VI.- RESULTADOS Y GRAFICAS.

CAPITULO VII.- CONCLUSIONES.

CAPITULO VIII.- ALTERNATIVAS.

CAPITULO IX.- LIMITACIONES.

ANEXO.- PRUEBA DE ZUNG Y CUESTIONARIO

BIBLIOGRAFIA.-

INTRODUCCION

El interés por este tema se originó durante el desarrollo de un seminario sobre "Depresión", bajo la coordinación del Dr. Guillermo Calderón en la clínica San Rafael.

En el transcurso de dicho seminario se revisó una vasta bibliografía al respecto; se hacía mención de trabajos que en su mayoría tenían como propósito el observar los efectos de tricíclicos y otros antidepresivos al administrárseles a pacientes con sintomatología depresiva hospitalizados y en consulta externa; así como también el valorar cuadros depresivos en sujetos con afasias, hemiplejías, cáncer, etc; pero nunca se hizo mención de pacientes que presentaran problemas del aparato locomotor, lo que motivó a tomar como población de estudio a sujetos que carecieran de miembros superiores o inferiores, o que tuvieran una inmovilidad de los mismos. Ya que al no tener una movilidad corporal normal significa una falta de empleo, una disminución de la eficacia de la persona, así como también una pérdida de mano de obra y productividad para el país. Con base a esto el objetivo de este trabajo es estimar la prevalencia de la depresión en lisiados del aparato locomotor y correlacionar la depresión con el tiempo de invalidez. Dejando pues, una alternativa para una posterior investigación sobre el uso de un tratamiento psicoterapéutico que se aplique a la par con un tratamiento fisioterapéu

tico; pues desafortunadamente sólo se le ha dado importancia a una parte de la rehabilitación, haciendo a un lado la integridad total del ser humano y olvidando también el verdadero fin de la rehabilitación que es el de reeducar a la persona impedida físicamente y con ello devolverle su utilidad máxima de que es capaz no sólo en lo físico sino también en lo mental, para que alcance un desarrollo social, vocacional y económico.

En el presente trabajo se alude al desarrollo del concepto de la depresión en la historia. Desde los tiempos bíblicos hasta S. Freud y otros.

Se lleva a cabo también un resumen de los estados depresivos desde diferentes enfoques, como el psicoanalítico, cognoscitivista, conductista y fisiológico.

Posteriormente en base al DSM III se establece el criterio para diagnosticar el síndrome depresivo.

La prueba utilizada en dicha investigación fue la prueba de Zung para medir depresión, la cual fue realizada por Zung y validada en México por Lara Tapia; esta consta de veinte reactivos y es autoaplicable.

Se escogió esta prueba por ser corta y autoaplicable, lo que constituía una gran ventaja ya que no se contaba con el apoyo de personal.

Y por experiencia previa a este trabajo, al haberse manejado una prueba más larga como el MMPI, se encontró una escasa colaboración por parte de la población a estudiar.

CAPITULO I

LA DEPRESION EN LA HISTORIA

La depresión es una reacción afectiva normal; es un estado que todos podemos llegar a padecer en algún momento de nuestra vida; de hecho, si no sentimos depresión en forma de aflicción ante situaciones extremadamente adversas, sería algo anormal; sin embargo; existe un número elevado de sujetos que presentan una debilidad excesiva ante circunstancias penosas o adversas. Estos sujetos tienden a reaccionar ante esas situaciones desafortunadas en forma exagerada que su conducta se torna patológica.

Desde los tiempos bíblicos se encuentran casos de enfermedad mental en los que intervienen la depresión.

La Biblia hace mención de dos casos:

1) El rey Saúl se comportaba un tanto anormal desde su juventud y ya en la madurez, su comportamiento se caracterizó por una falta de dominio de sus impulsos, suspicacia casi paranoide y una extrema irritabilidad. El rey Saúl terminó suicidándose.

2) El rey Nabuconodosor manifestaba depresiones muy intensas, que se caracterizaban por una irritabilidad anormal y períodos durante los cuales el rey creía verse convertido en un animal salvaje.

Los Griegos: En el siglo IV antes de Cristo, Hipócrates describió la locura en relación a una reacción conjunta de los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla o atrabilis y flema

Hipócrates afirmaba que la melancolía (depresión) era

producida por bilis amarilla; el cuadro que manifestaba el sujeto melancólico era una pérdida del interés por sus actividades en el trabajo y para con su familia, así como de él mismo, dejándose a su suerte hasta que llegara su fin.

Los Romanos: Asclípides y Celso introdujeron el concepto de psicoterapia en Roma. En el siglo I antes de Cristo-Asclípides utilizaba en sus terapias para curar las depresiones, estímulos intelectuales, música agradable y recomendaba la formación de buenas relaciones emocionales. Celso destacó la importancia de la relación personal médico-paciente, así como también las actividades recreativas en grupos.

Los médicos Romanos aceptaron el concepto de psicoterapia.

En el siglo I después de Cristo, Areteo de Capadocia describió el tratamiento de la melancolía que alternaba con ciclos de manifestaciones maniacas. Y menos de un siglo después Sorano recomendaba el teatro a sus pacientes como medida terapéutica.

A los sujetos deprimidos se les sugería que participaran en comedias, mientras que a los sujetos que manifestaban un estado maniaco se les recomendaba que actuaran en tragedias.

La Edad Media: Durante esta época se dió una gran número y variedad de formas de melancolía, y se creía que ésta era provocada por espíritus o causas naturales. Las cau-

sas espirituales eran consideradas como de origen divino, y como causas naturales se encontraban el exceso de trabajo, de actividad sexual o de otros tipos.

Constantino Africano, fundador de la escuela de Medicina de Salerno, describió la melancolía en base a su teoría, - que sostenía la idea de que una cantidad excesiva de bilis- por disfunción de la economía orgánica era la causa de esto, una estaba localizada en el cerebro y la otra en el estóma go.

También fue el primero en describir los síntomas de la melancolía: miedo a lo desconocido, remordimientos religiosos excesivos y ansiedad.

Tomás de Aquino afirmaba que la melancolía se debía a un cambio en los humores corporales y que las enfermedades men tales eran producidas por demonios y por influencias astro- lóricas.

En cuanto a la idea que se tenía de que las influencias- espirituales eran la causa de la melancolía (depresión) se acabó a fines de 1630, cuando se publicó el famoso tratado "Anatomía de la Melancolía" por Robert Burton, el cual faci litó la identificación de los estados depresivos.

E. Kraepelin (1883) estableció la diferencia entre psico sis maniaco-depresiva y demencia precoz (lo que en la actua- lidad se denomina esquizofrenia).

En la que nos dice, que en la enfermedad maniaco-depresi- va los episodios se presentan sin daño procesal en el pen-

samiento mientras que en la demencia precoz se presenta un deterioro progresivo de la personalidad, así pues, se descarta la idea de que la depresión era causada por humores y espíritus como se afirmaba antiguamente, pasando a considerar la depresión, como un estado emocional, en el que se ha producido un cambio notable, debido a alteraciones metabólicas (catecolaminas) que enfrentan al sujeto a un estado de estrés y angustia hasta el extremo de obligarlo a aislarse del mundo que lo rodea, haciendo inclusive que peligre su vida (cuando la ansiedad es muy alta).

Después de Kraepelin, y con el advenimiento de los estudios genéticos en psiquiatría, se concluyó que todos los síndromes depresivos formaban parte de la psicosis maniaco-depresiva.

Freud S. (1917) publicó un escrito: "Duelo y Melancolía"; en el cual señala que la melancolía (depresión) es la forma patológica de reaccionar a la pérdida de un objeto ambivalente y considera que la melancolía se asemeja al duelo, ya que ambas suceden ante una pérdida, la cual hasta puede ser una abstracción que ha tomado el lugar de una persona amada, como la patria, la libertad, un ideal, etc.

Freud afirma que el sujeto que sufre un duelo, en general sufre una pérdida en la realidad interhumana (una persona amada muerta).

Mientras que el deprimido no necesariamente habrá perdido al objeto en la realidad, esto puede haber sucedido de-

una forma intrapsíquica, es decir, que la lixazón emocional hacia el objeto mismo no resultará roto de una manera inconciente, y de ahí la introyección de dicho objeto.

Melane Klein (1945) da un nuevo enfoque teórico sobre la la depresión; afirma que la posición depresiva es esencial en el desarrollo del ser humano.

Nos dice que el proceso de la introyección de los objetos ocurre desde el principio de la vida, con lo cual, esta blece el origen del super Yo.

Relaciona a esta estructura con la división de las imágenes de los padres en la temprana infancia, concibiéndolas - como idealizadas y fantásticamente malas.

También expone que la posición en un estado depresivo - es la consecución de la posición esquizo-paranoide y por - ello derivado de ésta posición; partiendo de ésto explica - los casos que presentan cuadros mixtos de tendencias persecutorias y melancólicas.

Castilla del Pino (1966) expone el síndrome depresivo - desde tres puntos de vista: el clínico, el analíticoexisten cial y el psicoanalítico.

El punto de vista clínico plantea la depresión en los siguientes términos: una tristeza inmotivada, inhibición, - - ideas deliroides de perjuicio, autorreproches, sentimientos de culpa y depreciación, insomnio, estreñimiento, dolores - erráticos, etc.

Desde este punto de vista se considera que los factores

somatógenos y psicógenos se dan en todos y cada uno de los cuadros depresivos.

El punto de vista analítico-existencia ofrece un análisis fenomenológico partiendo de una fase de análisis ulterior - que pretende encontrar las relaciones causales y motivacionales del síntoma, del síndrome y de la enfermedad.

Al método fenomenológico le interesa el acto psíquico que ya existe y que es dado como vivencia, de aquí pues, - que es analizado en la forma vivencial en que se presenta; y la intención del método fenomenológico es la relación que se establece entre el sujeto y el objeto.

El punto de vista psicoanalítico hace una comparación - entre la pena normal (duelo) y la melancolía (depresión) en la que en la primera sobreviene debido a la pérdida de un - ser amado o su equivalente abstracto, y la segunda se constituye por un estado de ánimo profundamente doloroso en el que se pierde el interés por el mundo exterior, la capacidad de amar, etc.

En la pena normal el factor tiempo es el que se encarga de la superación de la frustración del sujeto debido a la - pérdida del objeto, equivale a la pérdida del Yo; de lo -- cual se dice que hay una inmadurez del Yo, que es lo que ha ce que aparezca la melancolía a la pérdida del objeto, haciendo pues, que ésta exprese la regresión del sujeto a estadios primogénicos.

Bleichmar H. (1980) da una definición de la depresión

en base al cuadro clínico caracterizado por la presencia de ciertos elementos como son la tristeza, inhibición psicomotriz, autorreproches, pesimismo, etc., y en el tipo de ideas que tienen en común todos aquellos que forman un cuadro clínico y que estos elementos pueden o no manifestarse en un depresivo, da pues, mayor importancia al tipo de ideas que es común en el depresivo.

Bleichmar se refiere en cuanto a idea, a la representación de un deseo como irrealizable y al cual se está intensamente fijado, siendo ésto lo que va a formar el pensamiento del depresivo, y más allá de las formas particulares que tenga; y no a aquellas quejas o ideas de fracaso, o de ruina, o de inferioridad.

Señala ciertos elementos para la clasificación de la depresión haciendo una diferencia primeramente entre sentimiento de culpa y sentimiento de inferioridad.

El primero se refiere a que vive como responsable por una conducta que va contra la norma (violándola) y al segundo, como el Yo función se angustia por que el Yo representación no es como quisiera.

De aquí parte pues, la primera clasificación de depresión narcista, en el cual el Yo, no es igual al Yo ideal (es negativo); y otra sería la depresión culposa, en el que el sujeto se siente malo, que no cumple con el ideal narcisista de ser bondadoso, de aquí, se observa que la depresión culposa tiene elementos tanto de la depresión narcista como de

la depresión por pérdida simple del objeto.

En cuanto a la depresión neurótica o psicótica nos dice que no dependen de la estructura de la depresión en sí, sino de otros factores que determinan a las neurosis y psicosis; de aquí, concluye que la depresión podrá tener lugar - en cualquier tipo de personalidad (histérica, obsesiva, fóbica, etc).

CAPITULO II

CLASIFICACION DE LA DEPRESION

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR:

Una más reciente clasificación de la depresión es la que da el DSM III (1983), y la denomina episodio depresivo mayor, de la cual nos dice que: "La sintomatología esencial está configurada por un estado de ánimo disfórico, habitualmente depresión, y por la pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades y pasatiempos habituales".

(1)

Esta alteración es procesada relativamente persistente - y va acompañada de otros síntomas del síndrome depresivo. - Síntomas como: alteración del apetito, cambio en el peso, - alteraciones del sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor, disminución de energía, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultades de concentración o pensamiento, ideas de muerte e ideas o intentos de suicidio.

Los sujetos que presentan un cuadro depresivo, habitualmente describen su estado de ánimo como deprimido, triste, desanimado.

Esta alteración del estado de ánimo que se manifiesta en el sujeto no se expresa como un sinónimo del estado de ánimo deprimido, sino como una queja de que nada importa al sujeto.

La alteración del apetito puede disminuir o aumentar, teniendo como consecuencia una pérdida de peso o aumento del peso según sea el caso.

La alteración del sueño puede darse en dos sentidos: -

una, en una dificultad para conciliar el sueño (insomnio) y segundo, en una frecuente interrupción del sueño con dificultad para volver a dormir.

La agitación psicomotora puede manifestarse en diversas formas: como una incapacidad para mantenerse sentado o una marcha continua, o bien retorcerse las manos, accesos de quejas o gritos, o verbalizaciones continuas; o bien puede manifestarse un enlentecimiento psicomotor, manifestando el sujeto un lenguaje lento, grandes pausas antes de dar una respuesta, movimientos corporales lentos, lenguaje monótono o disminuido o mutismo.

El sujeto presenta una disminución del nivel de energía, hay una fatiga continua aún en ausencia de ejercicio físico.

El sujeto tiende a exagerar sus fracasos, se autorreprocha de sus mínimos errores, manifiesta sentimientos de culpa y de inutilidad.

Tiene gran dificultad para concentrarse. Y son muy comunes las ideas de muerte o de suicidio, el sujeto con síndrome depresivo también a veces suele tener miedo a morir.

Sintomatología asociada:

Dentro del cuadro de depresión los síntomas asociados que son más frecuentes son: llanto, sentimiento de angustia, irritabilidad, miedo, tristeza, gran preocupación por la salud física, crisis de angustia y fobias. También pueden llegar a presentar ideas delirantes o alucinaciones.

Sintomatología asociada según la edad:

Se afirma que el episodio depresivo mayor es semejante en niños, adolescentes y adultos; pero que existen ciertas diferencias en cuanto a los síntomas asociados según el DSM III:

Los niños en edad prepuberal pueden presentar ansiedad de separación, lo que tiene como consecuencia un gran apego hacia los padres.

El niño se niega a ir a la escuela, tiene miedo de morir o de que mueran sus padres, y puede llegar a manifestar síntomas de ansiedad intensos.

Mientras que en el adolescente se presenta una conducta negativista o antisocial. Es muy común que se quiera ir de su hogar, se siente incomprendido, se manifiesta agresivo y malhumorado. Puede haber falta de cuidado en su higiene personal, es común también que se de el abuso de sustancias tóxicas.

En cuanto a los ancianos, pueden presentar síntomas de demencia, así como desorientación, pérdida de memoria y distraibilidad, se manifiestan apáticos y tienen dificultad para concentrarse.

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE EPISODIO DEPRESIVO MAYOR:

(Copia del DSM III, 1983)

"A. Estado de ánimo disfórico o pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades o pasatiempos habituales.

El estado de ánimo disforico se caracteriza por los siguientes síntomas: depresión, tristeza, melancolía, desesperanza, apatía, falta de iniciativa e irritabilidad. La alteración del estado de ánimo puede ser predominante y relativamente persistente, aunque no siempre es el síntoma más llamativo; en cualquier caso, no hay cambios momentáneos de un estado de ánimo disfórico a otro; como ocurre con el paso de la ansiedad a la depresión o a la cólera, tal como se observa en los estados de confusión psicótica aguda (el estado de ánimo disfórico en los niños menores de seis años puede inferirse a partir de la persistente tristeza de la expresión facial).

B. Por lo menos cuatro de los siguientes síntomas han estado presentes casi diariamente, durante dos semanas como mínimo (en los niños menores de seis años, tres de los cuatro primeros síntomas, como mínimo):

1) Poco apetito o pérdida significativa de peso (sin estar bajo dieta) o aumento del apetito con ganancia significativa de peso (no se opera la ganancia de peso esperada en los niños menores de seis años):

2) Insomnio o hipersomnía;

3) Aritación o enlentecimiento psicomotor (no bastan los sentimientos subjetivos de inquietud o de estar enlentecido) (hipoactividad en los niños menores de seis años);

4) Pérdida de interés o placer en las actividades habituales o disminución de la motivación sexual fuera de los períodos delirantes o alucinatorios (signos de apatía en los niños menores de seis años);

5) Pérdida de energía, fatiga;

6) Sentimientos de inutilidad, autorreproche o de culpa-excesiva o inapropiada (puede ser delirante);

7) Quejas o pruebas de disminución de la capacidad de concentración o pensamiento, tales como enlentecimiento del pensamiento, o indecisión no acompañada de incoherencia o pérdida notable de la capacidad asociativa;

8) Pensamientos repetitivos de muerte, ideación suicida, deseos de estar muerto o intentos de suicidio.

C. Cuando no está presente el síndrome afectivo (véase criterios A y B, ya citados más arriba); es decir, antes de que se haya desarrollado, o después de haber remitido, ninguno de los siguientes síntomas dominan en el cuadro clínico:

1) Preocupación por ideas delirantes o alucinaciones incongruentes con el estado de ánimo (véase la definición más abajo).

2) Conducta extraña.

D. No hay sobreañadida una esquizofrenia ni un tras-

torno esquizofreniforme, ni un trastorno paranoide.

E. Todo ello, no es debido a ningún otro trastorno mental ni al duelo no complicado.

Criterios para la subclasificación del episodio depresivo mayor en el quinto dígito.

(Cuando hay síntomas psicóticos y melancolía, el sistema de codificación requiere que el clínico registre la característica clínicamente más significativa.)

6: En remisión. Esta categoría del quinto dígito deberá utilizarse para los sujetos que han cumplido con anterioridad todos los criterios para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor completo, pero que en la actualidad están libres esencialmente de síntomas, o presentan algunos síntomas del trastorno sin cumplir todos los criterios para el diagnóstico del episodio depresivo mayor.

4: Con síntomas psicóticos. Esta categoría del quinto dígito deberá utilizarse cuando haya un gran deterioro, evidenciando a través de los tests, así como cuando haya ideas delirantes o alucinaciones, o estupor depresivo (el sujeto no responde a los estímulos o está mudo). Cuando sea posible, se especificará si los síntomas psicóticos son congruentes o incongruentes con el estado de ánimo.

Síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo.

Ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido está completamente de acuerdo con los temas de incapacidad personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo, o merecimien-

to de castigo; estupor depresivo (el sujeto permanece mudo o no responde a los estímulos).

Síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo.

Ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido no comprende temas de incapacidad personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo, o de merecimiento de castigo. Se incluyen síntomas tales como ideas delirantes de persecución, inserción del pensamiento, difusión del pensamiento, e ideas delirantes de control cuyo contenido no tiene relación aparente con los temas reseñados más arriba.

3: Con melancolía:

A. Pérdida de placer en todas o casi todas las actividades.

B. Falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros (no sentirse mejor incluso cuando de forma temporal sucede algo bueno).

C. Tres de los siguientes síntomas, como mínimo:

a) Una inconfundible cualidad de estado de ánimo deprimido; es decir, se percibe el estado de ánimo como una clase de sentimiento inconfundiblemente diferente del que se experimenta después de una muerte o de una pérdida de relación amorosa;

b) La depresión suele ser más intensa por la mañana,

c) Despertar temprano por la mañana (dos horas antes de la hora habitual, como mínimo);

- d) Notable enlentecimiento o apatía psicomotriz;
 - e) Anorexia significativa o pérdida de peso;
 - f) Sentimientos de culpa inapropiados y excesivos.
- 2: Sin melancolía.
- 0: Sin especificar. "(2)

TRASTORNOS AFECTIVOS ESPECÍFICOS:

A lo que se denomina depresión involutiva actualmente el DSM III (1983) hace una clasificación de ésta, etiquetándola dentro del marco de trastornos afectivos específicos.

La sintomatología esencial de esta enfermedad tiene una duración mínima de dos años, manifestándose una alteración continua o intermitente del estado de ánimo, y síntomas asociados del síndrome depresivo. Dentro de esta enfermedad no se presentan síntomas psicóticos, así como también no se da en su totalidad el síndrome afectivo.

La manifestación de éstos trastornos no tienen un principio claro, pero se da en la edad adulta.

Esta clasificación incluye dos trastornos: trastorno ciclotímico y trastorno distímico.

Trastorno ciclotímico:

La sintomatología esencial es una alteración crónica del estado de ánimo con una duración mínima de dos años, se presentan periodos de depresión e hipomanía, éstos pueden estar separados por periodos de estado de ánimo normal, que pueden durar algunos meses.

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE TRASTORNO CICLOTIMICO:

(Copia del DSM III, 1983)

A. Durante los dos últimos años se han presentado numerosos períodos con algunas síntomas característicos tanto de síndrome depresivo como maniaco, pero no con la gravedad y duración suficiente para cumplir los criterios para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor o de un episodio maniaco.

B. Los períodos depresivos e hipomaniacos pueden estar separados por períodos de estado de ánimo normal, que pueden durar varios meses o bien pueden entremezclarse ambos períodos, o alternarse entre sí.

<p>C. Durante los períodos depresivos hay un estado de ánimo depresivo o una pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades o pasatiempos habituales, y tres de los siguientes síntomas como mínimo:</p>	<p>Durante los períodos hipomaniacos hay un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable y tres de los siguientes síntomas como mínimo:</p>
---	---

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1) insomnio o hipersomnia, 2) Disminución de la energía o fatiga crónica, | <ol style="list-style-type: none"> 1) Disminución de la necesidad de sueño, 2) Más energía de lo habitual, |
|--|--|

- | | |
|---|--|
| 3) Sentimientos de incapacidad, | 3) Aumento de la autoestima, |
| 4) Disminución de la <u>afeg</u> actividad o productividad en la escuela, en el trabajo o en la casa, | 4) Aumento de la productividad, acompañado a menudo de horas extras. |
| 5) Disminución de la <u>aten</u> ción, concentración o capacidad para pensar. | 5) Inusual agudeza y creatividad del pensamiento, |
| 6) Retraimiento social, | 6) Falta de inhibición en la búsqueda de <u>con</u> tacto con la gente -- (gregarismo extremo) |
| 7) Pérdida de interés o de placer en el sexo, | 7) Hipersexualidad sin reconocimiento de las posibles consecuencias negativas, |
| 8) Restricción de las actividades placenteras; sentimientos de culpa por actividades pasadas, | 8) Implicación excesiva en actividades placenteras, sin preocuparse de la posibilidad de consecuencias negativas, por ejemplo, gastar dinero en <u>juer</u> gas, invertir en <u>ne</u> |
| 9) Sentimientos de lentitud y desmoronamiento, | |
| 10) Menos hablador de lo habitual, | |
| 11) Actitud pesimista hacia el futuro, o ruminación pesimista de los acontecimientos pasados, | |

12) Llantos o sollozos.

rocios absurdos, condu
cir imprudentemente,

9) Inquietud física,

10) Más hablador de lo ha-
bitual,

11) Exageración del optimis-
mo y de los aconteci-
mientos pasados,

12) Chistes o juegos de pa-
labras o risas inapro-
piadas.

D. Ausencia de síntomas psicóticos, como ideas deliran-
tes, alucinaciones, incoherencia, o pérdida de la capacidad
asociativa.

E. Todo ello, no es debido a ningún otro trastorno men-
tal, como la remisión parcial del trastorno hipolar. Sin -
embargo, el trastorno ciclotímico puede preceder al trastor-
no bipolar. "(3)

Trastorno distímico (o neurosis depresiva).

La sintomatología esencial es una alteración crónica del
estado de ánimo, dentro de ésta se da tanto el estado de -
ánimo deprimido como una pérdida de interés en todas o casi
todas las conductas habituales.

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DISTIMICO:

(Copia del DSM III, 1983)

"A. Durante los dos últimos años (o uno en el caso de

los niños y adolescentes) el sujeto ha presentado durante - mucho tiempo o todo el tiempo síntomas característicos del síndrome depresivo, pero no con la suficiente gravedad y duración como para cumplir los criterios de un episodio depresivo mayor.

B. Las manifestaciones del síndrome depresivo pueden ser relativamente persistentes, o estar separadas por períodos de estado de ánimo normal que duran de unos días a unas semanas, pero no más de unos meses.

C. Durante los períodos depresivos hay un llamativo estado de ánimo depresivo (por ejemplo, triste, melancólico, - abatido bajo), o una notable pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades o pasatiempos habituales.

D. Durante los períodos depresivos están presentes, como mínimo tres de los siguientes síntomas :

- 1) Insomnio o hipersomnía;
- 2) Bajo nivel de energía o cansancio crónico;
- 3) Sentimientos de incapacidad, pérdida de la autoestima, autolamentaciones o desaprobación;
- 4) Disminución de la efectividad o productividad en la escuela, trabajo o casa;
- 5) Disminución de la atención, concentración o capacidad para pensar con claridad;
- 6) Retraimiento social;
- 7) Pérdida de interés o de disfrute de las actividades placenteras;

- 8) Irritabilidad o cólera excesiva (expresada en los niños hacia los padres o monitores);
- 9) Incapacidad para responder con placer a los elogios o refuerzos;
- 10) Menos activo o hablador de lo habitual, o sensación de lentitud o inquietud;
- 11) Actitud pesimista hacia el futuro, ruminación negativa de acontecimientos pasados, o sentimientos de lástima hacia uno mismo;
- 12) Llanto o sollozo;
- 13) Pensamiento repetitivo de muerte o suicidio.

E. Ausencia de síntomas psicóticos, tales como ideas delirantes, alucinaciones, incoherencia, o pérdida de la capacidad asociativa.

F. Si el trastorno se sobreañade a un trastorno mental preexistente, como un trastorno obsesivo compulsivo o la dependencia de alcohol, el estado de ánimo deprimido puede diferenciarse con claridad del estado de ánimo habitual del sujeto en virtud de su intensidad o su efecto sobre la actividad. "(4)

EPIODIO MANIACO:

La sintomatología esencial se caracteriza por un período de tiempo en el que comprende un estado de ánimo inconfundible de euforia, expansividad e irritabilidad con síntomas acompañantes del síndrome maniaco. Estos síntomas comprenden: hiperactividad, lenguaje verborreico, fuga de ideas,

autoestima excesiva, disminución de sueño, distraibilidad y excesiva implicación en actividades de posibles consecuencias nocivas, que el sujeto no reconoce.

Se describe el estado de ánimo como eufórico, insólitamente optimista, festivo o alto; el estado de ánimo se caracteriza por un entusiasmo incesante y un contacto no selectivo con la gente, en busca de implicación con cualquier aspecto del entorno.

El síndrome prototipo es la elevación del estado de ánimo; pero la irritabilidad es la alteración que más predomina.

La hiperactividad a menudo contiene una excesiva planificación y participación en múltiples actividades como por ejemplo, en actividades sexuales, laborales, políticas y religiosas. Se manifiesta también casi siempre un aumento en la sociabilidad, lo que lleva al sujeto a renovar viejas amistades y a hablar por teléfono a cualquier hora de la noche a amigos. El sujeto no reconoce la naturaleza intrusiva y dominante de estas conductas.

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE EPISODIO MANIACO:

(Copia del DSM III, 1983)

"A. Uno o más periodos diferentes con un estado de ánimo predominantemente elevado, expansivo o irritable.

B. Una semana de duración, como mínimo (o cualquier duración si ha sido necesaria la hospitalización), en la que persisten durante la mayor parte del tiempo, al menos tres

de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es irritable), y que se han presentado de formas significativas:

1) Aumento de la actividad (tanto laboral como social o sexual) o inquietud física;

2) Más hablador de lo habitual o mantenimiento de un lenguaje verborreico;

3) Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos se suceden a gran velocidad;

4) Aumento de la autoestima (grandiosidad que puede ser delirante);

5) Disminución de la necesidad de dormir;

6) Distraibilidad, por ejemplo, la atención es fácilmente dirigida hacia estímulos externos irrelevantes o poco importantes;

7) Implicación excesiva en actividades con una alta posibilidad de consecuencias negativas, sin que ello sea reconocido por el sujeto, por ejemplo, gastar dinero en juergas, indiscreciones sexuales, invertir en absurdos negocios, conducir imprudentemente.

C. Cuando no está presente un síndrome afectivo (por ejemplo.- Criterios diagnósticos A y B, véanse más arriba), esto es, antes de que se desarrolle o después si ha remitido, ninguno de los síntomas siguientes dominan el cuadro clínico:

1) Ideas delirantes o alucinaciones con estado de ánimo

no incongruente (véase la definición más adelante);

2) Conducta extraña.

D. No hay sobreañadidos ni esquizofrenia, ni trastornos esquizofreniformes o paranoides.

E. Todo ello no es debido a ningún trastorno mental orgánico, como intoxicación por sustancias tóxicas.

(Nota: el episodio hipomaniaco es una alteración parecida, pero no tan grave como el episodio maniaco).

CRITERIOS PARA LA SUBCLASIFICACION DEL EPISODIO MANIACO-
EN EL QUINTO DIGITO:

6: En remisión. Esta categoría de quinto dígito deberá utilizarse cuando el sujeto cumplió con anterioridad los - criterios completos para el episodio maniaco pero que, en la actualidad, está libre de síntomas o tiene algunos signos del trastorno, sin cumplir los criterios diagnósticos - completos. Para diferenciar este diagnóstico de la ausencia de trastorno mental, es necesario considerar el período de tiempo transcurrido desde el último episodio, así como la necesidad de evaluación posterior, o la necesidad de tratamiento profiláctico.

4: Síntomas psicóticos. Esta categoría de quinto dígito deberá utilizarse cuando haya un deterioro en las pruebas administrativas, así como cuando haya ideas delirantes, o - alucinaciones o conducta claramente extraña.

Cuando sea posible, debe especificarse si los síntomas psicóticos son incongruentes con el estado de ánimo.

Síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo.

Ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido está en completo acuerdo con la temática de aumento de la dignidad, poder, conocimiento, identidad, o relaciones especiales con una persona famosa; fuga de ideas en las que el sujeto parece no darse cuenta de que su lenguaje no es comprendido.

Síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo.

(Tanto en a) como en b))

a) Ideas delirantes o alucinaciones que no comprenden temas relacionados con el aumento de la dignidad, poder, conocimiento, identidad, o relaciones especiales con personas famosas.

Los síntomas incluidos son ideas delirantes de persecución, inserción del pensamiento, o ideas delirantes de estar controlado, cuyo contenido no tiene relación aparente con ninguno de los temas señalados más arriba;

b) Ninguno de los síntomas catatónicos siguientes: estupor, mutismo, negativismo, actitud catatónica.

2: Sin síntomas psicóticos: cumple los criterios para el diagnóstico de episodio maniaco, pero no hay síntomas psicóticos.

0: Sin especificar. " (5)

BIBLIOGRAFIA

- (1) Valdés M. Manual y Estadístico de los trastornos Mentales (1a. edición) Barcelona: Masson, 1983. p.p. 220
- (2) Idem. p.p. 223
- (3) Idem. p.p. 230
- (4) Idem. p.p. 233
- (5) Idem. p.p. 218

CAPITULO III

TEORIAS SOBRE LA DEPRESION

a) Teoría Psicoanalítica:

Estipula que el potencial se origina en la primera infancia. Es decir, que durante la etapa oral pueden ser satisfechos en extremo o insuficientes las necesidades del sujeto, y en consecuencia la persona se queda fijada en esa etapa, provocando una dependencia excesiva de otras personas, en lo que se refiere al sostenimiento de la propia estimación.

Define pues, a la depresión, en base a una pérdida de un objeto, como por ejemplo una persona amada muerta, introyectando al objeto, en un intento de compensar la pérdida; ésta, puede ser real o imaginaria.

Freud afirma que inconscientemente cubrimos sentimientos negativos contra las personas que queremos, de aquí que, el que sufre un duelo, se auto-convierte en el objeto de su propio odio y rencor. Resistiendo el haber sido relegado y sintiéndose culpable de pecados reales o imaginarios cometidos contra la persona que ha muerto.

Después del periodo de introyección, le sigue otro periodo, el de trabajo de luto; durante éste periodo el sujeto - que se encuentra de luto, recuerda a la persona fallecida, apartándose de ella poco a poco y debilitando los lazos impuestos por la introyección; ésto sería un duelo normal -- ante la pérdida de un objeto; y en los sujetos que son excesivamente dependientes, el trabajo de luto se desvía, provocando un proceso de auto-mutilación, auto-reproche y de-

presión. Este tipo de sujetos no debilitan los lazos emocionales que los unía con la persona que ha fallecido, y siguen auto-castigándose por las deficiencias que perciben en el ser querido que introyectaron en sí mismos; así pues, en base a éste último, se fundamenta la hipótesis de la teoría psicoanalítica sobre la depresión, entendida como un resentimiento dirigido contra uno mismo.

b) Teoría Cognoscitiva:

En algunas teorías que tratan de dar una explicación sobre la depresión como ansiedad, consideran que tanto los pensamientos como las creencias son las verdaderas causas de los estados emocionales.

De aquí que Freud también se puede considerar como un teórico cognoscitivo, ya que éste postuló que la depresión era el resultado de la creencia que tenía un sujeto de que la pérdida de un ser querido equivalía al retiro de su cariño.

La teoría cognoscitiva se fundamenta en el trabajo de Beck (1967) acerca de la depresión, en la que se considera que los procesos del pensamiento son factores causales para que se de la depresión.

Beck afirma, que los sujetos deprimidos sacan conclusiones ilógicas en lo que se refiere a su autoestimación; esto lo concluyó al estar examinando sus archivos terapéuticos de pacientes deprimidos; observó que éstos tendían a distorsionar cualquier cosa que les ocurriera para tomarla como

presión. Este tipo de sujetos no debilitan los lazos emocionales que los unía con la persona que ha fallecido, y siguen auto-castigándose por las deficiencias que perciben en el ser querido que introyectaron en sí mismos; así pues, en base a éste último, se fundamenta la hipótesis de la teoría psicoanalítica sobre la depresión, entendida como un resentimiento dirigido contra uno mismo.

b) Teoría Cognoscitiva:

En algunas teorías que tratan de dar una explicación sobre la depresión como ansiedad, consideran que tanto los pensamientos como las creencias son las verdaderas causas de los estados emocionales.

De aquí que Freud también se puede considerar como un teórico cognoscitivo, ya que éste postuló que la depresión era el resultado de la creencia que tenía un sujeto de que la pérdida de un ser querido equivalía al retiro de su cariño.

La teoría cognoscitiva se fundamenta en el trabajo de Beck (1967) acerca de la depresión, en la que se considera que los procesos del pensamiento son factores causales para que se de la depresión.

Beck afirma, que los sujetos deprimidos sacan conclusiones ilógicas en lo que se refiere a su autoestimación; esto lo concluyó al estar examinando sus archivos terapéuticos de pacientes deprimidos; observó que éstos tendían a distorsionar cualquier cosa que les ocurriera para tomarla como

culpas personales; como por ejemplo, para una persona normal el que se le averiara su automóvil lo tomaría como un inconveniente o algo molesto, mientras que para los sujetos deprimidos sería interpretado como uno de tantos ejemplos de la completa inutilidad de la vida.

Esta forma de pensamiento o errores de lógica, Beck los denominó "schemata", refiriéndose al conjunto de errores característicos. Y este conjunto de errores es lo que va a determinar la forma en que el sujeto percibe al mundo que lo rodea; considerando, así pues, que el sujeto deprimido se maneja dentro de un esquema de auto-desprecio y de auto-reproche. Así mismo, este conjunto será lo que inclinará a la persona a interpretar o clasificar los eventos de una forma que justifique el decir: "que tonto soy", "que absurdo es todo esto", "no valgo la pena", etc.

Beck hace una descripción de varios errores de lógica cometidos por los sujetos deprimidos, cuando éstos interpretan la realidad:

1) Conclusión arbitraria, la describe como una deducción que es sacada sin que el sujeto tenga suficientes pruebas o ninguna prueba. Por ejemplo, cuando una persona llega a la conclusión de que no vale nada por que el día que hace una fiesta en el jardín de su casa está lloviendo.

2) Abstracción selectiva, ésta se refiere a una conclusión sacada basándose tan sólo en uno de tantos eventos de una situación, como por ejemplo, cuando un trabajador

se atribuye a sí mismo toda la culpa de que no funcione un producto que sale a la venta.

3) Generalización excesiva, da esta descripción a la conclusión global sacada en base a un solo evento y tal vez - muy insignificante. Por ejemplo, cuando un estudiante considera como prueba definitiva de su incapacidad, su mala - ejecución en una sola clase, en un día determinado.

4) Magnificación y minimización, ésto se refiere a errores graves en la evaluación de una ejecución; como por ejemplo, cuando un sujeto cree haber arruinado su automóvil completamente al descubrir un ligero golpe en la defensa posterior (magnificación); o si una persona se sigue considerando inútil a pesar de sus valiosas realizaciones (minimización).

De acuerdo a la teoría congnotiva, la interpretación de los sujetos deprimidos no concuerda mucho con la realidad objetivamente definida, y considera que los sujetos deprimidos no son más que víctimas de sus procesos ilógicos - de pensamiento.

c) Teorías del aprendizaje:

Las teorías del aprendizaje referidas a la depresión - guardan una similitud con la teoría de Freud, a pesar de -- que el lenguaje utilizado es un tanto diferente. Por ejemplo, Freud determinó como factor causal el que una persona que fuera vulnerable a la pérdida de un objeto externo a - causa de la dependencia de tipo oral retenida durante la

infancia, pierda a un ser amado; mientras que las teorías - del aprendizaje estiman la depresión como una actividad reducida a consecuencia de una falta de reforzamiento. Es de cir, que al fallecer un ser querido, se pierde, una importante fuente de reforzamiento positivo.

Los teóricos del aprendizaje social consideran como algo fundamental el concepto de reducción en el reforzamiento dejando fuera los procesos inconscientes de luto, de la introyección y de otros, en su explicación de la depresión. - Sentando que, cuando una persona deja de actuar como lo hacía antes en presencia de un reforzamiento copioso, debe - ser reforzado el nuevo nivel de conducta. Por ejemplo, las personas deberan mostrar simpatía o proporcionar cierta estimulación especial a la persona deprimida, esperando de - ella menos de lo que se acostumbraba antes de su pérdida. - Sin embargo para las personas que carecen de ciertas habilidades sociales para lograr asimilar en nuevas o diferentes maneras las recompensas antes disponibles, la perspectiva - de su mejoría se torna un tanto obscura.

Las teorías del aprendizaje se fundamentan en el modelo de depresión de Lewingshn, él cual, afirma que la sensación de depresión, así como otros síntomas del síndrome clínico como la fatiga, pueden presentarse cuando la conducta recibe pocos reforzamientos; y esta escasa dosis de reforzamiento positivo a su vez, tiende a disminuir aún más la actividad, de aquí qué, los reforzamientos son aún más escasos

Y que la cantidad obtenida de reforzamiento positivo está - en función de tres conjuntos de variables: 1) el número de reforzadores potenciales a disposición del sujeto en razón de sus características personales como edad, sexo y atractivo. 2) el número de reforzadores potenciales en razón del ambiente en que se desenvuelven los sujetos como por ejemplo, el estar en su casa y no en la cárcel. Y 3) el repertorio conductual del sujeto que puede ser reforzado como - por ejemplo, sus aptitudes vocacionales y sociales.

Seligman, otro teórico del aprendizaje, propone otro modelo de depresión como una impotencia aprendida, y comenta que la ansiedad es la respuesta inicial ante una situación que produce angustia.

Afirma pues, que si el sujeto llega a convencerse de -- que no puede tener control, la ansiedad queda reemplazada - por la depresión.

El postulado de Seligman sobre la impotencia aprendida se explica con un experimento que se llevó a cabo con unos perros, a los cuales se les aplicaron descargas eléctricas dolorosas; un grupo de perros no podían evitar las descargas eléctricas y en el grupo control los perros podían evitar las descargas eléctricas ante la presencia de una luz - o de un sonido, en este grupo, los perros aprendieron a evitar las descargas eléctricas, mientras que en el primer grupo, los perros ya no manifestaban ninguna conducta, simplemente aceptaban las descargas dolorosas. En base a es--

tos experimentos se deduce que los animales pueden adquirir lo que podría denominarse "un sentido de impotencia" al enfrentarse ante una estimulación aversiva incontrolable. De aquí que, esta impotencia tenderá a afectar su ejecución en situaciones anéustiantes que pueden controlarse.

Seligman apoyándose en éste y otros trabajos sobre los efectos de una tensión incontrolable, afirma que, el "sentido de impotencia" aprendido por los animales puede brindar un modelo de depresión para el hombre. Ya que observa que lo misma que las personas deprimidas, los animales manifiestan pasividad ante la tensión, dejando de hacer lo que pudiera ayudarles a salir adelante, con esta actitud provocan en ellos anorexia, teniendo dificultad para comer o retener lo comido, lo que trae como consecuencia la baja de peso.

Así pues, Seligman con base a la formulación cognoscitivista de Beck (1967), subraya la percepción del control que tiene el individuo, dejando abierta la posibilidad de que las creencias de un sujeto en cuanto al control que ejerce sobre los eventos no concuerden necesariamente con su control real. De esta misma forma, su conducta puede ser efectiva para obtener un mayor control sin que el sujeto le de una interpretación como tal.

d) Teorías fisiológicas:

Los procesos fisiológicos tienen una gran estimación sobre el estado de ánimo, de aquí que no es de extrañar que

algunos investigadores hayan buscado causas fisiológicas para la depresión. En caso de que la depresión pudiera ser transmitida genéticamente, al iniciarse la depresión se debe indicar que los procesos fisiológicos perturbados tienen un papel importante en la cadena causal.

Rosenthal (1970) al revisar algunos estudios sobre psicosis maniaco-depresiva diagnosticadas entre los parientes de primer grado de un caso índice; encontró que los parientes en primer grado eran diagnosticados como maniaco-depresivos unas diez veces más que los miembros de la población en general; así como también que las incidencias de psicosis maniaco-depresivas en gemelos monocigóticos y dicigóticos, son igualmente reveladoras.

Price (1968) encontró en todos los estudios genéticos - que 66 y 97 parejas de gemelos monocigóticos coincidían en el diagnóstico de psicosis maniaco-depresiva, mientras que hubo una discrepancia en esto, solamente de 27 de 119 parejas de gemelos dicigóticos. Estos datos supieron que los procesos fisiológicos son importantes en la etiología de la psicosis maniaco-depresiva.

Dentro de las teorías fisiológicas se postulan dos teorías principales en base a alteraciones de los procesos fisiológicos que pueden causar depresión y en las dos se habla de factores bioquímicos.

La primera se refiere al metabolismo electrolítico:

Los electrolitos se descomponen y se desintegran en-

partículas, las cuales están cargadas de electricidad, estas se desplazan para transportar corriente eléctrica. Como se sabe el papel que desempeñan los electrolitos es de suma importancia en el funcionamiento del sistema nervioso.

Dos de los electrolitos más importantes son los cloruros de sodio y de potasio. En un lado y otro de la membrana de una célula nerviosa se encuentran partículas con carga positiva de sodio y de potasio en diversas concentraciones. En la célula nerviosa hay una mayor concentración de potasio dentro de ella; y una mayor concentración de sodio por fuera de la neurona; esto es de suma importancia en el mantenimiento del potencial de reposo de la célula. Si se producen alteraciones en lo que se refiere a la distribución del sodio y del potasio provocan cambios en el potencial de reposo, afectando a su vez la excitabilidad de la neurona, es decir, el que sea o no rápidamente activada por el impulso transmitido por otra neurona.

Coppen (1967), Shaw (1966) descubrieron en pacientes deprimidos perturbaciones en la distribución del sodio y del potasio. Descubrieron un alto nivel intracelular de sodio en pacientes depresivos psicóticos, así como también observaron un decremento en el nivel de sodio fuera de la célula.

El efecto que se produce dentro de la neurona cuando hay una mayor concentración de sodio es el de disminuir su

potencial de reposo, volviéndola excitable.

Es decir, un impulso eléctrico recorrerá la neurona, estimulando la liberación de una sustancia química o sea un neurotransmisor, el cual atravesará posteriormente la sinapsis, que es un pequeño espacio entre dos neuronas, provocando así un impulso nervioso en la siguiente neurona.

Si esta neurona es hiperexcitable transmitirá inmediatamente el impulso en cuanto sea alcanzada por el neurotransmisor.

Existen también otros datos que nos indican que el sistema nervioso del depresivo es hiperexcitable, a pesar de que los patrones conductuales de los depresivos podrían hacernos creer que es menos excitable que el de un individuo normal.

Shagass y Schwartz (1961) descubrieron que en los pacientes psicóticos deprimidos, las respuestas que producen los estímulos sensoriales en la corteza cerebral son de una mayor magnitud que en sujetos normales.

Paulson y Gottlieb (1961) encontraron que el patrón de excitación registrado en electroencefalogramas practicados a sujetos deprimidos tendían a persistir durante un período mayor que después que estos mismos sujetos se habían restablecido.

La segunda teoría se basa en los niveles de norepinefrina.

Esta teoría viene siendo contraria a la proposición-

anterior, ésta postula que la depresión es causada por una inhibición en la transmisión de los impulsos desde una fibra nerviosa hacia otra; pero esta teoría sólo se aplica al sistema nervioso simpático y su neurotransmisor que es la norepinefrina. Existen varias pruebas que respaldan indirectamente esta teoría.

Por ejemplo, Seligman encontró que los perros deprimidos tenían bajos niveles de norepinefrina. En segundo lugar el que ciertas drogas que resultan efectivas en el tratamiento de la depresión facilitan la transmisión nerviosa en el sistema nervioso simpático. Como ejemplo de ello, están los llamados inhibidores de la monoaminoxidasa, los cuales incrementan la disponibilidad de la norepinefrina. De la misma forma, las drogas tricíclicas, que también mitigan la depresión, permitiendo que haya una mayor cantidad de norepinefrina en estado libre, aumentando así la probabilidad de las transmisiones nerviosas en esta parte del sistema nervioso.

Davis (1965), Cole (1964) afirman que es posible que la depresión sea causada por niveles reducidos de norepinefrina.

e) Teorías genéticas:

Según, Kendell (1968) afirma que entre los psiquiatras - todavía era objeto de discusión el si las depresiones neuróticas (o de reacción) y las psicóticas (o endógenas) se debían considerar clínicamente como los dos polos de un mismo

continuo que va desde lo moderado hasta lo severo, o si existe una verdadera dicotomía entre éstas como lo postulaban Slater y Roth (1969). Partiendo de esto se han hecho numerosas investigaciones sobre factores genéticos en la enfermedad maniaco-depresiva; la cual se encuentra con gran frecuencia en los padres, hermanos e hijos de pacientes maniaco-depresivos.

En un estudio que realizó Kraepelin encontró que un 36 % de sus pacientes sus padres padecieron depresión. Y esta cifra se incremento a un 45 % cuando sólo examinó a pacientes que presentaban episodios repetidos.

Kallmann observó una incidencia de un 20 a un 25 % en hermanos y en gemelos no idénticos, mientras que en gemelos idénticos la incidencia fué de un 66 a un 96 %. De aquí que "se consideran que los datos apoyan el concepto de dependencia del efecto de un gen único dominante con penetrancia incompleta".(1)

Shapiro (1970) realizó un estudio sobre depresión no endógena, utilizando para ello los registros de gemelos daneses en 16 pares monocigotos y 14 pares dicigotos. Concluyendo que hasta donde operaban los factores genéticos, siempre lo hacían sobre la estructura de la personalidad.

Stenstedt (1966) en uno de sus estudios genéticos sobre el desorden afectivo en Suecia: investigó a los familiares de 179 sujetos depresivos neuróticos, casos más severos que los que fueron diagnosticados como depresión reactiva en

un estudio de Maudsley, en este estudio observó un riesgo - de desorden afectivo en sus padres y hermanos de un 4.8%, - el cual no fue sensiblemente mayor que el riesgo de un 3.0% esperado en la población general utilizando los mismos criterios. Algunos de los sujetos neurótico-depresivos tenían familiares afectados que en un estudio anterior de Stens- - tedt (1952) sobre psicosis maniaco-depresiva habían sido - sujetos experimentales.

Stenstedt (1959) llevó a cabo una investigación sobre me lancolía involutiva, encontrando riesgos más elevados hacia el desorden afectivo en padres e hijos que los que había en contrado en su estudio de depresión neurótica, concluyendo- que la mayoría de los casos de melancolía involutiva tenían la misma etiología genética que los casos típicos de psico- sis maniaco-depresiva, mientras que otros podían ser atri- - buidos a otras causas diferentes.

Leonhard (1934) afirmaba que las psicosis unipolares con sólo manía o con sólo depresión se distinguían genéticamen- te de las psicosis cicloides o bipolares que presentaban fa- ses maniacas así como fases depresivas.

Angst (1966) realizó un estudio con las familias de to- - dos los depresivos endógenos que fueron admitidos en un hos- pital durante cinco años. Cuarenta y cinco de estos pacien- tes presentaban manía e igualmente depresión, 105 fueron de- presiones unipolares, 103 fueron depresiones involutivas y 73 psicosis mixtas (esquizoafectivas). En base a ésto-

llegó a la conclusión de que el grupo de psicosis mixtas no pertenecía a ninguno de los otros y que el mismo era heterogéneo. Por ejemplo el 7% de los hermanos eran esquizofrénicos.

En las familias de cada uno de los sujetos había un exceso de ambos tipos de depresión, debido a ésto formaban un solo grupo tanto depresivos involutivos y unipolares. Este grupo se distinguía de las psicosis bipolares. De entre los 28 familiares afectados de los pacientes bipolares hubo sólo 7 que presentaban fases o épocas maniacas, mientras que de 44 familiares afectados de los pacientes unipolares sólo hubo 3 sujetos con fases maniacas.

Perris (1966) llevó a cabo una comparación de familias de depresivos bipolares con familias de depresivos unipolares, a estos últimos los definió como aquellos que habían tenido por lo menos tres ataques sin manía, encontrando una tendencia bastante marcada en los dos tipos de desórdenes a procrear sin ninguna desviación, sin embargo hubo muchos familiares a los que no se les pudo dar una clasificación ni como unipolares ni como bipolares según sus criterios.

Angst y Perris encontraron que los familiares de sexo masculino y femenino muy frecuentemente se veían afectados por igual en las familias bipolares, por el contrario, en las familias unipolares los familiares de sexo femenino se veían afectadas con una mayor frecuencia que los de sexo masculino.

BIBLIICGRAFIA

- (1) Kaplan H. Compendio de psiquiatría (4a. -
reimpresión)
Barcelona: Salvat, 1980, p.p. -
271.

CAPITULO IV

LA ESCALA DE AUTOEVALUACION DE ZUNG

La prevalencia anual de las distintas formas de trastornos depresivos se acerca alrededor de un 3 %, por lo cual se hace posible que en todos los años se presenten más o menos unos 100 millones de casos en todo el mundo, de formas de depresión clínicamente diagnosticables.

Se tienen también datos de que los principales motivos que desencadenan alguna forma de depresión son los siguientes: 1) El aumento demográfico, la transformación acelerada del medio psicosocial del hombre, lo que trae como consecuencia una aguda tensión ambiental y la desintegración familiar. 2) el gran aumento de morbilidad por enfermedades cardiovasculares, gastrointestinales, trastornos cerebrovasculares y trastornos neurológicos; todos estos aparecen asociados hasta un 20 % a reacciones depresivas y por último y más importante el del aumento previsible de trastornos depresivos debido al exagerado consumo de medicamentos como por ejemplo la fenotiacina y diversas preparaciones hormonales, como los contraceptivos orales, éstos representan un factor importante en el aumento de la prevalencia de trastornos depresivos a causa del elevado número de mujeres que los consumen.

En encuestas que se llevaron a cabo sobre la prevalencia de la depresión mostraron diferencias al respecto entre distintos medios culturales: En Estados Unidos de América se encontró un 0.7 por 100 de psicosis depresivas y 14 casos de neurosis depresivos por 1000 personas. En la isla

Sanso (Dinamarca) se encontró que era unos diez veces más - (7.8 por 1000) en psicosis depresivas y unas 15 veces mayor (26.5 por 1000) neurosis depresivas; mientras que en Taiwan se encontró que el 0.4 por 1000 de la población estudiada - padecía psicosis maniaco-depresiva; en la República de Corea se obtuvo que un 10.3 por 1000 de la población padecía psicosis maniaco-depresiva.

Se vió también que en más del 20 % de la población urbana de Nueva York presentan síntomas depresivos. Así como - también se observó que en más de dos tercios de suicidios - se relacionan con síndromes depresivos.

a) La prueba de Zung.

Zung realizó un estudio sobre la depresión en el año de 1964, los datos que obtuvo en dicha investigación le llevaron a la conclusión de que las escalas existentes para medir depresión eran un tanto inadecuadas; ya que por la amplitud de dichas escalas, precisan de mucho tiempo para su aplicación; eso era por un lado y por otro no eran autoaplicables, debido a esto último los resultados adquiridos podrían ser variados por la interpretación personal del que aplicara la escala.

De aquí pues, Zung partió para la realización de una prueba para medir depresión, con la finalidad de construir una escala que evaluara la depresión y que ésta fuera inclusiva con respuestas a los síntomas; así como también que tuviera otras características como: que fuera corta y sim-

ple; que fuera cuantitativa más que cualitativa y que pudiese ser autoadministrada.

El método que siguió Zung consistía en factorizar síntomas característicos del síndrome depresivo y factores de una lista de chequeo conductual.

Posteriormente hizo una división de áreas de la escala autoaplicada: 1) Afecto extensivo, 2) Equivalentes fisiológicos y concomitantes y 3) Concomitantes psicológicos.

Afecto extensivo deprimido triste

accesos de llanto

Equivalentes fisiológicos alteraciones de los hábitos--
insomnio, pérdida de apetito
pérdida de peso, disminución
de la libido.

otras alteraciones: constipación,
taquicardia, fatiga.

Equivalentes psicológicos actividades psicomotoras: --
agitación, lentificación
ideacionales: confusión, sensación de vacío, desesperanza, indecisión, irritabilidad, insatisfacción, devaluación personal, ideación suicida.

En la realización de esta escala para medir depresión:-- Zung utilizó material gravado de pacientes y juicios re-

presentativos de un sistema en particular, así como también verbalizaciones que fueran más relevantes, en relación a características estipuladas por él.

De aquí sacó 20 reactivos: 10 en sentido positivo y 10 - en sentido negativo, con la finalidad de que el paciente no encontrara una tendencia en el estudio.

Los pacientes se deben autoevaluar de la siguiente manera: poco tiempo, algunas veces en el tiempo, gran parte - del tiempo, la mayor parte del tiempo.

El paciente menos depresivo y sus síntomas tienen el más bajo puntaje; y el más depresivo y sus quejas tienen el más alto puntaje en la escala de Zung (ZSDS).

Los reactivos o items positivos se evalúan 1, 2, 3, 4.

El índice ZSDS se deriva dividiendo la suma de los valores crudos brutos, obtenidos en los 20 items entre el puntaje máximo posible de 80; y se expresa como un decimal.

Una vez construida la escala ZSDS se dió a los pacientes administrados durante cinco meses en servicio psiquiátrico del Hospital de Veteranos del Duke Medical Center, con un diagnóstico primario de depresión; se les dió la prueba a 56 pacientes, 31 de ellos fueron eventualmente tratados y descartados como desórdenes depresivos. Ellos o recibieron terapia de electrochock (ECT) o farmacoterapia de un mínimo de 4 semanas o más.

Los índices ZSDS se obtuvieron de 22 de estos pacientes - después de completar el tratamiento, un día antes de -

ser dados de alta.

Hubo otros pacientes considerados con otros desórdenes psiquiátricos. Estos pacientes (D-O) la mayoría caen en categorías de ansiedad, disturbios de la personalidad y disturbios psicotisiolóricos; fueron tratados con psicoterapia, subcomo insulínico, terapia de drogas con síntomas limitados. Ninguno de ellos recibió electrochock o terapia de drogas antidepressivas prolongadas.

El grupo control normal del SDS se formó con 100 individuos. Aproximadamente un número equivalente de profesionistas; no profesionistas y pacientes que fueron hospitalizados para cirugía o servicios médicos; todos estos individuos eran libres de síntomas de depresión y no tenían historia reciente de enfermedad depresiva.

RESULTADOS:

Los índices significativos realizados en la escala para pacientes diagnosticados como desórdenes depresivos (D-D), antes y después del tratamiento fueron 0.74 y 0.39 respectivamente.

El índice significativo de pacientes que fueron inicialmente diagnosticados como desórdenes depresivos, pero descartados como otros desórdenes fue de 0.53. El índice significativo del grupo control fue de 0.33.

Se encontró también que la presencia del disturbio en el sueño es un importante síntoma en el desorden depresivo con respecto al signo de diagnóstico y pronóstico.

b) VALIDEZ DE LA ESCALA DE ZUNG (ZSDS)

Se han hecho un gran número de escalas promedio mediante valoración sistemática de respuestas clínicas en estudios terapéuticos de depresión, pero muy pocas han sido ampliamente utilizadas; de las escalas clínicas administradas, es la mayor experiencia involucrada en ese puntaje que permite detectar síntomas en un paciente individual para ser evaluado relativamente por aquellos observados en estudios previos.

El inventario de depresión de Beck (BDI) (1961) y la escala de depresión auto-aplicada de Zung (ZSDS) (1965) son las escalas mas frecuentemente empleadas como escalas de auto-administración pero estas escalas tienen una desventaja, desde el punto de vista aislado de características psicopatológicas de un paciente individual, y también se está condicionado a la cooperación y habilidad de lectura del paciente; sin embargo, tienen una gran ventaja sobre las escalas administradas, en cuanto al tiempo y al requerimiento de personal para su uso. La mayoría de los investigadores pretenden obtener los beneficios de ambos tipos de escalas, incorporando ambas en la designación de estudios terapéuticos.

La validez del ZSDS ha sido examinada en un número limitado de investigaciones, empleándose diferentes métodos para valorar su cualidad, con resultados mezclados.

Inicialmente Zung demostró la habilidad del ZSDS para

diferenciar pacientes depresivos antes del tratamiento, de un grupo control no depresivo y de pacientes depresivos después del tratamiento. En reportes posteriores Zung (1965, 1967), y Brown y Zung (1972) demostraron una correlación significativa con la D de la escala del MMPI, la habilidad de la escala para diferenciar pacientes con un diagnóstico de reacción depresiva, de pacientes con otros desórdenes psiquiátricos y la alta correlación con el HRS de Hamilton para medir la depresión.

Buwows y Payton (1975) reportaron una alta correlación entre el ZSDS y el HRS y BDI y una análoga escala visual de depresión.

El propósito de la siguiente investigación fue el examinar la validez del ZSDS como una medida de gravedad en los estudios terapéuticos y la comparación del tratamiento médico global (promedio) y el HRS. Para ello se utilizó 41 pacientes depresivos, fuera del hospital, seleccionados a criterio previamente definido, que completaron un curso de seis semanas de tratamiento con un antidepresivo tricíclico estudiado. Sus edades comprendían en su mayoría alrededor de 30 años, el 66% de los pacientes fueron mujeres; y menos del 15% tenían síntomas psicóticos.

Los resultados obtenidos en este estudio fueron los siguientes:

Se encontró una alta correlación de (0.80) entre ambas escalas HRS y ZSDS. Durante las dos primeras semanas la

menor correlación fue de (0.45) ocurrida antes del tratamiento. En la cuarta semana se observó una correlación de (0.68) y ya en la sexta semana se dió una correlación de (0.73). La correlación fue similar y más alta de lo que se obtuvo antes del tratamiento, aunque las correlaciones semanales nunca alcanzaron el nivel de la total correlación. - Esto ocurre en la mayoría de los pacientes que han progresado y sus puntajes llegan a ser distribuidos sobre un rango más amplio de severidad.

La sensibilidad del ZSDS fue encontrada adecuada. La escala fue capaz de diferenciar, a un nivel de 0.05, cuatro grupos severos clasificados en las bases del valor global.

La importancia de la relación directa entre el rango de severidad estudiado y el valor del coeficiente de correlación fue discutido. Investigaciones previas y los resultados obtenidos en el estudio indican que el ZSDS, es medida válida y sensitiva en severidad clínica de pacientes depresivos y su uso se mantiene como un instrumento de investigación.

c) VALIDACION DE LA ESCALA ZSDS EN MEXICO.

Lara Tapia (1976) llevó a cabo un estudio que tenía como objetivo el demostrar la eficacia de la Escala de Medición de la Depresión de Zung y con ello observar los índices de depresión, así como también la valoración de las normas de Zung para México.

Lara Tapia afirma que el interés que se muestra en -

en constantes estudios sobre los estados depresivos tienen dos fundamentos: "El primero es la incapacidad que proporcionan sus componentes fuertemente inhibitorios al individuo que los padece, para el desarrollo de su potencial humano llevando con ello implícito el riesgo de suicidio; y en segundo lugar, la elevada frecuencia con que se presentan en la clínica los casos de depresión en todas sus formas (1).

También observa que hay una gran incidencia de pacientes a hospitales psiquiátricos, así como un gran número de pacientes que son atendidos en consulta externa padeciendo síndromes depresivos y un número elevado de internamientos a hospitales psiquiátricos dentro del sistema de seguridad social, después del alcoholismo y la esquizofrenia.

En el desarrollo de su investigación formó cuatro grupos de sujetos, su selección fue al azar, tomando sujetos tanto del norte como del sur y el centro de la ciudad de México; en centros asistenciales como el Hospital General, ISSSTE y Seguro Social.

El primer grupo lo formó con sujetos física y mentalmente sanos (grupo control mental), el segundo grupo con enfermos de diversa índole de padecimientos no psiquiátricos (grupo enfermo general), el tercer grupo lo formó con sujetos enfermos psiquiátricos diagnosticados (grupo psiquiátrico general) y por último el grupo psiquiátrico deprimido (grupo depresivo).

Posteriormente llevó a cabo un registro de cada sujeto - sobre aspectos socioeconómicos y antecedentes familiares; y les aplicó la escala de Zung (ZSDS).

Observó que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre cada uno de los grupos en cuanto a sexo, edad, escolaridad, estado civil, ocupación, religión y lugar de origen.

Pero sí encontró que había una diferencia estadística significativa en cuanto a la orfandad temprana entre el grupo normal y el depresivo, mientras que en los grupos y variables restantes no las hubo, lo cual viene a reafirmar la homogeneidad de las muestras.

También observó una diferencia significativa estadísticamente del 5% entre el grupo normal y el grupo psiquiátrico-general y entre el enfermo general y el grupo normal y el grupo depresivo fue de uno por mil.

No encontró diferencias entre los grupos restantes y sus combinaciones.

"La diferencia obtenida en cuanto a los antecedentes de orfandad temprana dentro de los grupos normales y depresivos confirma los datos de las investigaciones anteriores sobre la importancia en la producción o desencadenamiento de enfermedad mental". (2)

El análisis estadístico que realizó Lara Tapia, permitió una mejor valoración de la psicopatología, así como también la discriminación de la existencia de la depresión como

síntoma en diversas entidades nosológicas.

Dicho estudio también proporcionó datos cualitativos acerca de las características de la depresión en cada grupo, es decir, que la depresión se puede diferenciar como síndrome.

A pesar de esto se han escuchado críticas acerca de la administración de esta escala (ZSDS), de lo cual el autor (Lara T.) lo rebate mediante dos hechos: El primero, se refiere a que la información obtenida por el psiquiatra procede de verbalización del paciente y por lo tanto, ésta puede dar un factor de error igual al que se daría al contestar la escala con intención de falsearla y la segunda, es acerca de que la escala está diseñada de una forma que impide que el sujeto lo haga, ya que la redacción de los ítems están en forma negativa y otros en forma positiva lo cual impide al sujeto contestar en forma estereotipada. "Al mismo tiempo diré que la confiabilidad de la escala de Zung (ZSDS) ha sido validada mediante la comparación con otras escalas de medición de la depresión no auto-administrada, como las de Clyde, Hildreth, Beck y otras; y fundamentalmente como refería anteriormente en la escala D del MMPI".(3)

Lara Tapia sólo realizó un cambio en el ítem ocho de la escala ZSDS; en donde sustituyó la palabra constipación por estreñimiento.

Concluye pues, que la utilidad de la escala de Zung (ZSDS) favorece su empleo por médicos no especialistas,

el ahorro de tiempo del personal que encuesta, así como también el control de los datos que se obtienen al ser cotejados con el examen del psiquiatra.

De esta manera Lara Tapia, con su investigación trató de proporcionar los datos sobre esta escala (SOS) con la finalidad de brindar otro instrumento de registro válido para nuestro país (México).

BIBLIOGRAFIA

- (1) Lara Tapia Algunas normas para la medición de la depresión, Neurología, Neurocirugía, Psiquiatría. México - - 1976 Vol. 17 No. 1 p.p.5
- (2) Idem. p.p. 10
- (3) Idem. p.p. 14

CAPITULO V

MATERIAL Y METODO

A) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

- 1) Investigar la prevalencia de la depresión en sujetos impedidos físicamente del aparato locomotor.
- 2) Establecer una correlación de la depresión con el tiempo de invalidez física.
- 3) Establecer la causa de la invalidez física.

B) HIPOTESIS DE TRABAJO:

Que a menor tiempo de invalidez física mayor índice de depresión.

C) ESCENARIO:

Fábrica de radios para automóvil anexa al Instituto Mexicano de Rehabilitación (Tlalpan)

D) SELECCION DE LA POBLACION:

Se tomó una muestra poblacional de 60 sujetos que quisieron colaborar.

E) CARACTERISTICAS DE LOS SUJETOS:

Sujetos que carecieran de miembros superiores o inferiores o de movimiento total o parcial de los mismos o con malformaciones congénitas del aparato locomotor.

SEXO:	MASCULINO		FEMENINO		
	34		26		
EDAD:	20-30	31-40	41-50	51-60	
	25	25	7	3	
OCUPACION	EMPLEADOS		OBREROS	ESTUDIANTES	
	22		34	4	

F) VARIABLES:1) DEPRESION:

a) CONCEPTUAL.- " Estado patológico caracterizado por alteraciones del estado de ánimo tales como tristeza y soledad, una disminución de la autoestima, inhibición psicomotriz, aislamiento de los contactos interpersonales, deseos de morir - (a veces) y por síntomas vegetativos tales como in somnio y anorexia" (1).

b) Operacional.- Si se obtiene una calificaci

ción de 64 hasta 80 se considera que el sujeto presenta un cuadro de depresión, según la prueba de Zung.

2) INVALIDEZ FISICA DEL APARATO LOCOMOTOR:

Amputación de una extremidad o de una parte de ella, de articulación de las extremidades.

Deformaciones congénitas como pie boot, luxación congénita de cadera, malformaciones a nivel de los dedos como sendactilias, afalangias, gigantismo, polidactilia, etc. ausencia de una porción de una extremidad o falta completa de la misma como la aruelia, focomelia, etc.

G) INSTRUMENTOS:

Se utilizó la prueba de Zung para medir depresión y un cuestionario elaborado para establecer la causa de la invalidez física y el tiempo de la misma (ver anexo).

H) TIPO DE ESTUDIO:

Exploratorio de una sola muestra.

I) PROCEDIMIENTO:

A todos los sujetos se les aplicó la prueba de Zung para medir depresión; se les pidió a los sujetos que contestaran la prueba, marcando en el recuadro más aplicable a su caso en el momento de hacer la prueba. También se les pidió que contestaran un cuestionario elaborado.

Posteriormente se formaron tres grupos de sujetos .depen

diendo de la causa de su invalidez física con el objeto de comparar y observar la relación entre depresión y la causa de la invalidez.

Grupo 1.- Lisiados a causa de alguna enfermedad.

Grupo 2.- Lisiados a causa de algún accidente.

Grupo 3.- Lisiados desde su nacimiento.

Con base a los resultados obtenidos mediante la prueba - de Zung para medir depresión se separaron en cuatro grupos de sujetos según el diagnóstico en el que cayeron cada uno de los sujetos:

Grupo 1.- Deprimidos hospitalizados.

Grupo 2.- Deprimidos ambulatorios.

Grupo 3.- Reacciones de ansiedad.

Grupo 4.- Controles normales.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Kaplan H. Compendio de Psiquiatría (4a. reim
presión) Barcelona: Salvat, 1980,
p.p. 834

• CAPITULO VI

RESULTADOS Y GRAFICAS

Se obtuvo un coeficiente r de 0.21, lo que indica que no existe una relación directa entre el tiempo de invalidez física y el índice de depresión.

En la siguiente tabla se puede apreciar que entre la depresión y el tiempo de invalidez no se da una relación directa entre ambas variables ya que sólo el 6.7% de la población cayó en el cuadro de deprimidos hospitalizados y un 13.3% en el cuadro de deprimidos ambulatorios; mientras que un 16.7% cayó dentro de la categoría de Reacción de ansiedad, y un 63.3% dentro del cuadro de Controles normales.

Tabla (1)

Años de inv.fis.	D.Hosp.	D.Amb.	Reac. Ans.	Contr. norm.
4	0	0	0	1
5	0	0	0	1
6	0	0	0	1
8	0	0	0	1
9	0	0	0	1
10	0	0	0	1
13	0	0	1	0
15	0	0	2	2
18	0	0	0	2
19	1	0	0	1
20	1	0	1	1
23	0	0	0	1
24	1	0	0	1
25	0	1	0	1

Años de inv.fis.	D.Hosp.	D.Amb.	Reac. Ans.	Contr. norm.
26	0	0	1	1
27	0	0	1	2
28	0	1	0	1
29	0	0	0	1
30	1	0	2	2
31	0	1	0	1
32	0	0	0	6
34	0	2	1	1
35	0	1	0	0
36	0	0	0	1
37	0	0	0	1
38	0	1	0	0
43	0	1	0	1
44	0	0	1	0
45	0	0	0	1

En la tabla número 2 se observan los datos obtenidos de la prueba de cada uno de los sujetos, así como los años de invalidez física; su ocupación, sexo y causa de su invalidez; el diagnóstico en el que cayeron y la ideación suicida.

TABLA No. 2

sujeto	edad	sexo	ocupación	tiempo de invalidez	motivo de la invalidez	calif.de la prueba	diagnóstico	ideación suicida
01	42	1	1	24	1	78	1	1
02	53	1	2	20	1	76	1	2
03	31	2	1	30	2	75	1	1
04	34	2	1	19	1	81	1	1
05	38	1	1	38	3	70	2	1
06	37	1	1	35	2	68	2	1
07	39	2	1	34	2	64	2	2
08	28	2	2	25	1	65	2	2
09	33	1	2	28	2	69	2	1
10	43	1	2	43	3	68	2	2
11	32	2	2	31	2	65	2	2
12	35	2	2	34	2	68	2	1
13	30	1	2	15	1	63	3	1
14	31	1	1	13	1	53	3	1

TABLA No. 2 (CONTINUACION)

sujeto	edad	sexo	ocupación	tiempo de invalidez	motivo de la invalidez	calif. de la prueba	diagnóstico	ideación suicida
15	42	1	2	27	2	61	3	2
16	30	1	2	30	3	63	3	2
17	30	2	2	30	3	54	3	2
18	36	2	2	34	2	53	3	2
19	46	2	2	44	2	59	3	2
20	43	1	2	26	2	55	3	1
21	40	1	2	20	1	63	3	1
22	32	2	1	15	1	58	3	1
23	33	1	2	32	2	51	4	2
24	26	2	3	20	1	51	4	1
25	33	2	1	32	2	51	4	2
26	42	1	2	27	1	49	4	1
27	30	1	1	15	2	51	4	2
28	20	2	2	19	2	38	4	1

TABLA No. 2 (CONTINUACION)

sujeto	edad	sexo	ocupación	tiempo de invalidez	motivo de la invalidez	calif.de la prueba	diagnóstico	ideación suicida
29	30	1	2	30	3	45	4	2
30	54	1	2	45	1	44	4	2
31	43	1	1	43	3	43	4	2
32	20	2	1	18	2	43	4	2
33	25	2	2	18	2	26	4	2
34	21	1	2	05	1	49	4	2
35	23	1	1	23	3	34	4	2
36	29	1	1	25	2	31	4	2
37	35	1	1	34	2	41	4	2
38	30	2	2	08	1	34	4	2
39	33	2	1	32	2	48	4	2
40	17	1	3	10	1	44	4	2
41	30	1	3	04	1	46	4	1
42	16	2	3	06	1	31	4	2

TABLA No. 2 (CONTINUACION)

sujeto	edad	sexo	ocupación	tiempo de invalidez	motivo de la invalidez	calif.de la prueba	diagnóstico	ideación suicida
43	25	1	2	09	1	49	4	2
44	29	2	1	28	2	50	4	2
45	32	2	2	31	2	45	4	2
46	29	2	1	29	3	45	4	2
47	29	1	2	24	2	45	4	2
48	33	1	2	32	2	45	4	2
49	37	1	2	36	2	49	4	2
50	35	1	1	25	1	44	4	1
51	33	2	2	32	2	43	4	1
52	31	2	1	30	2	44	4	1
53	30	1	1	27	2	49	4	2
54	27	1	1	25	2	41	4	2
55	26	1	2	25	2	29	4	2
56	31	1	2	15	2	38	4	2

TABLA No. 2 (CONTINUACION)

sujeto	edad	sexo	ocupación	tiempo de invalidez	motivo de la invalidez	calif. de la prueba	diagnóstico	ideación suicida
57	25	2	2	25	3	50	4	2
58	28	1	2	26	2	51	4	2
59	34	1	2	32	2	45	4	2
60	38	1	2	37	2	43	4	1

NOTA:

Sexo: 1 (masculino)

2 (femenino)

Ocupación: 1 (empleado)

2 (obrero)

3 (estudiante)

Motivo de la Invalidez:

1 (accidente)

2 (enfermedad)

3 (nacimiento)

Diagnóstico: 1 (deprimido hospitalizado)

2 (deprimido ambulatorio)

3 (reacciones de ansiedad)

4 (controles normales)

Ideación suicida:

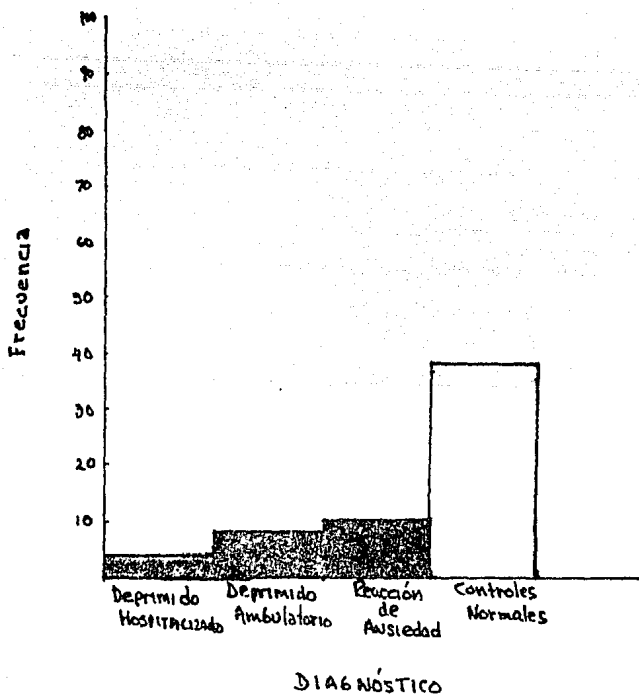
1 (sí)

2 (no)

Gráfica 1.

En esta gráfica se puede observar que el índice de depresión es muy bajo en nuestra población de estudio.

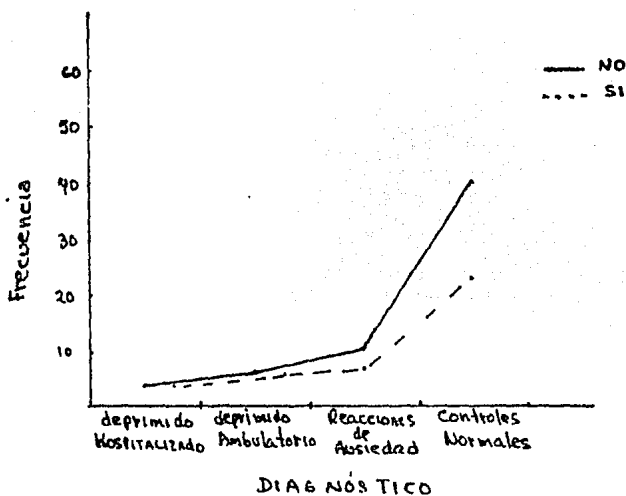
Gráfica No. 1



Gráfica No. 2.

La siguiente gráfica nos muestra que la ideación suicida dentro de nuestra muestra poblacional es muy baja. Sólo un 23.3% de los sujetos que cayeron dentro del grupo de controles normales contestaron afirmativamente, mientras que el 40.0% contestó negativamente ante la idea de suicidio. Un 6.7% contestó afirmativamente y un 10.0% contestó negativamente dentro del grupo de reacciones de ansiedad; y dentro del grupo de deprimido ambulatorio el 6.7% contestó afirmativamente y un 6.7% contestó negativamente; y sólo un 3.3% contestó afirmativamente y un igual porcentaje contestó negativamente dentro del grupo de deprimidos hospitalizados

Gráfica No. 2

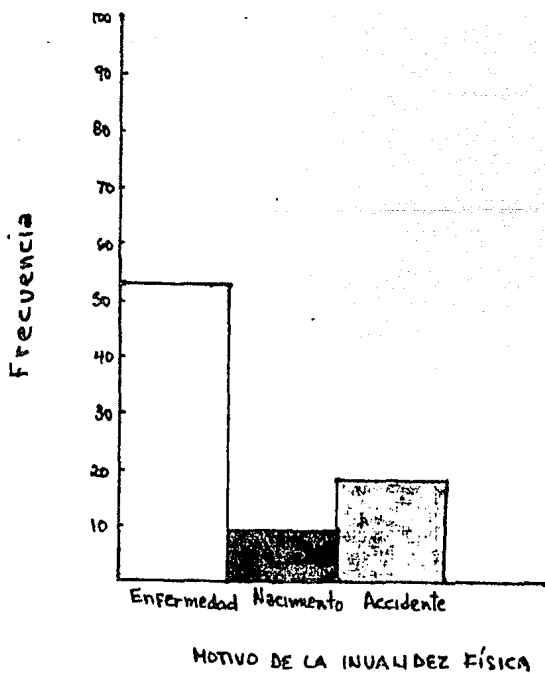


Gráfica No. 3

En esta gráfica se aprecia la frecuencia del motivo de la invalidez física de los sujetos.

Un 55.0% de la población en estudio su invalidez física se debió a alguna enfermedad (poliomelitis) y sólo un 15.0% a causa congénita, mientras que un 30.0% se debió a accidentes.

Gráfica No. 3



CAPITULO VII

CONCLUSIONES

De la investigación anterior podemos inferir que la prevalencia de la depresión es muy baja dentro de nuestra población de estudio y que no existe una correlación entre el índice de depresión y el tiempo de invalidez física; que el hecho de haber sufrido una pérdida de movimiento físico no significa necesariamente que el sujeto tenga que manifestar un cuadro depresivo. Situación que se demuestra al haber encontrado un índice muy bajo de sujetos que cayeran dentro de los cuadros de diagnóstico de depresión según Zung.

Por lo tanto la hipótesis de trabajo de que "a menor tiempo de invalidez física, mayor índice de depresión" se rechaza.

Los resultados de dicho estudio nos permiten inferir que las condiciones laborales y de rehabilitación física que les otorgaba el Instituto Mexicano de Rehabilitación a la población en estudio, influyeron en alguna medida para que se detectara un índice de depresión muy bajo.

En cuanto a la ideación suicida dentro de nuestra muestra de estudio se encontró un índice muy bajo, de aquí que esto viene a confirmar lo que Lara Tapia (1974) observó, en un estudio que realizó sobre el suicidio en México en el cual encontró que en los países menos industrializados su índice de suicidio es muy bajo en relación con el de países más desarrollados; así como también se encontró que en los sujetos pertenecientes a clases bajas es menor la frecuencia de suicidio en relación a sujetos pertenecientes a

esferas sociales más altas. De aquí, que, se puede pensar que ciertos aspectos de contenido histórico y socio-cultural influyen indirectamente sobre el potencial suicida.

CAPITULO VIII

ALTERNATIVAS

Se esperaba encontrar un alto índice de depresión en la muestra poblacional en estudio, ya que se observaba que la rehabilitación otorgada dentro del Instituto de Rehabilitación era sólo a un nivel fisioterapéutico, de aquí que, se dejaba una alternativa para que en una investigación posterior se llevara a cabo un estudio en el cual se diera una fisioterapia a la par con una psicoterapia y de esta forma se cumpliera el objetivo de una verdadera rehabilitación que es el de integrar al individuo no sólo en lo físico sino también en lo mental, para que con ello alcance un desarrollo social, vocacional y económico.

Sin embargo se encontró que el índice de depresión fue muy bajo, lo que nos hace pensar que la situación laboral en la que se encontraban (eran trabajadores de una fábrica de radios anexa al Instituto Mexicano de Rehabilitación) tuvo que ver mucho con los resultados obtenidos; ya que el hecho de realizar un trabajo les permitía sentirse útiles y les brindaba una seguridad, de aquí que, se infiere que éste último venía funcionando como una psicoterapia.

Con base a esto se deja como propuesta a futuro el llevar a cabo un estudio similar en el que se utilice una muestra de sujetos baldados del aparato locomotor que no trabajen; así como también se sugiere la utilización de otro instrumento para medir depresión, ya que la prueba de Zung para medir depresión, a pesar de que es un buen instrumento, sólo mide depresión en el momento de aplicar la prueba.

y no mide la tendencia que pudiera tener el sujeto de padecer depresión aunque en ese momento no manifieste un cuadro depresivo como por ejemplo el MMPI.

CAPITULO IX

• LIMITACIONES

1) El hecho de haber utilizado una muestra de sujetos - que trabajaran y no de sujetos que dependieran de otras personas para su sostenimiento económico.

2) El número de la muestra (60 sujetos), ya que no contaba con ayuda de personal para abarcar una muestra mayor.

3) La utilización de un instrumento que cubriera las condiciones de los sujetos que quisieron colaborar, ya que su nivel de escolaridad era mínimo y el tiempo con que contaban para contestar la prueba y el cuestionario era dentro de su horario de comida.

1) El hecho de haber utilizado una muestra de sujetos - que trabajaran y no de sujetos que dependieran de otras personas para su sostenimiento económico.

2) El número de la muestra (60 sujetos), ya que no contaba con ayuda de personal para abarcar una muestra mayor.

3) La utilización de un instrumento que cubriera las condiciones de los sujetos que quisieron colaborar, ya que su nivel de escolaridad era mínimo y el tiempo con que contaban para contestar la prueba y el cuestionario era dentro de su horario de comida.

A N E X O S

NOMBRE: _____

EDAD: _____

SEXO: _____

OCUPACION: _____

SABE USTED LO QUE ES LA DEPRESION: SI _____ NO _____

SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE EXPLIQUE BREVEMENTE _____

ALGUNA VEZ HA SENTIDO DEPRESION: SI _____ NO _____

CUANTAS VECES HA MANIFESTADO DEPRESION: _____

CUANTO TIEMPO HA DURADO CADA ESTADO DE DEPRESION: _____

RECURRIO AL MEDICO PARA TRATAR SU DEPRESION: SI _____ NO _____

ALGUNA VEZ HA TENIDO USTED IDEAS SUICIDAD: SI _____ NO _____

DESDE CUANDO ESTA USTED IMPEDIDO FISICAMENTE: _____

ESTA USTED IMPEDIDO FISICAMENTE DEBIDO A:

UN ACCIDENTE _____

UNA ENFERMEDAD _____

DE NACIMIENTO _____

SINTOMAS	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	CONTINUA- MENTE
1.- Me siento abatido y melancólico				
2.- En la mañana me siento mejor				
3.- Tengo accesos de llanto o deseos de llorar				
4.- Me cuesta trabajo dormirme en la noche				
5.- Como igual que antes solía hacerlo				
6.- Todavía disfruto de las relaciones sexuales				
7.- Noto que estoy perdiendo peso				
8.- Tengo molestias de constipación (estreñimiento)				
9.- El corazón me late más aprisa que de costumbre				
10.- Me canso sin hacer nada				
11.- Tengo la mente tan clara como antes				
12.- Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro				
13.- Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto				
14.- Tengo esperanza en el futuro				
15.- Estoy más irritable de lo usual				
16.- Me resulta fácil tomar decisiones				
17.- Siento que soy útil y necesario				
18.- Mi vida tiene bastante interés				
19.- Creo que les haría un favor a los demás muriéndome				
20.- Todavía disfruto con las mismas cosas				

Paciente: _____	Fecha: _____
Dr.: _____	
Diagnóstico: _____	
Observaciones: _____	Total calif. básica

_____	Total índice AMD

BIBLIOGRAFIA GENERAL

- Biggs John F, Young. Validity of the Zung Self-rating de
pression scale. Brit. F. Psychiat 1978, 132.
pags. 381 a 385.
- Blaichmar H. La depresión un estudio psicoanalítico. (3a.
edición) Argentina: Nueva Visión, 1980, - -
pags. 11 a 134.
- Calderón N. Depresión. (1a. edición) México: Trillas, -
1984, pags. 102 a 111.
- Copper Jean H. Depresiones iniciales y ocultas: Su importan
cia en la práctica general. 1959, pags. 1 a
17.
- Davison G. Psicología de la conducta anormal. (1a. edi-
ción) México: Limusa, 1980, pags. 211 a 239.
- Dowie N. Métodos Estadísticos Aplicados. (3a. edición)
México: Harla, 1973, pags. 105 a 116.
- Fenichel O. Teoría psicoanalítica de las neurosis. (2a.-
reimpresión) España: Raides, 1984, pags. --
129 y 436 a 438.
- Foucault M. Historia de la locura. Vol. 1 (2a. edición)-
México Fondo de cultura, 1979, pags. 408 a
432.
- Forrest. W. Aspectos sociológicos de la depresión. Jour-
nal of International Medical Research. 1977,
5, 1, pags. 42 a 47.

- Freud S. Obras completas. Vol. XIV (1914-1916) (2a.- edición) México: Amorrortu, 1974, pags. - 237 a 255.
- Guarner E. Psicopatología clínica y tratamiento analítico.- (1a. edición) México: Capyright, - 1978, pags. 86 a 98.
- Lara Tapia. El suicidio en México. Revista de neurología. 1974, VIII, 3, pags. 5 a 22.
- Lara Tapia. Algunas normas para la medición de la depresión. Neurología, Neurocirugía, Psiquiatría, 1976, Vol. 17 No. 1.
- Machinnon R. Psiquiatría clínica y aplicada. (1a. edición) México: Interamericana, 1973, pags.- 162, a 212.
- Pick Susan. Como investigar en Ciencias Sociales. (3a.- edición) México: Trillas, 1986, pags. 13 a 95.
- Gartorius N. Epidemiología de la depresión crónica de la OMS. 1975, 29, pags. 460 a 464.
- Kaplan H. Compendio de psiquiatría. (4a. reimpresión) Barcelona: Salvat, 1980. pags. 201 a 285.
- Kolb. Psiquiatría clínica moderna. (5a. edición) México: La prensa médica mexicana, 1980, -- pags. 137 a 138 y 436 a 470.
- Valdés M. Manual y estadístico de los trastornos mentales. (1a. edición) Barcelona: Masson, -

- 1983, pags. 220 a 235.
- Yates A. Terapia del comportamiento. (7a. reimpre-
sión) México: Trillas, 1983, pags. 472 a -
474.
- Ives W. La depresión nerviosa. (3a. edición) Espa-
ña: Ed. Mensajero, 1979, pags. 1 a 68.
- Zung William. A Self-Rating Depression Scale. Archives -
of general psychiatry. 1965, v-1.12 junio-
pags. 63 a 70
- Self-Rating depression Scale in en out pa--
tient clinic. Archives of general psychya-
try. 1965, Vol. 13 dic. pags. 500 a 515.